

AIDE A L'IDENTIFICATION DES BESOINS DE SANTE
EN REGION LIMOUSIN ET DANS SES TERRITOIRES - Volet 1

Une étude conduite par
l'Observatoire Régional de la Santé du Limousin
Dr Jean-Pierre FERLEY, Olivier DA SILVA, Béatrice ROCHE-BIGAS



pour l'Agence Régionale de Santé du Limousin, en partenariat avec la Caisse Régionale d'Assurance Maladie du Centre-Ouest
Rapport n°227-A – Juin 2010

Réalisée à la demande de l'ARS, l'analyse synthétique des besoins de santé en Limousin (qui sera ultérieurement complétée par une approche relative aux personnes âgées, à la dépendance et au maintien à domicile), se situe dans le cadre de la préparation du Projet Régional de Santé (PRS) et, tout particulièrement, du schéma régional de prévention. Cette analyse exclut volontairement de son champ l'étude de l'offre de soins et entend se limiter à la mise en exergue des problèmes de santé les plus saillants rencontrés par la population, qu'il s'agisse de problèmes non spécifiquement attachés à la région mais que leur prévalence et/ou leur gravité oblige à considérer ou qu'il s'agisse de problèmes distinguant le Limousin de la moyenne nationale.

➤ **Un contexte impossible à ignorer**

L'étude des problèmes de santé rencontrés -et donc des besoins afférents- ne peut se concevoir sans garder en mémoire quelques traits majeurs du contexte limousin qui ont un impact évident sur l'état de santé de la population et sur les réponses à apporter :

- **l'âge de la population** (l'une des régions les plus âgées d'Europe),
- **le niveau économique** (l'une des régions de métropole au taux de pauvreté le plus élevé, en particulier en milieu rural),
- **l'accès aux soins** (faible urbanisation et une frange de la population, souvent âgée, socialement isolée, en situation de précarité et limitée dans ses possibilités de déplacement, éloignée des ressources spécialisées, voire des ressources de soins primaires),
- **l'offre de soins** (répartition inégale des médecins généralistes sur le territoire, avec des zones d'ores et déjà déficitaires si l'on tient compte de la structure d'âge de la population, des problèmes majeurs de démographie médicale à moyen terme dans de nombreux secteurs, des ressources spécialisées et médico-techniques très concentrées sur quelques sites),
- **l'hétérogénéité infra-régionale** (césure Est / Ouest particulièrement nette qui fait que les besoins peuvent assez difficilement être appréhendés de manière satisfaisante et complète par des indicateurs de santé simplement déclinés à l'échelon régional).

Une région, des territoires

Trois échelons d'analyse (régional, départemental et territorial) et des conclusions quant à l'état de santé de la population pouvant différer sensiblement selon le niveau d'analyse.

➤ **A l'échelon régional : peu de spécificités limousines après neutralisation de l'effet de l'âge**

