

Diagnostic territorial

Aube et Sézannais

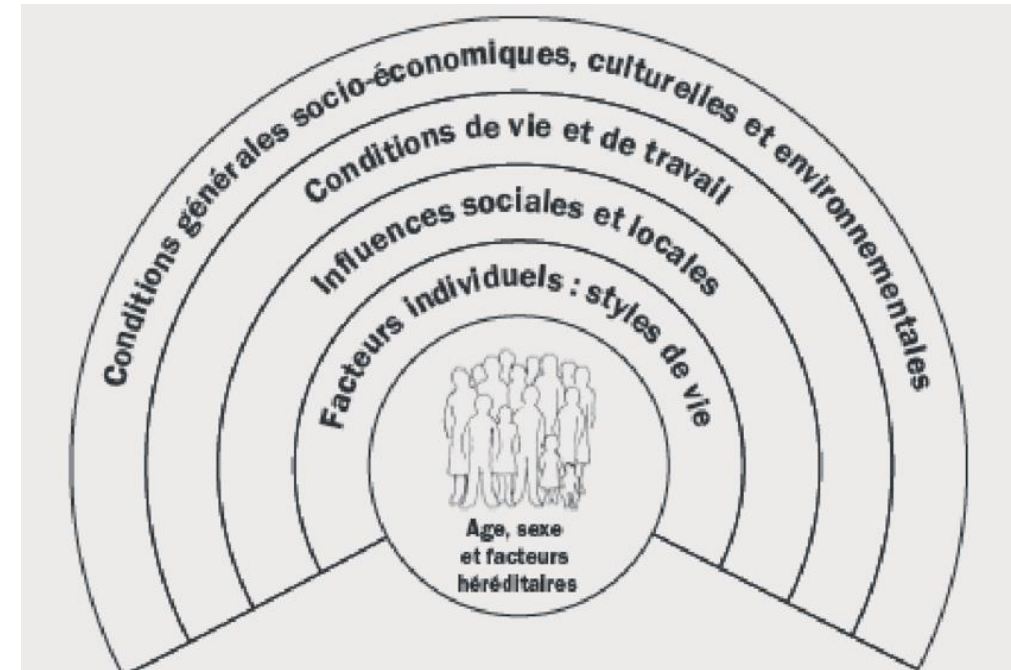


13 juillet 2021



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 Aube-et-Sézannais

Villes de 10 000 habitants ou plus en 2017



14 EPCI (intercommunalités) couvrent partiellement le territoire de responsabilité populationnelle (TRP) de l'Aube-et-Sézannais

⇒ ces 14 EPCI regroupent 331 591 habitants au RP 2017

⇒ le TRP de l'Aube-et-Sézannais regroupe 95 % de la population des 14 EPCI

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.

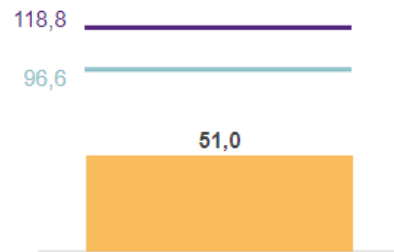
Démographie

314 861 habitants

en 2017

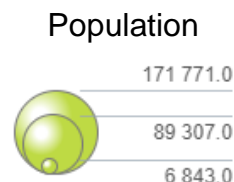
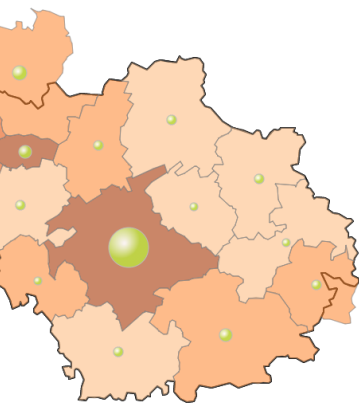
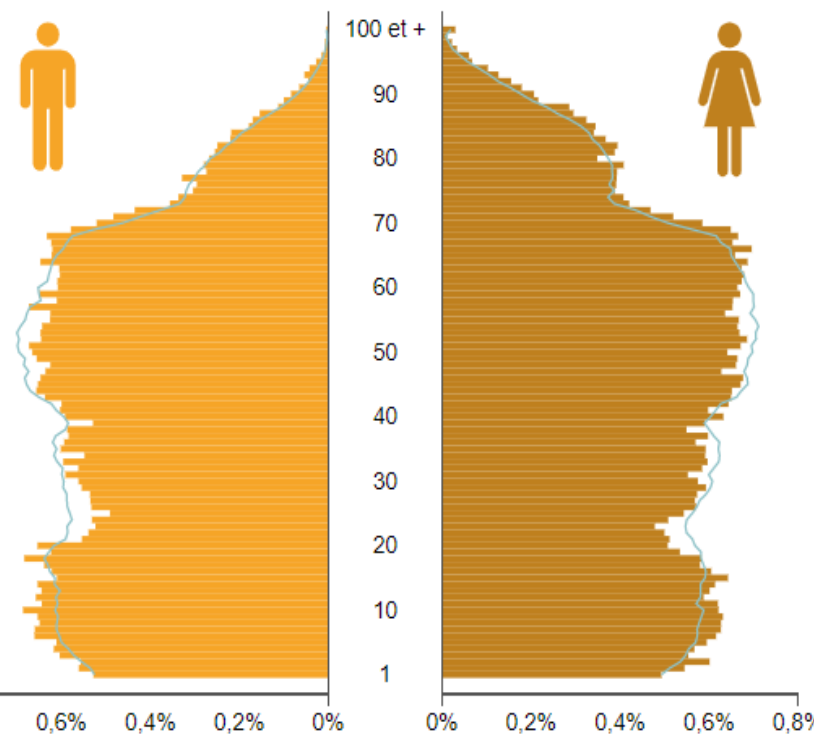
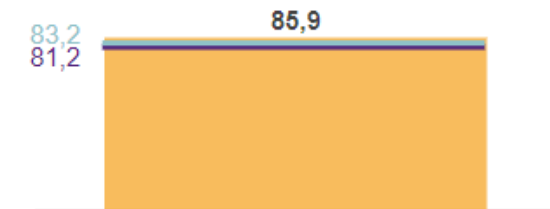
Densité de la population en 2017

nombre d'habitants au km²

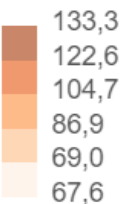
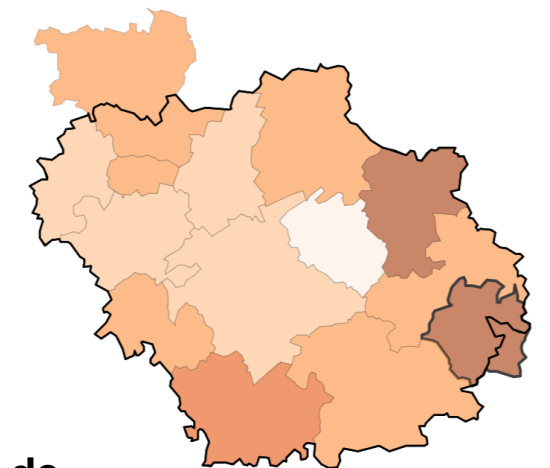
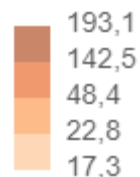


Indice de vieillissement en 2017

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



Densité

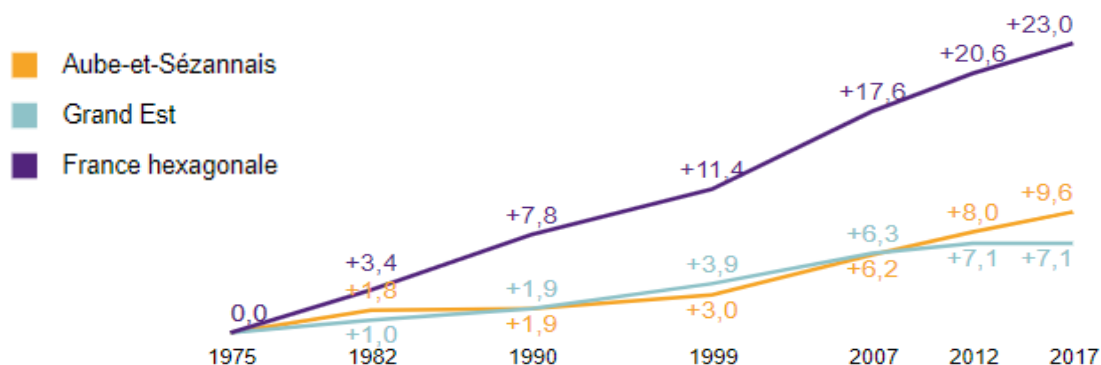


- Aube-et-Sézannais
- Grand Est
- France hexagonale

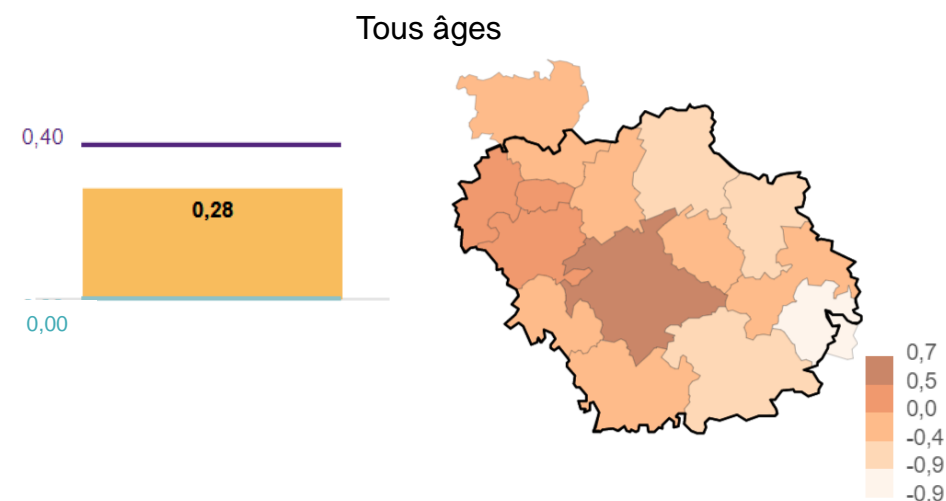
- Comme en France métropolitaine, **davantage de jeunes de moins de 20 ans** que dans le Grand Est : 24,4 % vs 23,3 % (24,1 % en France)