- **Une structure d'âge qui impacte fortement l'état de santé de la population limousine** avec, pour de nombreuses pathologies, une **nette surmortalité** régionale et une **incidence et prévalence fortement majorées** (affections cardiovasculaires, cancers, affections respiratoires, et, d'une manière générale, maladies chroniques et dégénératives, dont évidemment la maladie d'Alzheimer). Même si, la plupart du temps, il ne s'agit pas de spécificités épidémiologiques mais du simple effet de la structure d'âge de la population, ces pathologies représentent, par leur fréquence accrue, un besoin de santé en Limousin plus prégnant qu'ailleurs.
- **Cependant, une fois neutralisé l'effet de l'âge, une région peu différente de la moyenne nationale** pour les indicateurs synthétiques de santé : mortalité générale, mortalité prématurée, espérance de vie.
- **Mais, de manière significative chez les hommes, une surmortalité évitable** par actions sur les facteurs de risque individuels (paradoxalement, pas de surmortalité liée à l'alcool [à l'échelon régional car il en va tout autrement dans certains secteurs] et une sous-mortalité liée au tabac, dans les deux sexes).
- **Quelques spécificités limousines qui demeurent après neutralisation de l'effet âge**, telles une **surmortalité modérée par maladies de l'appareil circulatoire**, significative seulement chez les hommes, une **surmortalité** (modérée mais significative) **par certains cancers (côlon-rectum, prostate)**, une **très nette surmortalité par suicide** qui place le Limousin dans les régions les plus concernées de l'hexagone et, accessoirement, une surmortalité modérée par accidents de la circulation.
- **La santé mentale : pas forcément plus de troubles mineurs ou de mal-être, mais des affections psychiatriques de longue durée plus souvent reconnues et un recours aux psychotropes très banalisé** (à âge égal, 1^{er} rang national pour la consommation d'anxiolytiques et d'antidépresseurs et 2^{ème} rang pour celle de neuroleptiques), **y compris chez les jeunes** (1^{er} rang national également pour l'expérimentation à 17 ans de tranquillisants et anti-dépresseurs, 2^{ème} rang pour celle de somnifères).
- **Les infections à VIH, une réalité toujours présente, bien que ne concernant qu'un nombre restreint de personnes** (moyenne annuelle de 26 découvertes de séropositivité, de 9 nouveaux cas de SIDA déclarés et de moins de 5 décès liés au VIH; situation médiane par rapport aux autres régions) et connaissant une baisse très nette, à l'instar des autres régions (baisse en 10 ans de 83% du nombre de cas diagnostiqués chez les hommes et de 63% chez les femmes).
- **Les autres pathologies infectieuses** : peu de spécificités régionales, hormis la **maladie de Lyme**.
- **Dans le domaine de l'environnement**, une région relativement épargnée en matière de polluants de l'eau et de l'air, la problématique des polluants domestiques étant dominée par l'exposition au radon.

➤ **A l'échelon départemental : Un département en situation bien plus défavorable que les deux autres**

- **Une analyse départementale faisant apparaître des situations très hétérogènes**, là où l'analyse régionale montrait assez peu de spécificités par rapport au reste de la France : deux départements (Haute-Vienne et Corrèze) aux indicateurs globalement plutôt favorables, le 3^{ème} (Creuse) aux indicateurs majoritairement défavorables.

➤ La Creuse, un département présentant un faisceau d'indicateurs de santé défavorables

- **Des indicateurs synthétiques tous négatifs** après standardisation sur l'âge : **surmortalité générale**, **surmortalité prématurée** plus nette encore, **surmortalité évitable**, **espérance de vie** parmi les plus faibles de France métropolitaine, en particulier chez les hommes.
- **Une surmortalité significative et parfois très forte pour toute une série de causes de décès** (après neutralisation de l'effet âge) : très nette surmortalité liée à l'**alcool**, surmortalité pour l'ensemble des **cancers** et particulièrement par cancer de la **prostate**, par maladies de l'**appareil circulatoire** et de l'**appareil respiratoire**, par **accidents de la circulation** ; enfin très forte surmortalité par **suicide**. A noter également une surmortalité par rapport au taux régional (mais sans différence significative par rapport au niveau national) par pathologies liées au tabac et par cancers des voies aéro-digestives supérieures.

➤ La Corrèze, un département en situation beaucoup plus favorable

- **Des indicateurs synthétiques nettement plus positifs** : **sous-mortalité générale**, **légère sous-mortalité prématurée** et **sous-mortalité évitable** par actions sur les facteurs de risque individuels (même si dans ces deux derniers cas le seuil de significativité statistique n'est pas atteint), **espérance de vie** à la naissance plus longue que la moyenne nationale dans les 2 sexes et plaçant le département en position médiane (autour de la 40^{ème} place sur 96).
- Une **sous-mortalité** pour différentes **pathologies souvent liées aux comportements** : **pathologies liées à l'alcool**, **tumeurs** (et plus précisément cancers broncho-pulmonaires et cancers des voies aéro-digestives supérieures). A noter encore une sous-mortalité non significative par pathologies liées au tabac, cancers du sein, de la prostate, maladies de l'appareil respiratoire.
- Cependant, **un département non épargné par les affections cardiovasculaires** (surmortalité plus nette chez les hommes) et le **suicide** (même si c'est le département le moins touché du Limousin).

➤ La Haute-Vienne également en situation plutôt favorable

- **Des indicateurs synthétiques de santé globalement positifs** : **mortalité générale et mortalité prématurée significativement plus faibles qu'au niveau national**, espérance de vie à la naissance favorable par rapport à la moyenne nationale, moins nettement chez les hommes (44^{ème} rang) que chez les femmes (30^{ème} rang).
- Par contre, une **mortalité évitable** par actions sur les facteurs de risque individuels légèrement plus élevée qu'au niveau national, de manière non significative dans l'ensemble des deux sexes mais significativement chez les hommes (avec paradoxalement une **sous-mortalité par pathologies liées au tabac**, par cancers broncho-pulmonaires, cancers des voies aéro-digestives supérieures et maladies de l'appareil respiratoire et une légère sous-mortalité [non significative] par pathologies liées à l'alcool).
- Contrairement aux 2 autres départements, pas de surmortalité par maladies de l'appareil circulatoire, à l'exception des insuffisances cardiaques.
- Une **surmortalité par cancer colo-rectal** et, comme dans les deux autres départements, par **suicide**.

➤ A l'échelon infra-départemental : d'importantes hétérogénéités territoriales au sein de chacun des départements et une diagonale qui scinde la région en deux

- **D'importantes hétérogénéités territoriales Est/Ouest qui font fi des frontières départementales** : même au sein de départements offrant une image globale plutôt positive existent des zones nettement pénalisées, tout à la fois sur le plan démographique, économique et sur le plan sanitaire (offre de soins et indicateurs de santé) avec une surmortalité, en particulier surmortalité prématurée, surmortalité évitable, surmortalité par pathologies liées à l'alcool, par suicide.... A contrario, des secteurs relativement "protégés" peuvent exister au sein d'un département en situation globalement défavorable. L'analyse infra-départementale fait d'ailleurs bien ressortir les zones les plus défavorisées dont la réalité était en partie masquée au sein de la moyenne départementale. Une diagonale Nord-Ouest / Sud-Est scinde la région en deux : à l'ouest de cette ligne est la partie "favorisée" du Limousin, à l'est (à l'exception du bassin de Guéret), la partie pénalisée. C'est sur les deux territoires du Sud de la Creuse (Bourganeuf et Aubusson) et sur celui de Bort-les-Orgues que sont pointés les indicateurs les plus péjoratifs.
- **Des territoires urbains présentant des indicateurs plutôt favorables, la plupart des territoires ruraux en situation défavorable.**

Quelques repères sur les comportements et les facteurs de risque individuels

- **Conduites addictives et consommation de produits psycho-actifs : des comportements ne distinguant pas radicalement le Limousin des autres régions, hormis pour l'usage de médicaments psychotropes** :
 - × Une **consommation de tabac relativement moins répandue qu'au niveau national**, quelques indicateurs semblant témoigner d'une **consommation d'alcool légèrement plus élevée** que la moyenne nationale, en population générale comme chez les jeunes, avec des pratiques occasionnelles de consommation ponctuelle importante banalisées chez les jeunes mais pas plus répandues qu'ailleurs (hormis pour les pratiques très répétées) et pas de surmortalité régionale par pathologies liées à l'alcool (mais de fortes hétérogénéités territoriales).
 - × L'une des régions de France où **l'usage du cannabis est le moins répandu** chez les jeunes (mais où les poppers ont été le plus expérimentés) ; des indicateurs relatifs aux toxicomanies contrastés montrant que le Limousin, en particulier la Haute-Vienne, n'est pas épargné.
 - × Une **consommation record de médicaments psychotropes**, en population adulte et chez les jeunes.
- **Alimentation et surcharge pondérale : une nette progression de l'obésité en 10 ans** dans une région a priori plus concernée que d'autres en population adulte et qui est probablement aujourd'hui moins épargnée qu'elle ne semblait l'être il y a 10 ans chez les enfants.
- **Sexualité et contraception : des lacunes et des conséquences** : 5 à 6% des collégiennes ou lycéennes du Limousin qui ont eu des rapports sont tombées enceintes ; par ailleurs, un taux annuel d'IVG chez les mineures proche du taux national, plus élevé en Creuse.