Démographie

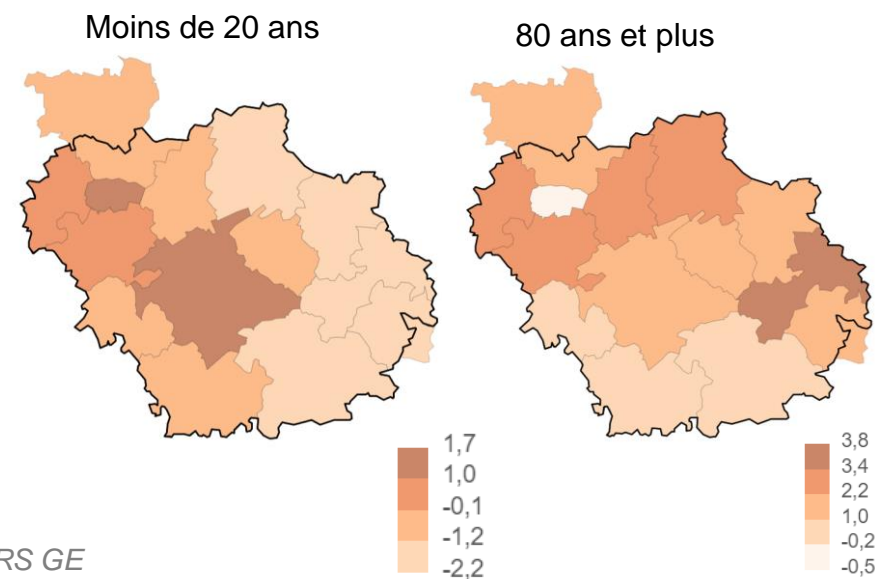
Accroissement de la population aux différents recensements par rapport à la population de 1975 (en %)



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

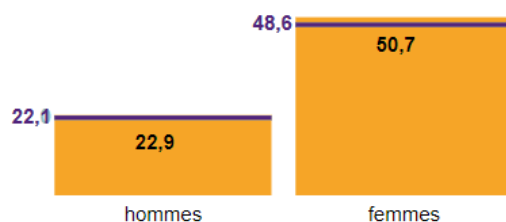


- **+4 433 habitants** entre 2012 et 2017 dans l'Aube-et-Sézannais, soit un taux d'accroissement annuel moyen de +0,28 % vs 0,00 % en région et 0,40 % en France
- A l'inverse, une **augmentation très limitée pour les moins de 20 ans** : taux d'accroissement annuel moyen en 2012-2017 de +0,06 % et une légère baisse en région (-0,68%) et en France (-0,06 %)
- **La population des 80 ans et plus ne cesse d'augmenter** : taux d'accroissement annuel moyen de +1,57 % en 2012-2017 mais un peu plus lentement qu'en France (+2,27 %) ou en région (+1,95 %)



Démographie

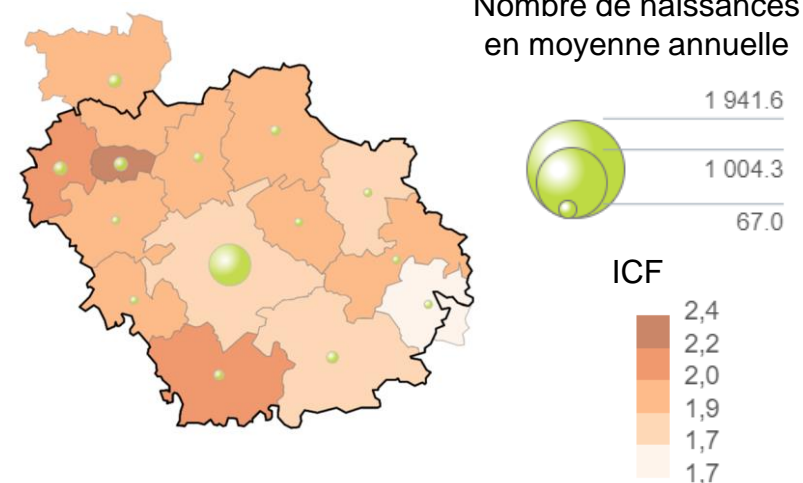
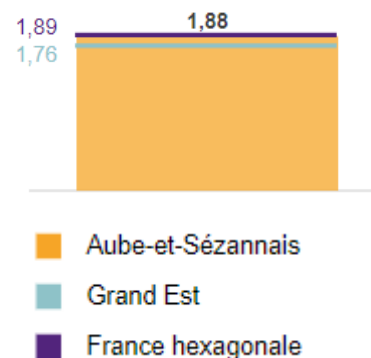
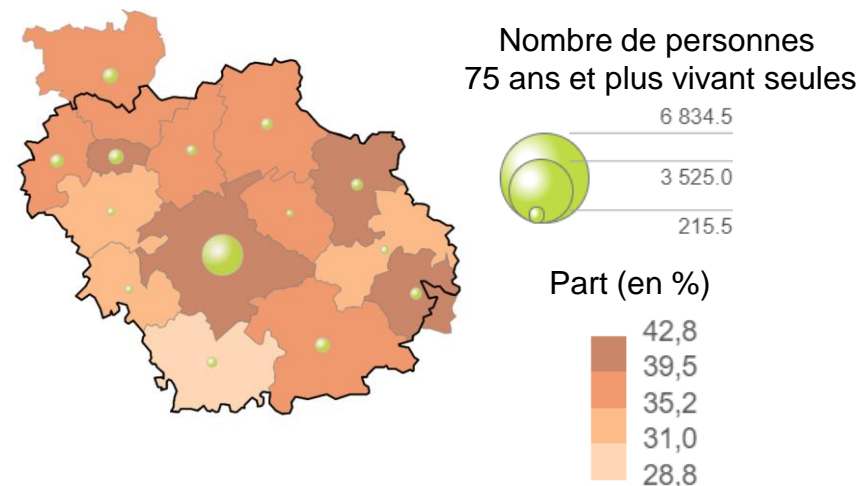
Part de personnes de 75 ans et plus vivant seules à domicile en 2017 (en %)



3 334 naissances
vivantes en moyenne annuelle
en 2013-2019



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



- 12 739 personnes de 75 ans et plus vivent seules à domicile, soit 40,3 % des 75 ans et plus ; une part un peu plus importante qu'en France (38,4 %)

- un ICF plus élevé dans l'Aube-et-le-Sézannais qu'en région et du même ordre qu'en France, mais qui demeure un peu plus faible que le seuil de remplacement des générations (2,10 enfants par femme)

● 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 %

Des 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

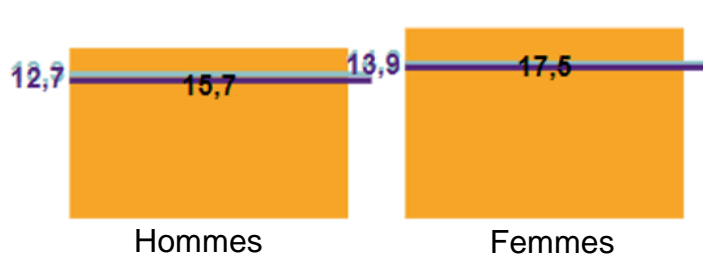
23 533 chômeurs, soit 16,6 % des actifs de 15 ans et plus

Le taux de chômage est :

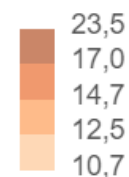
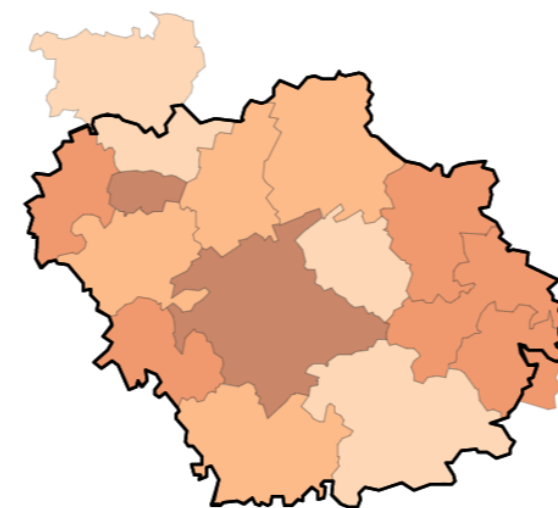
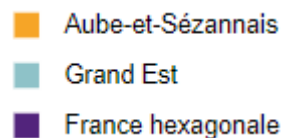
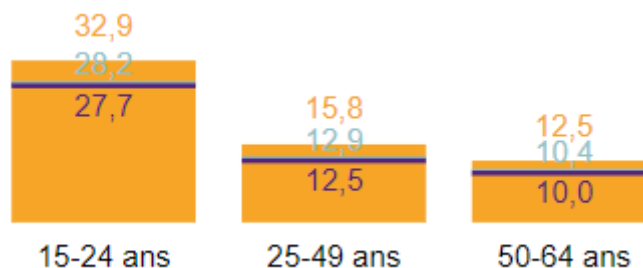
- plus élevé qu'en Grand Est (13,7 %) et qu'en France (13,3 %)
- plus élevé chez les femmes que les hommes
- très élevé chez les jeunes
- plus élevé dans la CA Troyes Champagne Métropole et dans la CC des Portes de Romilly sur Seine

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

selon le sexe



selon l'âge



Définition et Précision méthodologique :

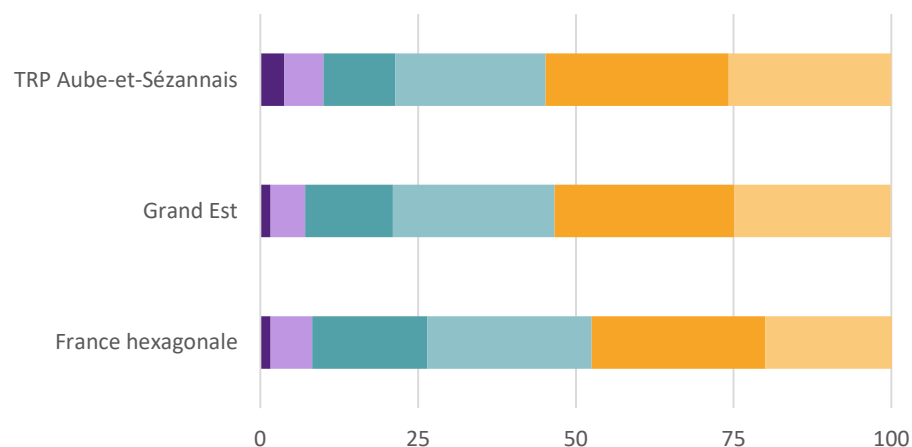
Les chômeurs au sens du recensement de la population sont les personnes (de 15 ans et plus) qui se sont déclarées chômeurs (inscrits ou non à Pôle Emploi) sauf si elles ont, en outre, déclaré explicitement ne pas rechercher de travail ; et d'autre part les personnes (âgées de 15 ans ou plus) qui ne se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

● Environnement social : professions et catégories socioprofessionnelles (PCS)

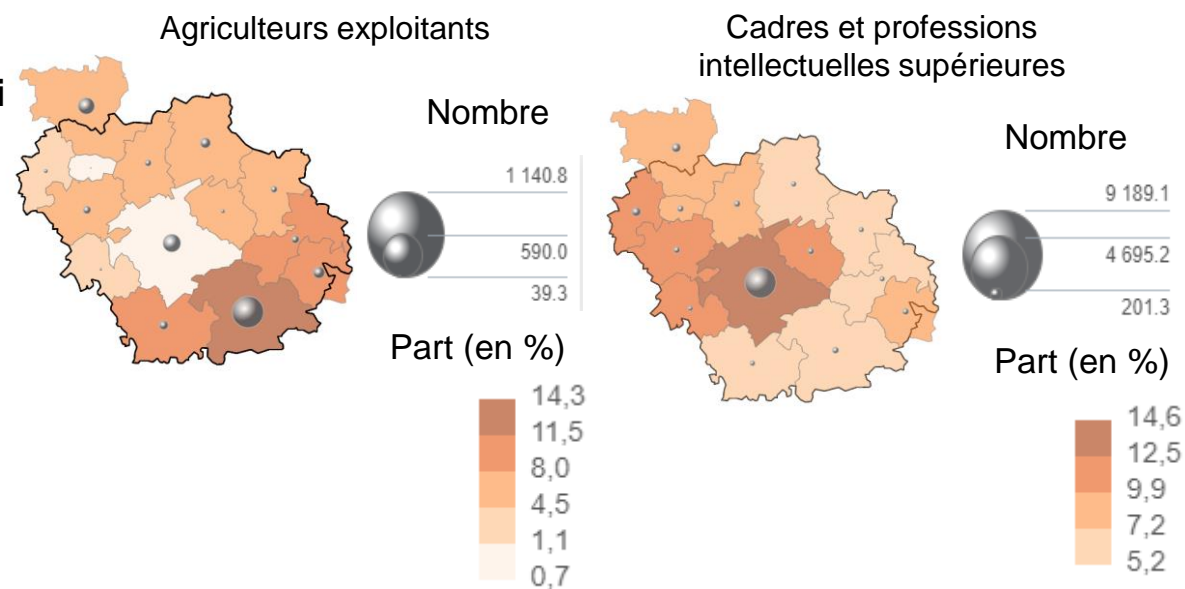
118 404 actifs ayant un emploi

- Plus d'agriculteurs exploitants (3,8 %)
- Moins de cadres et professions intellectuelles supérieures (11,4 %)

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 le sud du territoire
Les cadres sont principalement présents dans la CA Troyes Champagne Métropole

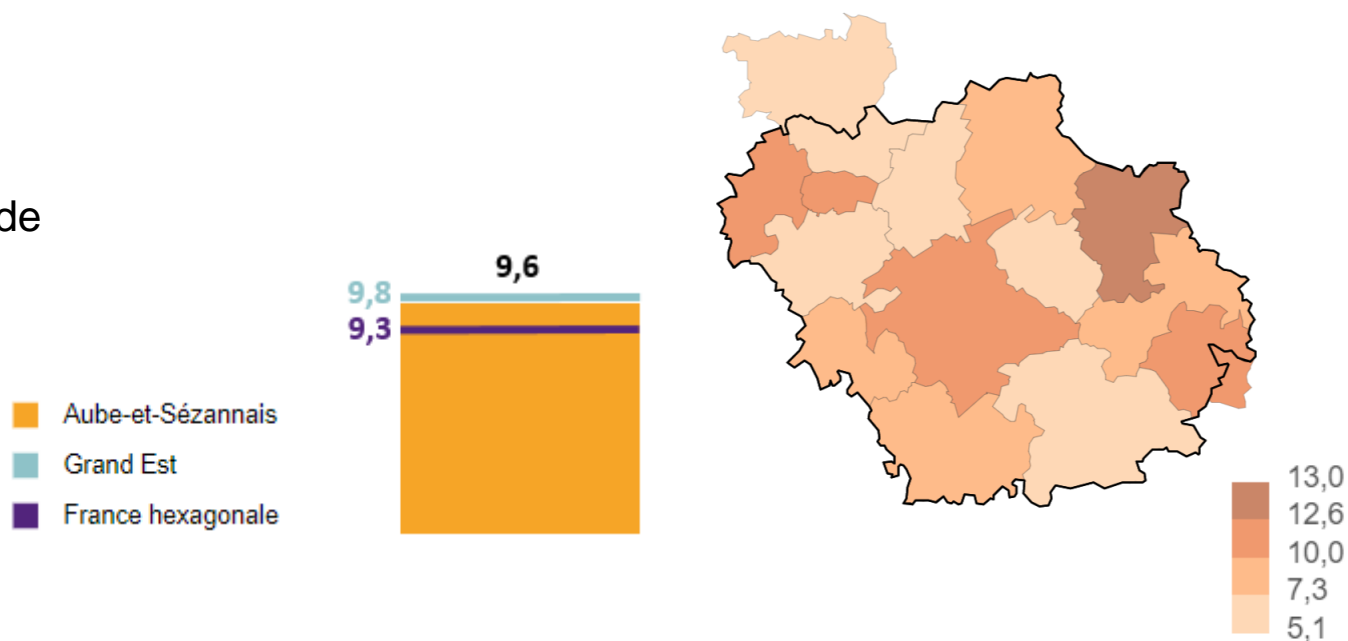
● Environnement social : inactivité

10 976 personnes de 25-54 ans ni en emploi, ni au chômage, soit 9,6 % du groupe d'âge

Le taux d'inactifs est :

- Plus faible qu'en Grand Est mais plus élevé qu'en France
- Plus élevé dans la CC des Lacs de Champagne

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

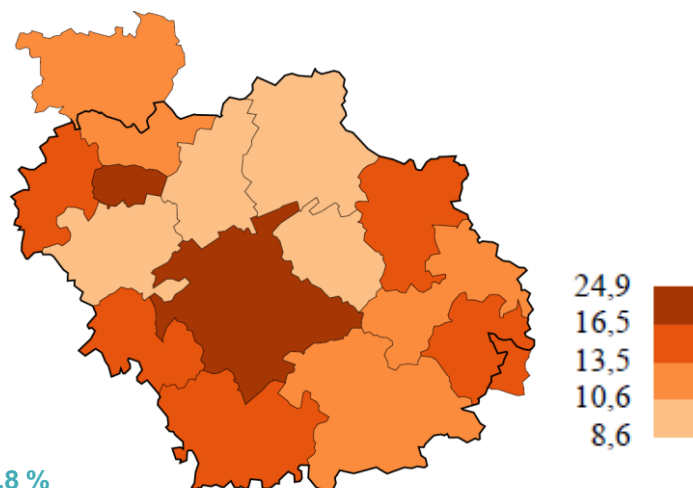


Définition et Précision méthodologique :

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.

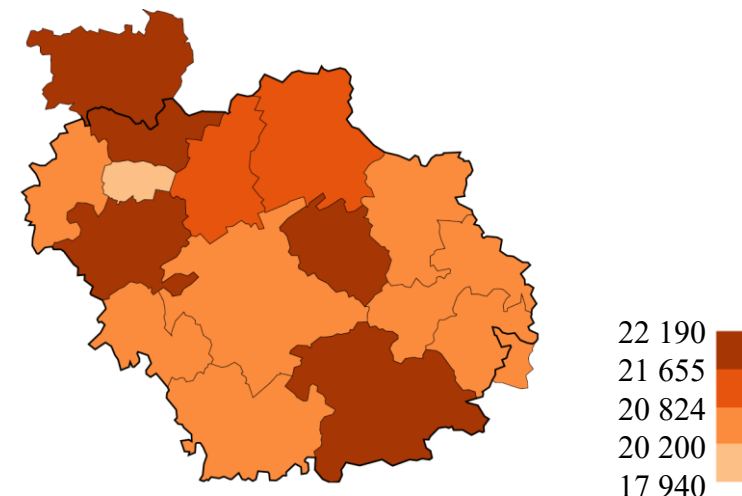
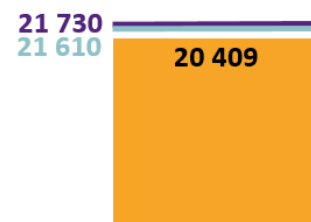
● Environnement social : niveau de vie

Taux de pauvreté en 2018 (en %)



Revenu disponible médian en 2018 (en euros)

Aube-et-Sézannais
Grand Est
France hexagonale



- Des taux de pauvreté variables selon les EPCI, compris dans une fourchette allant d'un minimum de 9,0 % dans l'EPCI de l'Orvin et de l'Ardusson à un maximum de 24,9 % dans celui des Portes de Romilly sur Seine

Définition et précision méthodologique :

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 39,5% de l'ensemble des communes du TRP.

- En moyenne, un revenu médian plus faible dans le TRP de l'Aube-et-Sézannais par rapport aux niveaux régional et national
- Logiquement, une géographie inverse à celle du taux de pauvreté, avec les revenus les plus faibles dans l'EPCI des Portes de Romilly sur Seine

Définition et précision méthodologique :

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 médian des communes composant le TRP, pondérés par la population des personnes des ménages fiscaux des communes le composant. Ici, la totalité des communes du TRP sont disponibles.

● Environnement social : niveau de diplôme

5 558 jeunes de 25-34 ans pas ou peu diplômés, soit 16,2 % de la classe d'âge

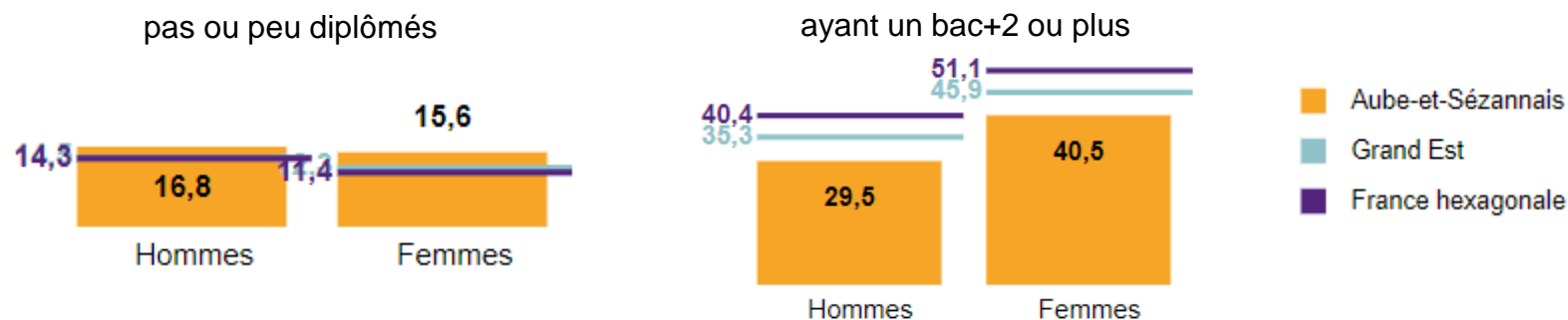
Une part

- Plus importante que les valeurs de référence (13,4 % en Grand Est et 12,8 % en France)
- Plus élevée chez les hommes que les femmes
- Plus élevée dans les CC de la Région de Bar-sur-Aube et des Portes de Romilly sur Seine