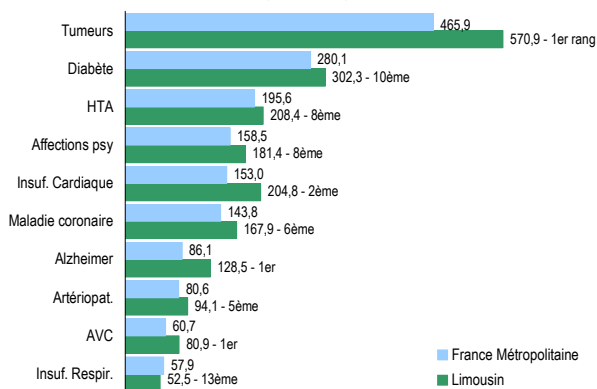
Quelques constats sur l'état de la prévention en Limousin

- **Prévention primaire par la vaccination** : une couverture vaccinale apparemment correcte relativement aux standards nationaux chez les jeunes et chez les adultes ; par contre, chez les très jeunes enfants, certaines vaccinations moins développées qu'au niveau national et une couverture semblant de plus évoluer négativement.
- **Dépistage organisé du cancer du sein** : une participation record en Limousin (2^{ème} rang national) et Haute-Vienne (1^{er} rang national), très honorable en Corrèze (18^{ème}), dans la moyenne en Creuse, mais des hétérogénéités territoriales qu'il s'agira progressivement de combler.
- **Distribution des actions de prévention financées par le GRSP en 2008** : une "densité" d'actions de prévention financées par le GRSP nettement moindre dans les 6 territoires les plus défavorisés du point de vue des indicateurs de santé, déséquilibre que la taille ne peut suffire à expliquer, par conséquent un nécessaire rééquilibrage à imaginer.

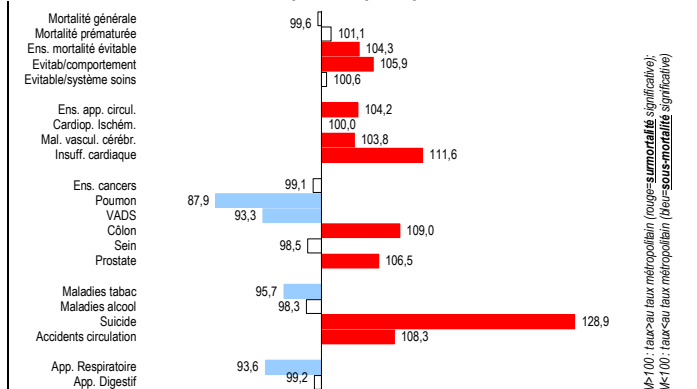
ILLUSTRATION CHIFFRÉE

A l'échelon régional : une structure d'âge qui impacte fortement l'état de santé de la population limousine. Cependant, une fois neutralisé l'effet de l'âge, une région présentant peu de spécificités, avec toutefois une surmortalité évitable (car liée aux comportements) chez les hommes, une surmortalité modérée par maladies de l'appareil circulatoire et certains cancers, plus nette par suicide :

Taux brut d'admission en ALD pour 100.000 pers. en Limousin et en France (10 principaux tabl. – 2004-2007) (rang sur 22 régions)



Synthèse des indices comparatifs de mortalité (ICM) en Limousin pour les principales causes de décès 2000-2007