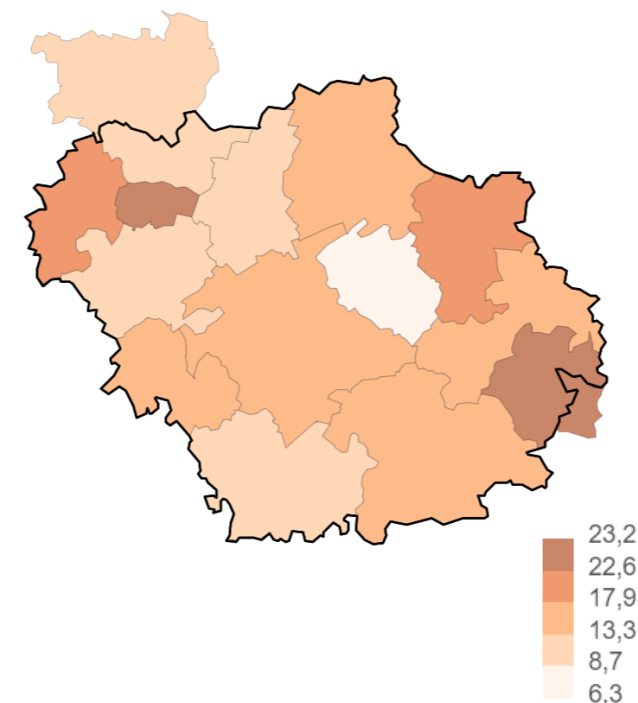
12 052 jeunes de 25-34 ans ayant un bac + 2 ou plus, soit 35,1 % de la classe d'âge

- Une part plus faible qu'en Grand Est (40,6 %) 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 non scolarisés pas ou peu diplômés et part ayant un Bac+2 ou plus en 2017 (en %)

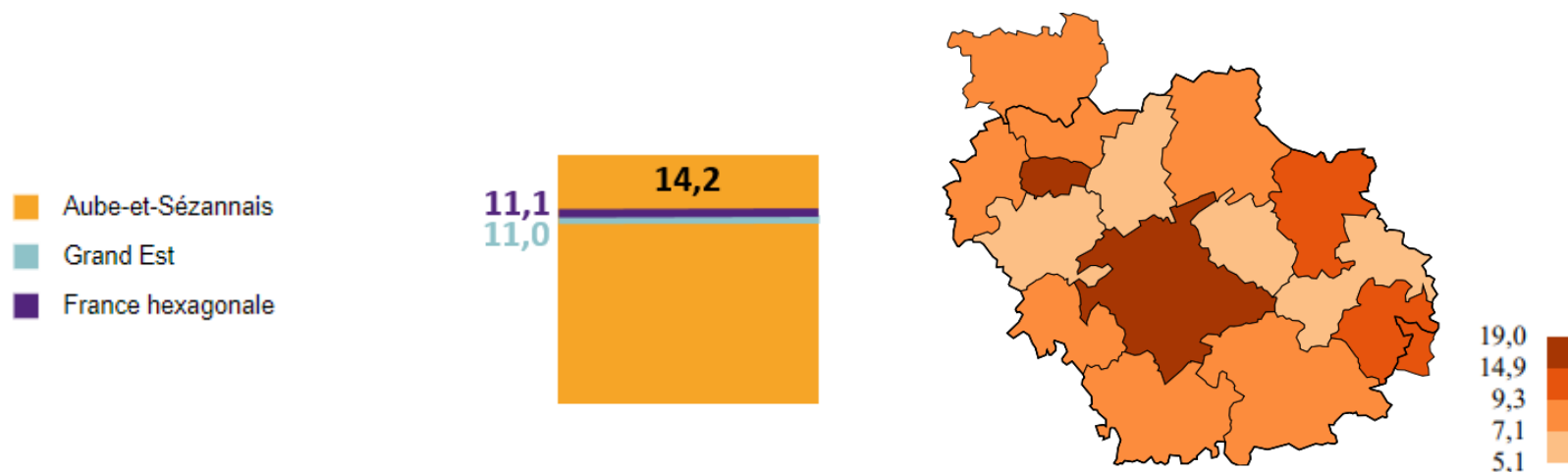


Part des jeunes de 25-34 ans pas ou peu diplômés en 2017 (en %)



● 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 %)**



35 800 bénéficiaires de la CSS, soit 14,2 % des consommateurs de soins affiliés au RG

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

Définition :

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 :

- 79 % des consommateurs du TRP de l'Aube-et-Sézannais
- 82 % des consommateurs de la région Grand Est
- 81 % des consommateurs au niveau national

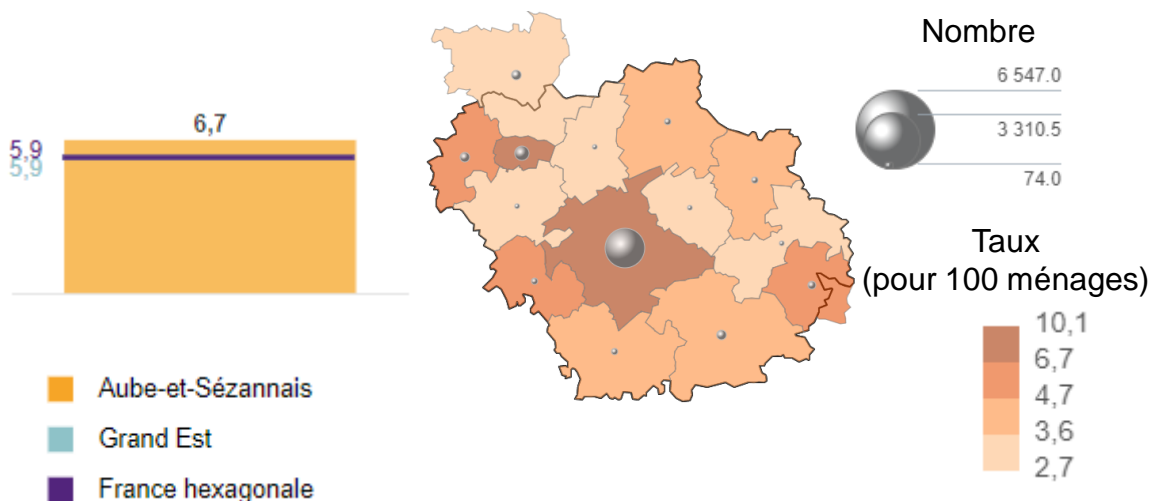
Environnement social : allocations

9 598 allocataires du RSA fin 2019, soit 6,7 % des ménages

Le taux est :

- Plus élevé qu'en Grand Est et France
- Très élevé dans la CC des Portes de Romilly sur Seine

Allocataires du RSA au 31 décembre 2019



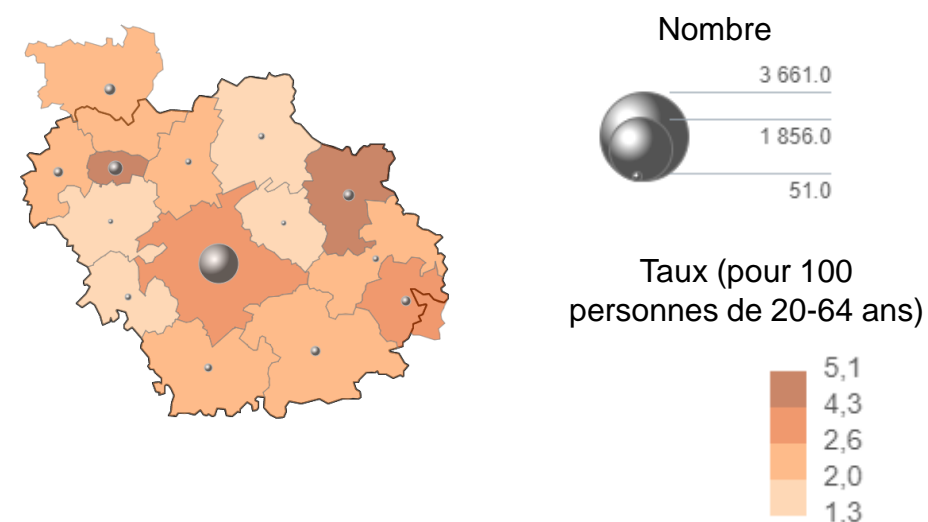
Définition et Précision méthodologique :

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.

5 691 allocataires de l'AAH fin 2019, soit 3,3 % des habitants de 20-64 ans

- Un taux plus élevé qu'en Grand Est (2,9 %) et du même ordre qu'en France (3,1 %)

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



Définition et Précision méthodologique :

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.

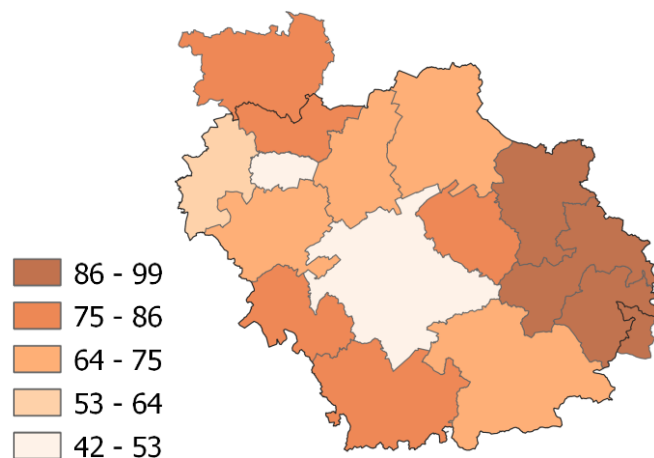
Autres déterminants de santé : équipements sportifs et licences sportives

Un **taux d'équipements sportifs de 54 pour 10 000 habitants** proche du niveau national (55 pour 10 000) et plus faible que dans le Grand Est (59 pour 10 000). **Des taux de licences sportives délivrés plus faibles que dans le Grand Est** (16,7 vs 19,0 pour 100 habitants)

- Des taux d'équipements disparates au sein des EPCI variant de 42 pour 10 000 dans la CA Troyes Champagne Métropole à 98 pour 10 000 dans la CC des Lacs de Champagne
- Des taux de licences sportives délivrés moins importants chez les femmes

Taux d'équipements sportifs en avril
2021

(pour 10 000 habitants)

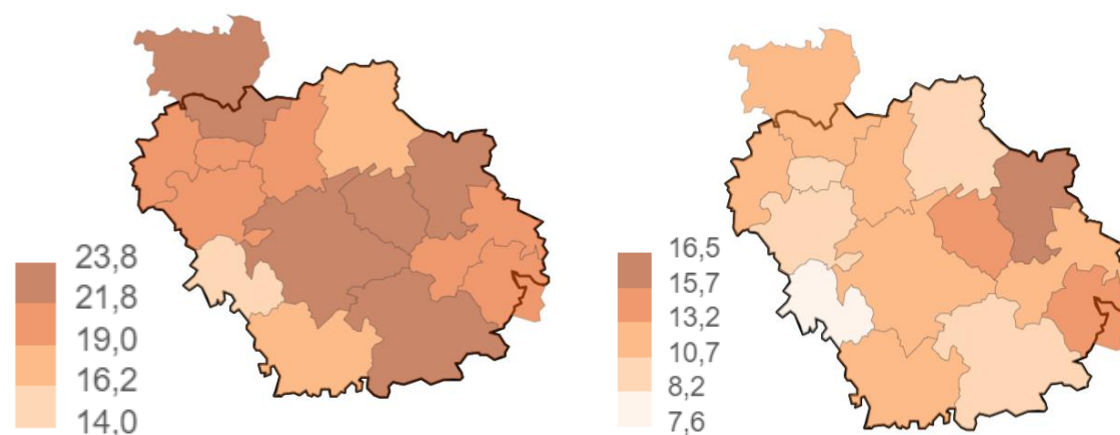


Taux standardisés selon l'âge de licences sportives délivrées
en 2017

Hommes

(pour 100 habitants)

Femmes



Définition et Précision méthodologique :

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 au 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

1 530



+79
décès

nombre de décès
annuel moyen
en 2009-2015

1 488



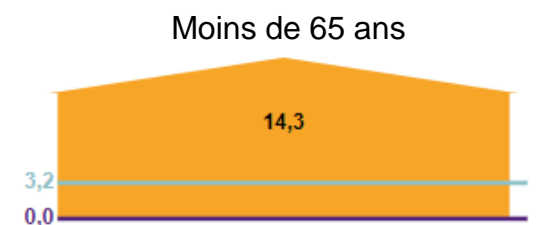
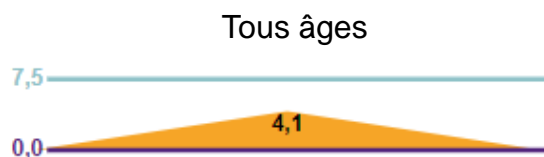
+42
décès

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**

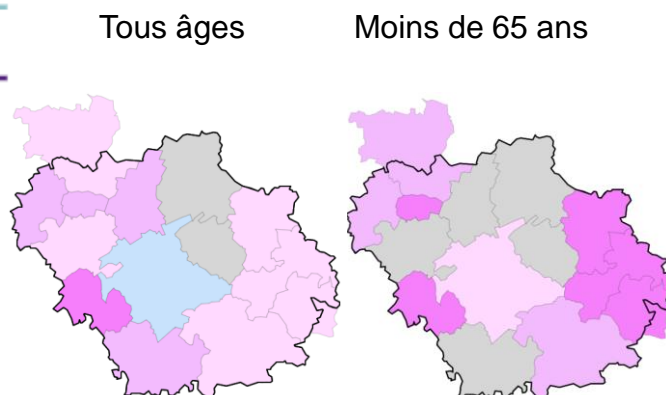
- soit des valeurs légèrement inférieures à celles de France :
-0,9 an pour les hommes et -0,7 an pour les femmes
- et, du même ordre qu'en région :
-0,3 an pour les hommes et +0,1 ans pour les femmes

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

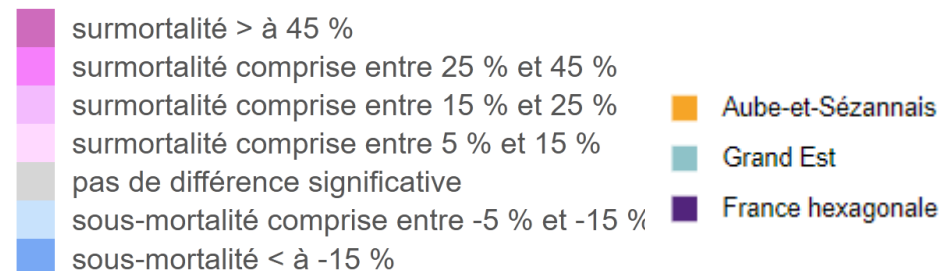
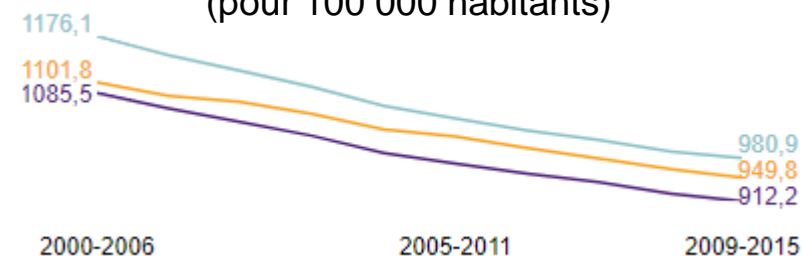


pas de différence significative

sous-mortalité surmortalité



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



* calculé à partir du taux standardisé de mortalité

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

324 nombre de décès
annuel moyen
en 2009-2015

107

liée au système de soins

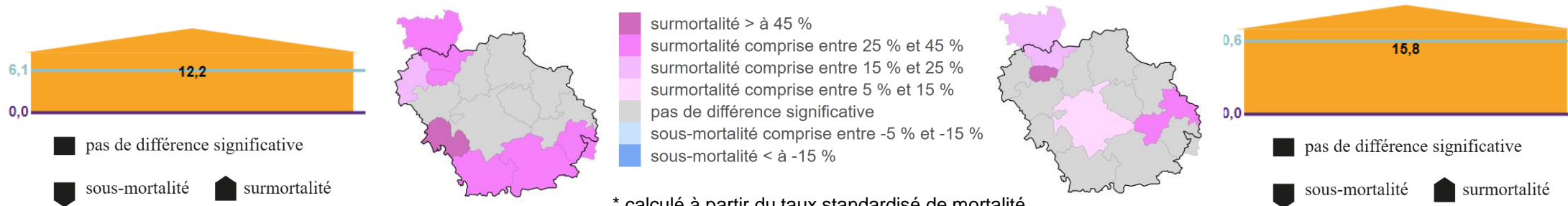
102 nombre de décès
annuel moyen
en 2009-2015

102

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 %)



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 large.

État de santé : *focus* santé mentale - suicide

42

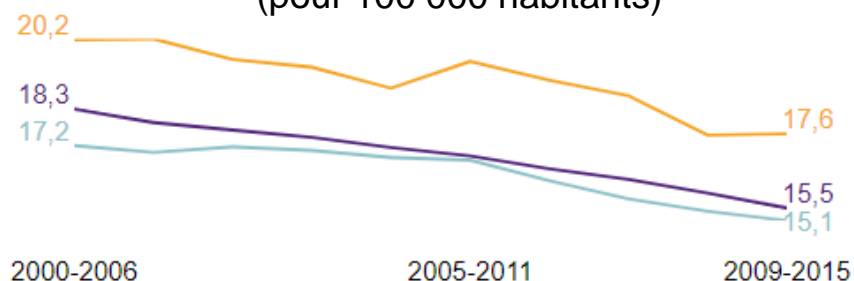


nombre de décès
annuel moyen par suicide
en 2009-2015

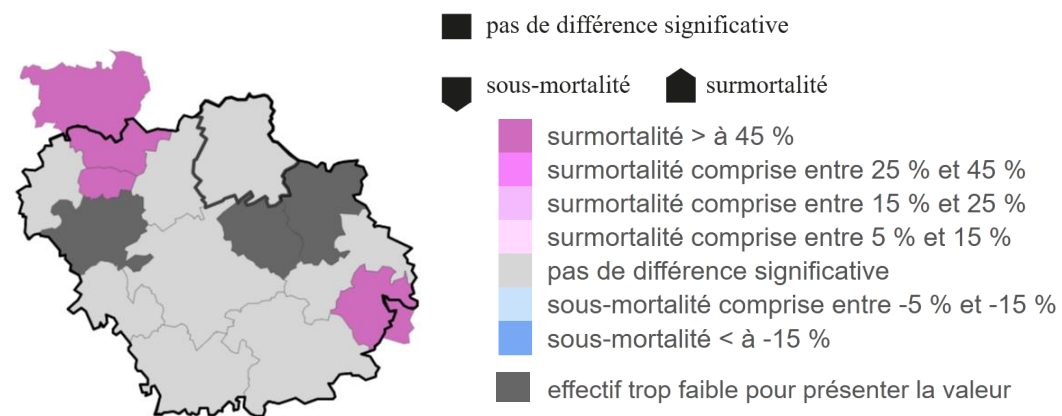
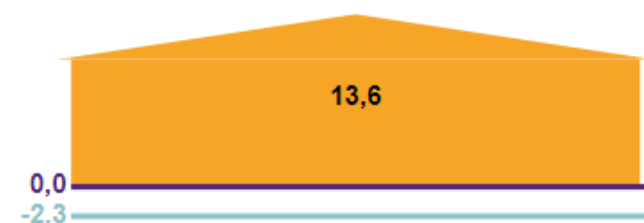
13



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



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



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.

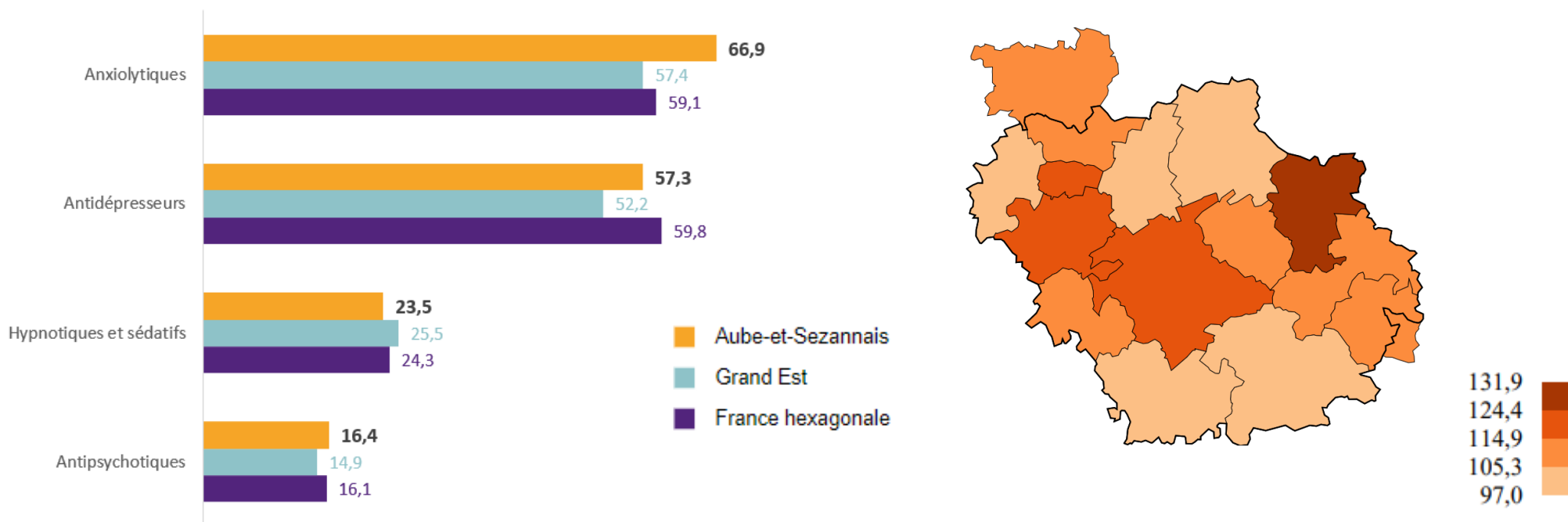
- Les décès de causes inconnues ou morts violentes dont l'intention n'a pas été déterminée sont **moins nombreux dans le TRP** avec 23,5 décès pour 100 000 habitants en 2009-2015 contre 32,1 dans le Grand Est et 34,0 en France métropolitaine