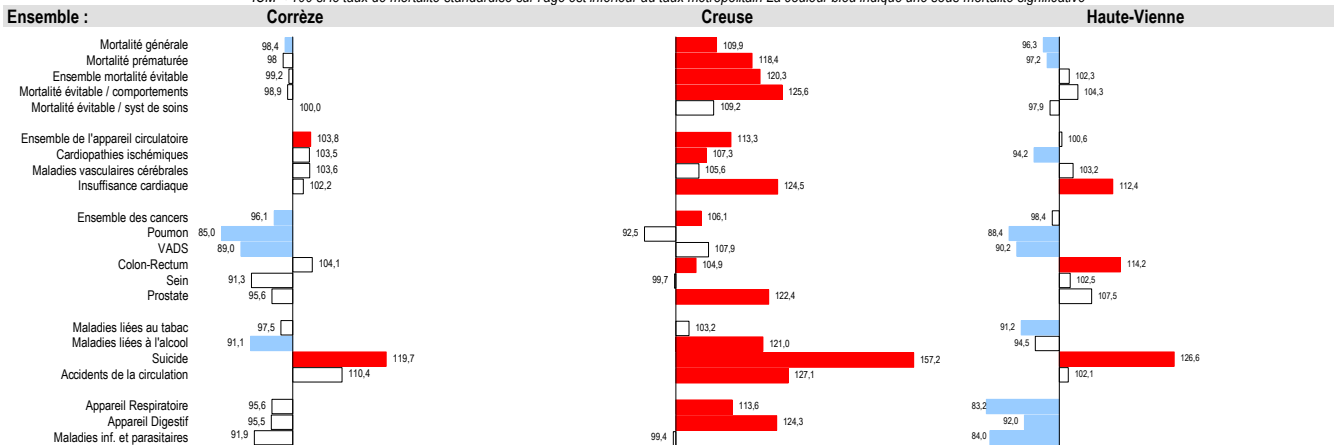


ICM>100 : taux au Limousin supérieur au taux métropolitain (rouge= surmortalité significative)
ICM<100 : taux au Limousin inférieur au taux métropolitain (bleu= sous-mortalité significative)

A l'échelon départemental : la mise en évidence de situations très hétérogènes, là où l'analyse régionale montrait assez peu de spécificités par rapport au reste de la France : deux départements (Haute-Vienne et Corrèze) aux indicateurs globalement plutôt favorables, le 3ème (Creuse) aux indicateurs majoritairement défavorables :

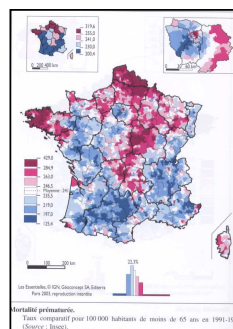
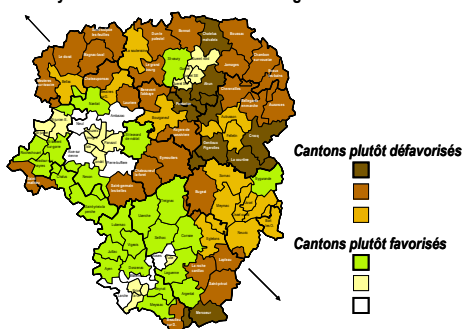
Indices comparatifs de mortalité dans les 3 départements du Limousin 2000-2007

Lecture : ICM > 100 si le taux de mortalité standardisé sur l'âge est supérieur au taux métropolitain. La couleur rouge indique une surmortalité significative. ICM < 100 si le taux de mortalité standardisé sur l'âge est inférieur au taux métropolitain. La couleur bleu indique une sous-mortalité significative.



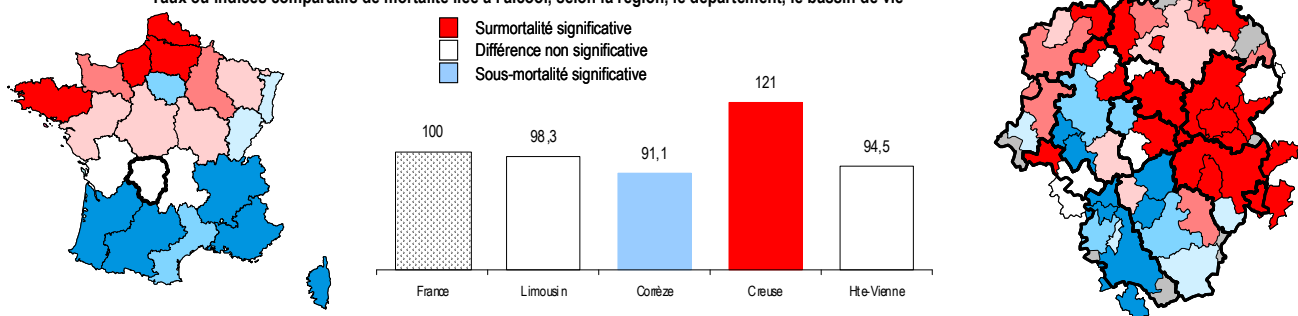
A l'échelon infra-départemental : d'importantes inégalités territoriales au sein de chacun des départements et une diagonale qui scinde la région en deux avec des territoires urbains présentant des indicateurs plutôt favorables et la plupart des territoires ruraux en situation défavorable :

Analyse multidimensionnelle des inégalités socio-sanitaires par canton en Limousin



Une hétérogénéité territoriale qui interroge sur la pertinence des données régionales pour guider les politiques de prévention : exemple de la mortalité liée à l'alcool (pas de surmortalité régionale mais une nette surmortalité dans certains secteurs) :

Taux ou indices comparatifs de mortalité liée à l'alcool, selon la région, le département, le bassin de vie



En conclusion

Ce premier volet de la synthèse des besoins régionaux de santé s'appuie essentiellement sur des données épidémiologiques disponibles à l'échelon régional, départemental ou infra-départemental. Cette synthèse ne s'est pas attachée à l'analyse de l'offre de soins, libérale ou institutionnelle, sans méconnaître les problèmes de démographie médicale et paramédicale attendus à moyen terme, en particulier en milieu rural.