Aube-et-Sézannais
Grand Est
France hexagonale

* calculé à partir du taux standardisé de mortalité

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)



38 000 patients traités par psychotropes, soit 113,6 pour 1 000 consommateurs de soins

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

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

126



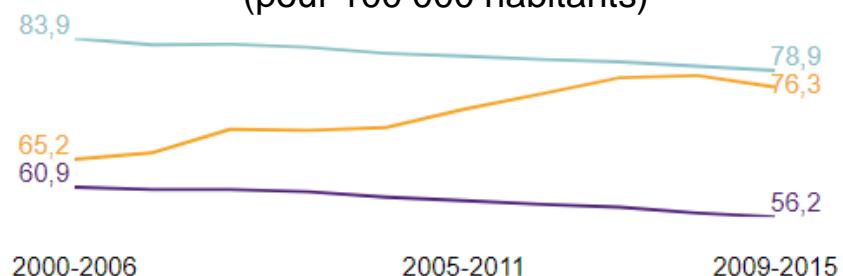
nombre de décès
annuel moyen par diabète
en 2009-2015

119



Évolution du taux standardisé de mortalité par diabète

(pour 100 000 habitants)

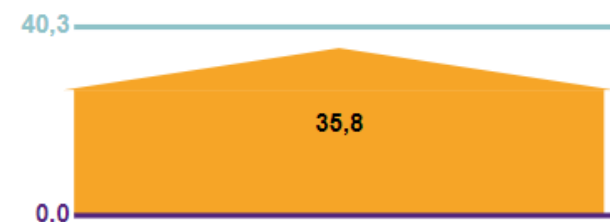


- Les décès par diabète représentent 52,4% des décès par maladies endocriniennes (45,1 % au niveau de la France). Les anomalies du métabolisme et la malnutrition représentent chacune plus de 20 % des décès par maladies endocriniennes

Précision méthodologique :

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

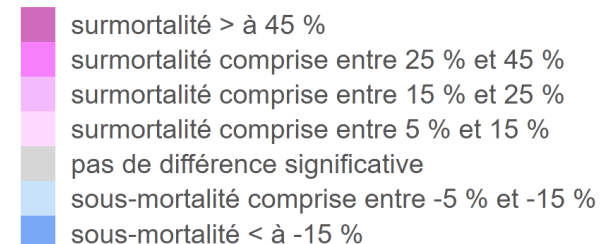
Différentiel de mortalité par diabète* en regard de la France hexagonale en 2009-2015 (en %)



pas de différence significative

sous-mortalité

surmortalité



* calculé à partir du taux standardisé de mortalité

Aube-et-Sézannais

Grand Est

France hexagonale

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

diabète de type 1

1 039



nombre total d'ALD
au 31 décembre 2019
(3,0 % du total d'ALD)

1 009



diabète de type 2

7 907

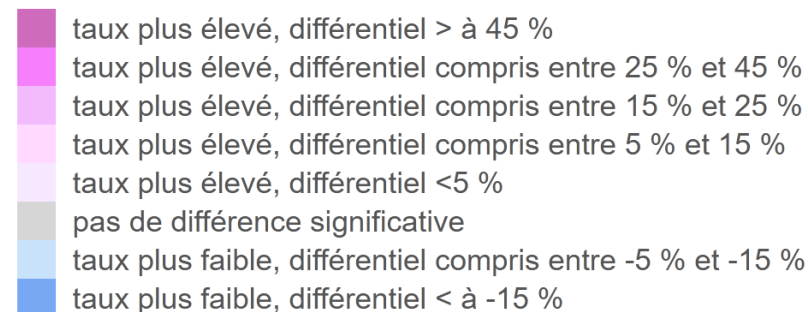
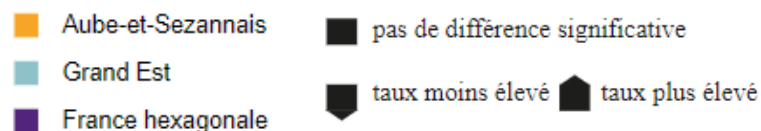
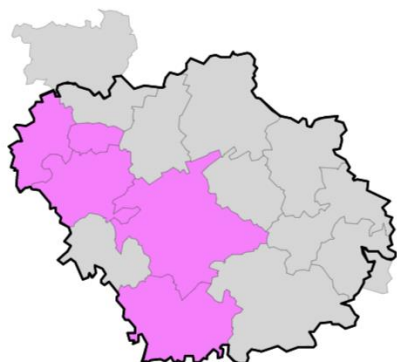
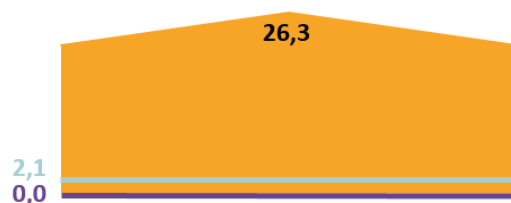


nombre total d'ALD
au 31 décembre 2019
(21,8 % du total d'ALD)

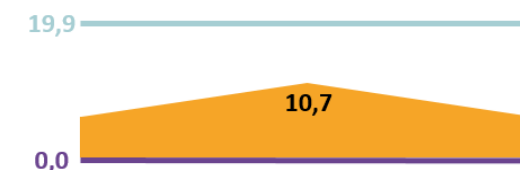
7 171



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



* calculé à partir du taux standardisé



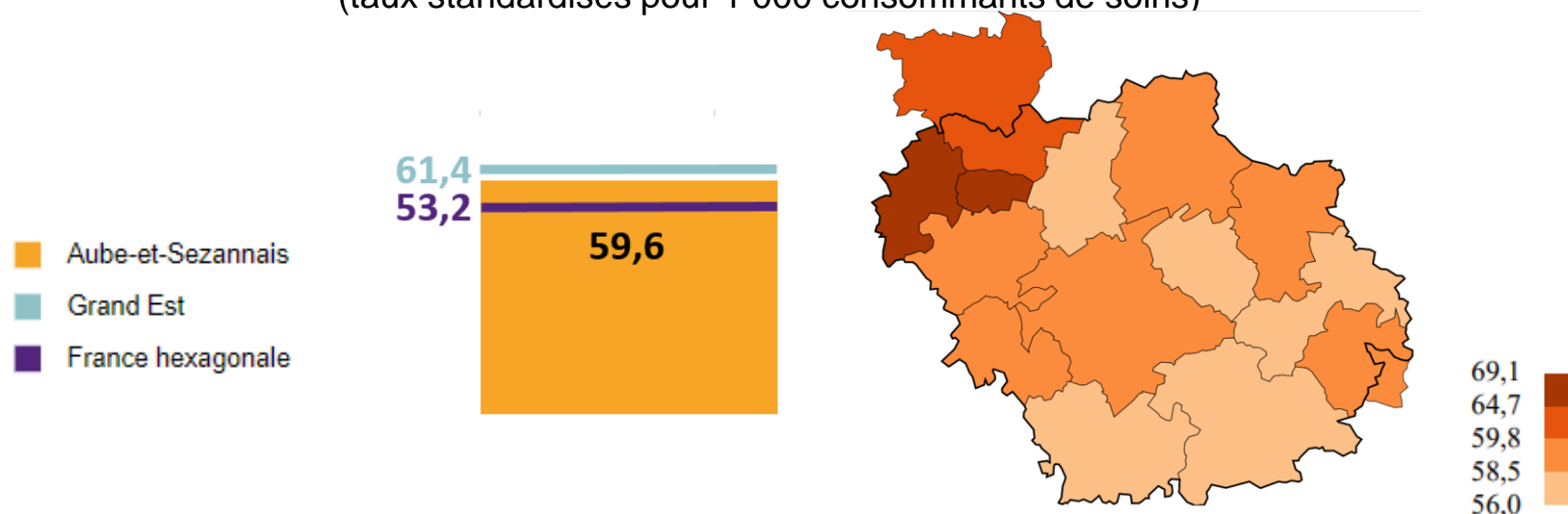
Précision méthodologique :

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)



20 700 patients diabétiques, soit 59,6 pour 1 000 consommateurs de soins

- Un taux plus important qu'en France (53,2 pour 1 000)
- Les CC du Nogentais et des Portes de Romilly sur Seine > 60 pour 1 000

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

190



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

231



725



nombre total d'ALD
pour insuffisance cardiaque
au 31 décembre 2019
(2,1 % du total d'ALD)

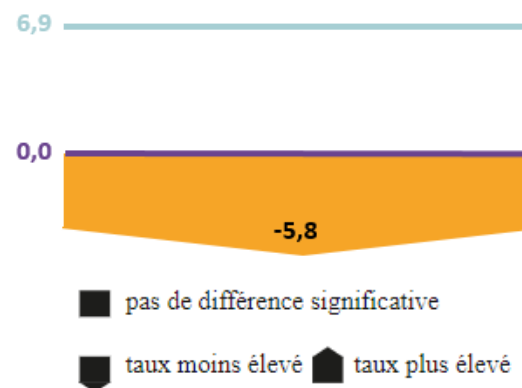
728



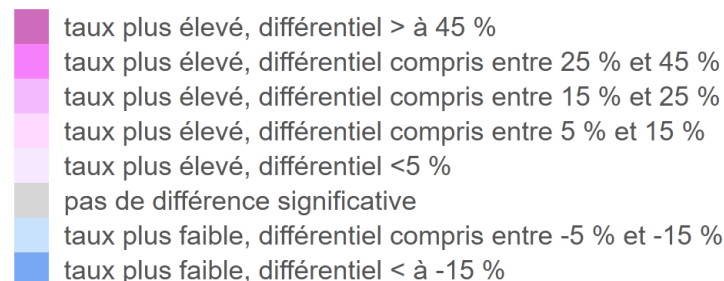
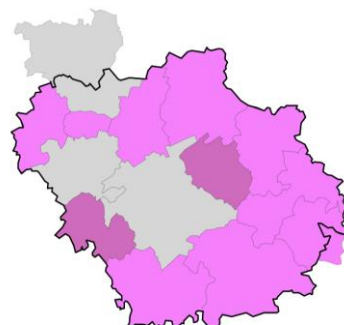
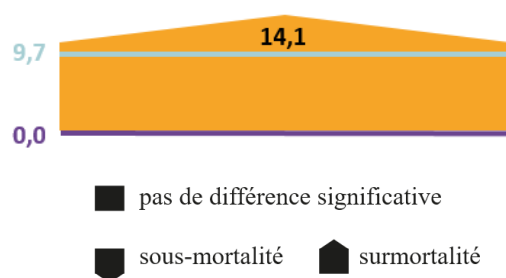
Évolution du taux standardisé de mortalité par insuffisance cardiaque (pour 100 000 habitants)



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 %)