En matière de santé, de par les caractéristiques de sa population, l'une des plus âgées d'Europe (mais aussi l'une des plus défavorisée économiquement de l'hexagone), le Limousin se caractérise naturellement par des indicateurs plus péjoratifs qu'au niveau national : les taux bruts de mortalité et de morbidité y sont franchement plus élevés pour toutes les affections liées à l'âge, voire au milieu social.

Même si, dans la plupart des cas, il ne s'agit pas de spécificités épidémiologiques régionales mais du simple impact de la structure d'âge de la population, ces pathologies à la prévalence particulièrement élevée représentent un besoin de santé plus prégnant qu'ailleurs. On pourra citer ici les affections cardio-vasculaires, de nombreux cancers, en particulier celui de la prostate, la maladie d'Alzheimer, le diabète de type 2, les affections rhumatismales, et, d'une manière générale, toutes les maladies chroniques ou dégénératives.

Une fois neutralisé l'effet de l'âge, la région se distingue peu de la moyenne nationale, que ce soit en matière de mortalité générale ou prématurée, d'espérance de vie à la naissance ou de déterminants de santé.

Sur quelques éléments toutefois, des spécificités régionales se font jour avec, chez les hommes, une **surmortalité évitable** (liée aux comportements) et une surmortalité, relativement modérée, par **affections cardio-vasculaires** et **cancer de la prostate** et, dans les deux sexes, une surmortalité par **cancer colorectal**. Enfin, les indicateurs traitant de la santé mentale laisseraient penser à une prévalence plus importante des troubles psychiatriques de longue durée, tandis que le taux de **suicide** est nettement supérieur au niveau national.

Mais, outre la structure d'âge de sa population, ce qui caractérise essentiellement le Limousin est **l'hétérogénéité de ses territoires qui interroge sur la pertinence des données régionales pour guider les politiques de prévention**. Déjà l'échelle départementale fait bien la différence entre une Creuse franchement pénalisée du point de vue des indicateurs de santé (même après neutralisation de l'effet de l'âge), à l'instar de l'Auvergne, et les deux autres départements en position nettement plus favorable, comme le sont sur beaucoup d'indicateurs de santé ceux du grand Sud-Ouest. Une échelle territoriale plus fine (bien que se heurtant à de nombreuses limites : disponibilité des indicateurs, faiblesse des effectifs, etc.) montre bien la **césure existant en Limousin entre un Ouest en position plutôt favorable sur de nombreux indicateurs et un Est en situation nettement plus pénalisante** (à l'exception du bassin de Guéret), en particulier en matière de mortalité prématurée, mortalité évitable liée aux comportements, mortalité liée à l'alcool... Cette ligne de fracture ignore les frontières et chacun des 3 départements compte des territoires de l'un et de l'autre type. Sans prétendre à une égalité de moyens avec des secteurs plus urbanisés, ces territoires en position défavorable, peu densément peuplés, méritent certainement d'être ciblés de manière plus intensive par les actions de prévention.

Il ne nous appartient pas de hiérarchiser les besoins relevés et d'en conclure à des priorités régionales en matière de santé publique. Pourtant, la compilation des données épidémiologiques disponibles semble clairement indiquer que l'action précoce (prévention primaire par programmes de promotion de la santé) visant certains **facteurs de risque individuels** (nutrition et exercice physique, alcool, tabac...) trouve en Limousin son évidente justification. Certes, ce constat pourrait s'appliquer à toutes les régions des pays développés mais il se justifie peut-être davantage encore en Limousin en raison d'une prévalence légèrement plus élevée de l'obésité et du poids des affections cardio-vasculaires (prévalence et mortalité élevées liées à la structure d'âge de la population et persistance d'une surmortalité après standardisation, modérée à l'échelon régional mais importante dans certains secteurs). Le constat se justifie également en raison d'une surmortalité par pathologies liées à l'alcool (non pas à l'échelon régional mais de manière nette dans certains territoires, souvent les mêmes d'ailleurs). De plus, l'action sur ces déterminants de santé aura bien évidemment un impact sur d'autres affections qui concernent particulièrement le Limousin en raison de la structure d'âge de sa population, en particulier le diabète et certains cancers.