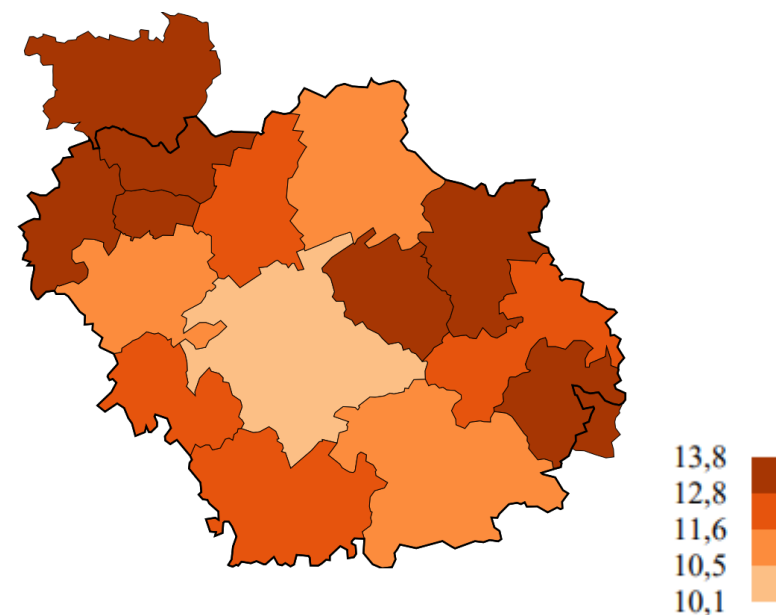
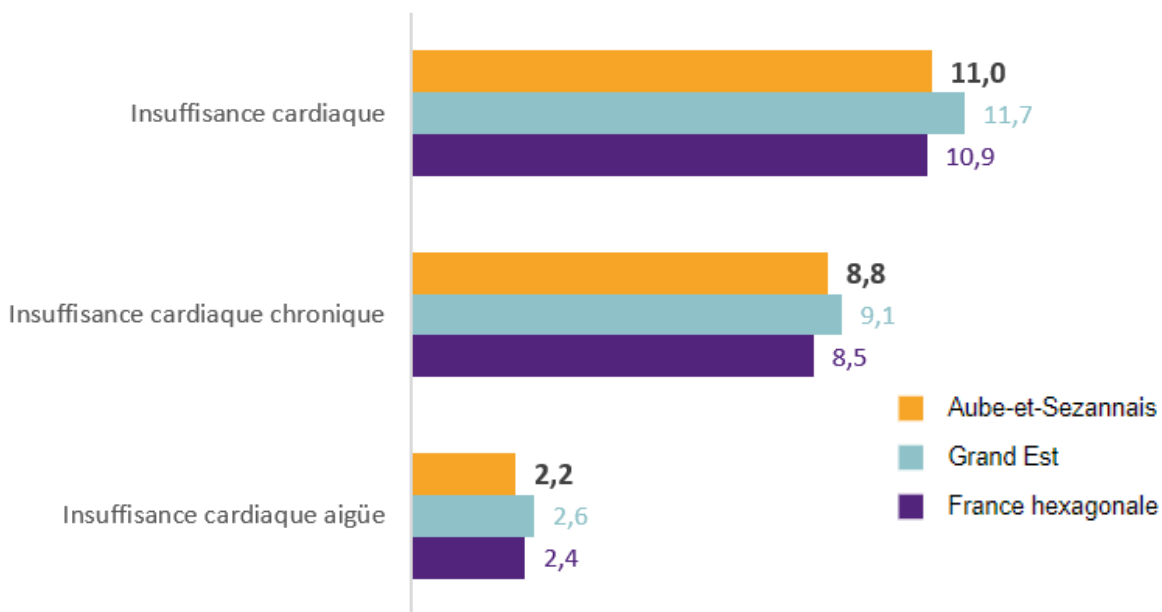


Précision méthodologique :
La mortalité liée à l'insuffisance cardiaque est étudiée ici en tant que causes initiale, associée et comorbidité.
Les ALD sont une estimation du nombre de patients a minima atteints (cf. page 23) et sont relativement imprécises pour l'insuffisance cardiaque.

* 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)



3 000 patients traités pour IC, soit 11,0 pour 1 000 consommateurs de soins

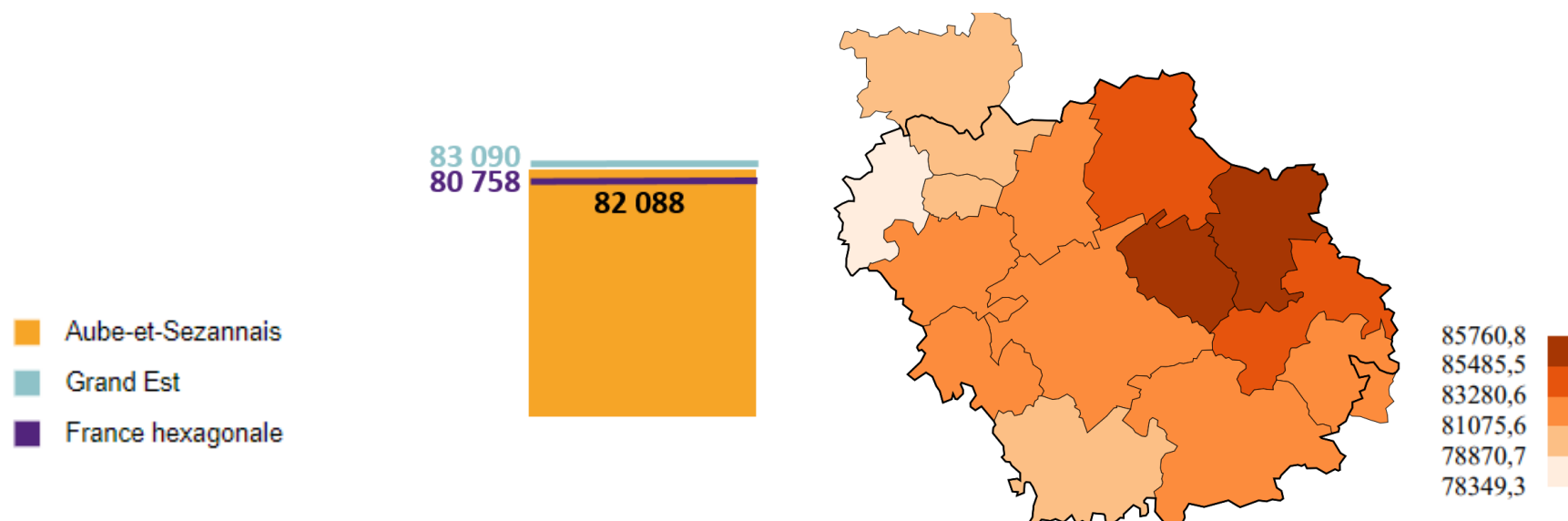
- Un taux du même ordre qu'en France (10,9 pour 1 000)

Précision méthodologique :

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.

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)



262 000 personnes ont eu recours à un MG de ville, soit 82 088 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 des Lacs de Champagne et la CC Forêts, Lacs, Terres en Champagne

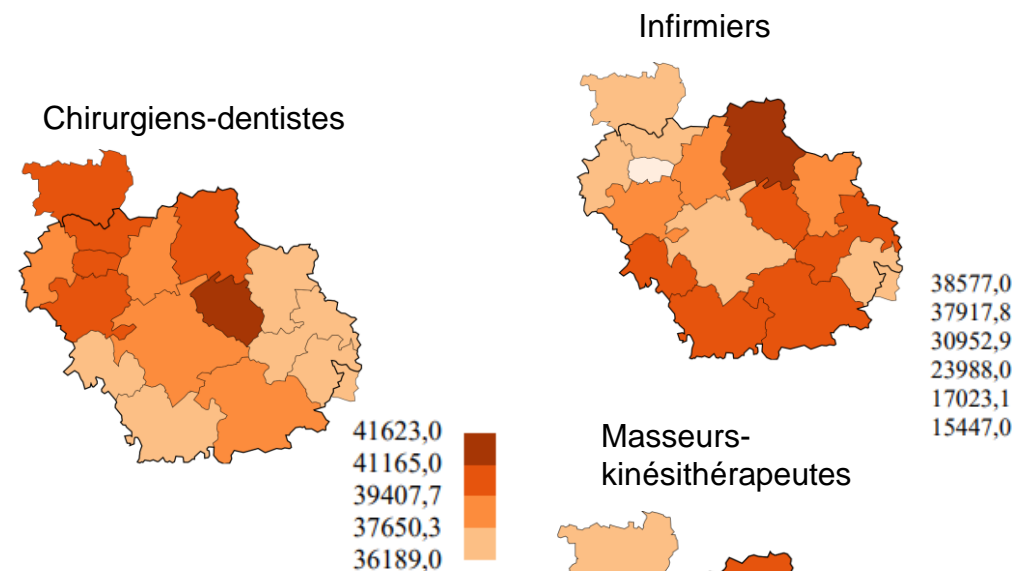
Précision méthodologique :

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 Aube-et-Sézannais | | Grand Est | France hexagonale |
|--------------------------------|-----------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| | Nombre de patients | Taux std / 100 000 | Taux std / 100 000 | Taux std / 100 000 |
| Infirmiers | 73 398 | 21 889 | 16 710 | 17 023 |
| Chirurgiens-dentistes | 124 265 | 39 028 | 43 498 | 40 558 |
| Masseurs-kinésithérapeutes | 45 150 | 13 777 | 14 899 | 14 503 |



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

Précisions méthodologiques :

Les professionnels de santé de proximité (autres que le 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

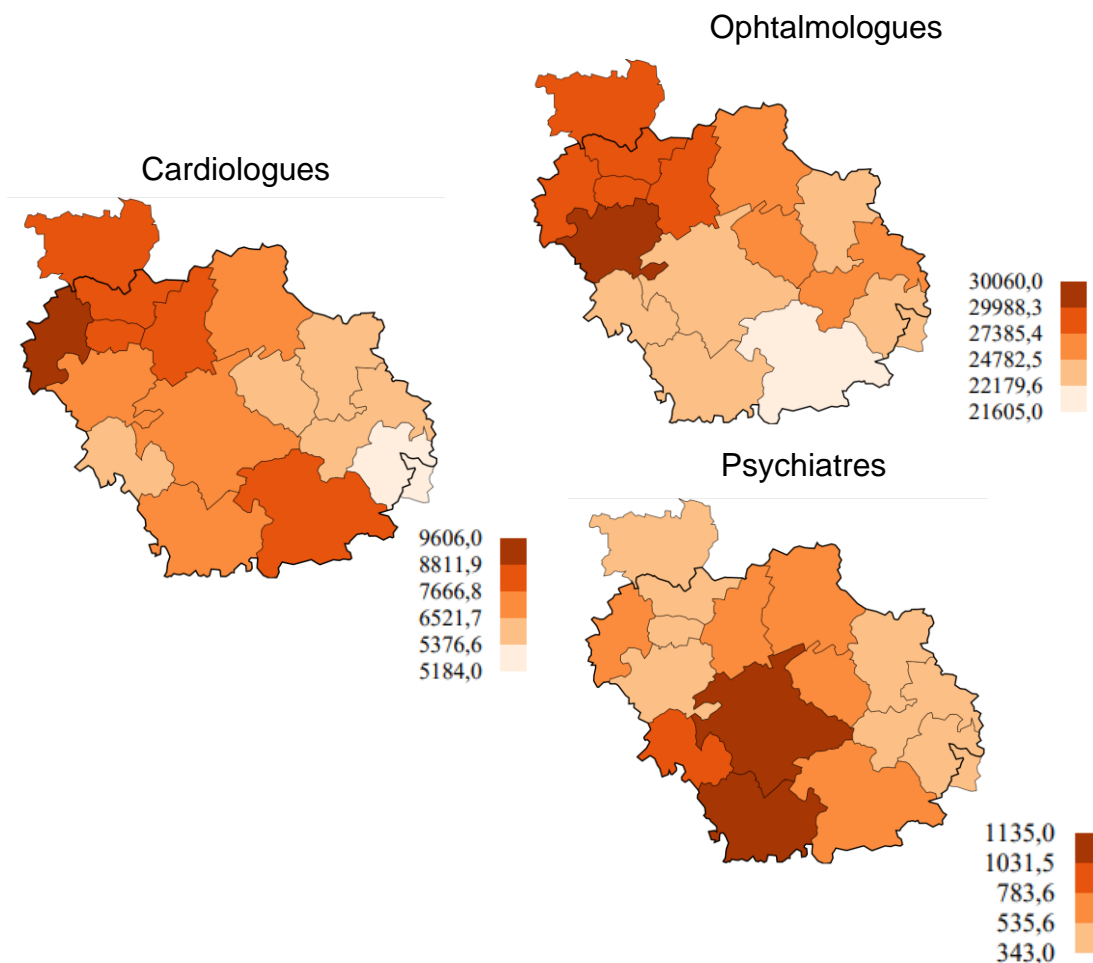
Personnes ayant eu recours à un cardiologue, un ophtalmologue et/ou un psychiatre de ville en 2019
(taux standardisés pour 100 000 consommateurs de soins)