La prégnance particulière dans la région de maladies chroniques, conjuguée aux problèmes de polymédication et/ou de mésusage du médicament fréquents en population âgée, font de **l'éducation thérapeutique** (prévention tertiaire) certainement un enjeu régional de santé publique.

Enfin, plus que partout ailleurs, dans une région où les 75 ans ou plus sont 1,5 fois plus nombreux qu'au niveau national (et plus du double dans certains secteurs), les problèmes spécifiquement liés au grand âge (en particulier ceux liés à la **dépendance**, au **maintien à domicile**, au repérage et à la prise en charge des **troubles cognitifs**...) constituent à l'évidence un besoin particulièrement fort en Limousin.

La santé mentale ressort également de cette analyse : même ajustés sur l'âge, les admissions en ALD pour pathologies psychiatriques de longue durée et surtout la prescription de médicaments psychotropes sont plus élevées qu'au niveau national, tout comme l'expérimentation de ces médicaments chez les jeunes.

L'enquête auprès des médecins libéraux conduite concomitamment confirme d'ailleurs parfaitement les besoins mis en avant par l'analyse des données épidémiologiques disponibles. Les résultats font en effet ressortir 8 objectifs cités comme prioritaires par au moins les deux tiers des médecins généralistes. Deux ont trait aux **personnes âgées** (*Favoriser le maintien à domicile, Réduire la perte d'autonomie chez les personnes porteuses d'une maladie d'Alzheimer et son retentissement sur les proches*). Trois autres ont trait aux grands classiques de la prévention primaire ciblant, en population générale mais tout particulièrement chez les jeunes, les principaux **déterminants de santé** impliqués dans la survenue de nombreuses affections cardiovasculaires, cancéreuses et métaboliques (*Réduire la consommation excessive d'alcool, Améliorer les pratiques alimentaires en vue de réduire le surpoids et l'obésité et de prévenir les pathologies induites, Réduire le tabagisme*). Une 6^{ème} priorité relève de la prévention secondaire et pointe les inégalités d'accès au système de soins (*Développer le dépistage de certains cancers en visant à réduire les inégalités géographiques et sociales d'accès*), la 7^{ème} relève de la prise en charge des **pathologies chroniques** et de l'éducation thérapeutique (*Réduire la fréquence des complications du diabète*). On remarque enfin l'attachement des médecins généralistes à l'amélioration de la **couverture vaccinale**, le 8^{ème} des objectifs prioritaires.

Il paraît important pour finir d'insister sur un point que les données épidémiologiques permettent d'évoquer comme l'une des explications à l'hétérogénéité territoriale observée, même si cette dernière est évidemment multifactorielle et fait intervenir des dimensions comportementales, socioéconomiques et culturelles. On ne peut en effet ignorer le fait que l'accessibilité aux soins spécialisés et à la prévention pose d'ores et déjà problème dans de nombreux territoires, éloignés des ressources existantes, peuplés par une population âgée, vivant en habitat dispersé, parfois isolée socialement en plus de l'être géographiquement, disposant de faibles revenus et se heurtant au **problème du transport**. Ce point a été très souvent relevé par les acteurs interrogés dans le cadre des diagnostics territoriaux conduits par l'ORS. Le problème de **l'accessibilité aux soins et à la prévention** se posera avec une acuité encore plus grande dans le futur et concernera vraisemblablement même les soins de santé primaire en raison du déficit attendu en milieu rural en médecine générale et dans certaines autres professions de santé (dentistes et kinésithérapeutes pour commencer) et du regroupement progressif probable des professionnels dans les bourgs les plus importants.

On voit donc que l'un des grands enjeux de santé publique du Limousin sera de **réduire ou, a minima, de ne pas laisser s'accroître les inégalités géographiques et sociales de santé sur son territoire**.