| Recours aux soins de proximité | TRP Aube-et-Sézannais | | Grand Est | France hexagonale |
|--------------------------------|-----------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| | Nombre de patients | Taux std / 100 000 | Taux std / 100 000 | Taux std / 100 000 |
| Ophtalmologues | 82 544 | 25 349 | 26 443 | 27 295 |
| Cardiologues | 24 861 | 7 167 | 11 566 | 8 931 |
| Psychiatres | 2 850 | 905 | 1 855 | 2 162 |

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

Précision méthodologique :

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

Même si, 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 populationnelle 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, qui 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 et enfin, des éléments quant à des 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

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

Précisions méthodologiques :

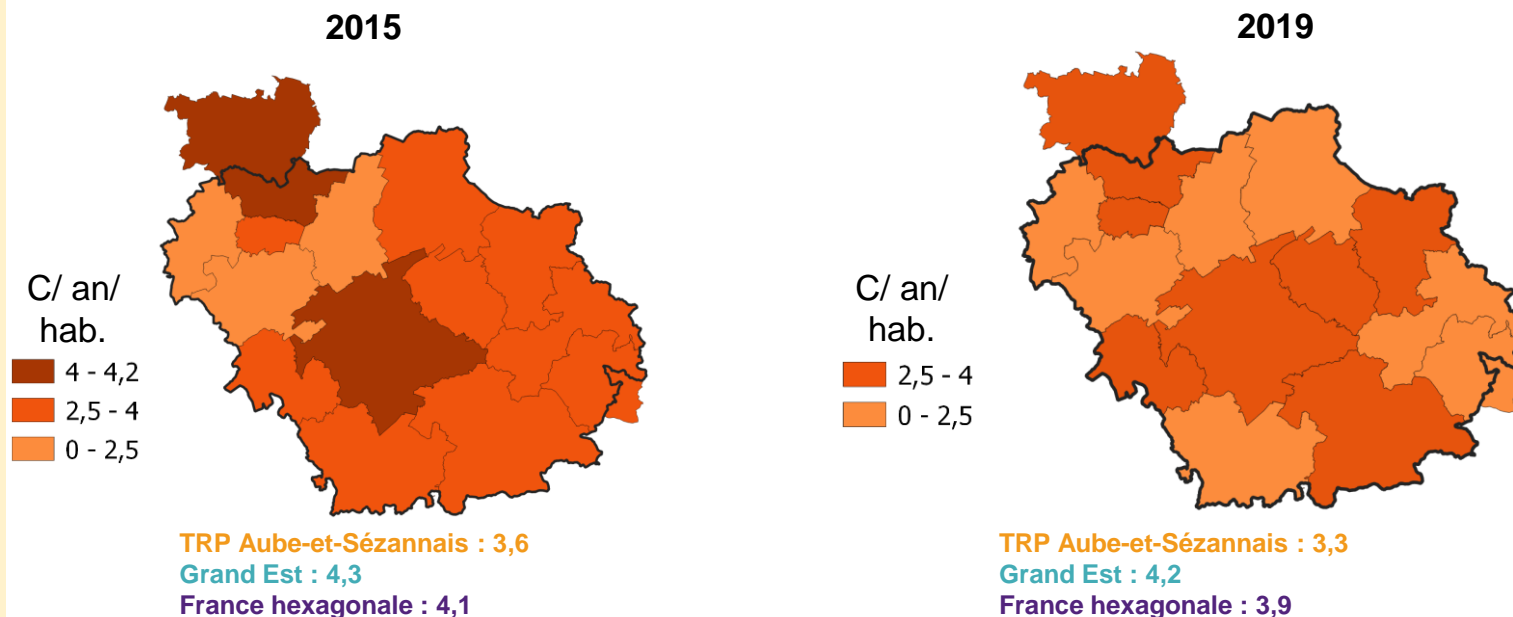
L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) est un indicateur d'adéquation territoriale entre l'offre et la demande de soins de ville (hors hôpital). Il permet de mesurer à la fois la proximité et la disponibilité des professionnels de santé. Il est donc plus fin que les indicateurs usuels 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.



- Une **accessibilité spatiale aux médecins généralistes moins élevée dans le TRP Aube-et-Sézannais** que la moyenne régionale et nationale en 2019 (3,3 consultations accessibles par an et par habitant contre resp. 4,2 en Grand Est et 3,9 en France).
- Une situation qui s'est détériorée par rapport à 2015, avec la CC de Sézanne-Sud-Ouest-Marnais et la CA Troyes Champagne Métropole qui sont passées de « bien doté » à « moyennement doté » et plus de territoires aussi sous dotés.

Offres de soins de 1^{er} recours

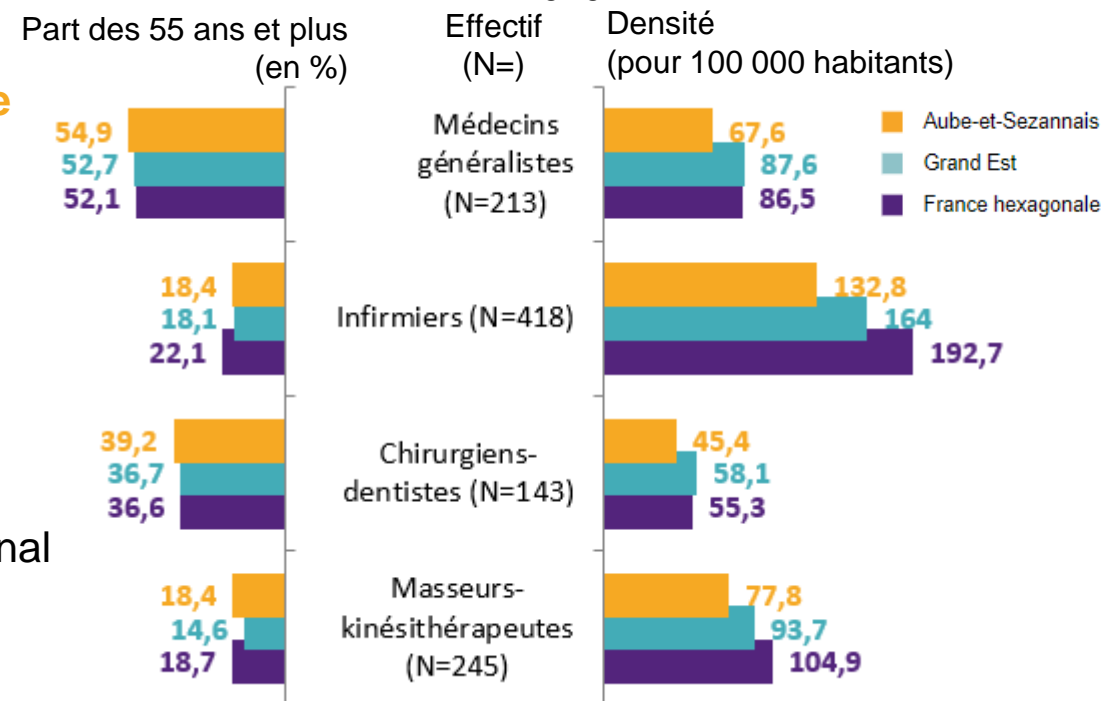
- **Globalement, un territoire moins bien doté en offre libérale de premier recours**, avec des densités plus faibles qu'aux niveaux régional et national
- **Des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes plus jeunes qu'en France (mais plus âgés qu'en Grand Est).** A l'inverse, des médecins généralistes et des chirurgiens-dentistes un peu plus âgés.
- Un **éloignement de l'ensemble des professionnels de 1^{er} recours** par rapport au niveau régional et national

Précision méthodologique :

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 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 5 minutes (en %) et temps moyen d'accès (en minutes)

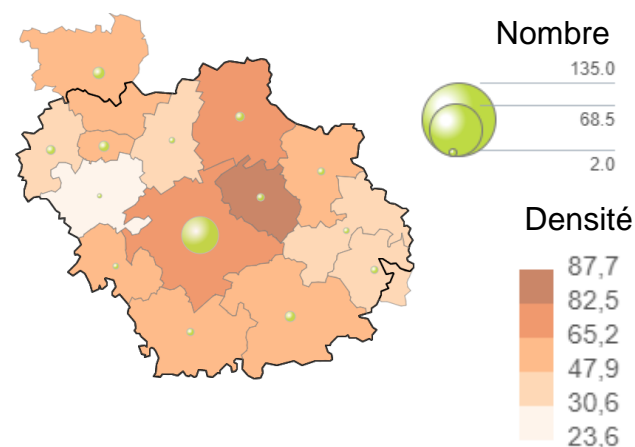
| Professionnels de santé libéraux (ou mixtes) | TRP Aube-et-Sézannais | | Grand Est | France métr. |
|--|-----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| | % population à moins de 5 minutes | Temps moyen d'accès en minutes | Temps moyen d'accès en minutes | Temps moyen d'accès en minutes |
| Médecins généralistes | 70,3 | 2,6 | 1,7 | 1,2 |
| Infirmiers | 75,3 | 2,2 | 1,4 | 0,9 |
| Chirurgiens-dentistes | 61,7 | 4,2 | 2,6 | 2,1 |
| Masseurs-kinésithérapeutes | 70,3 | 2,7 | 1,8 | 1,3 |
| Officines de ville | 69,3 | 2,8 | 2,1 | 1,3 |

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

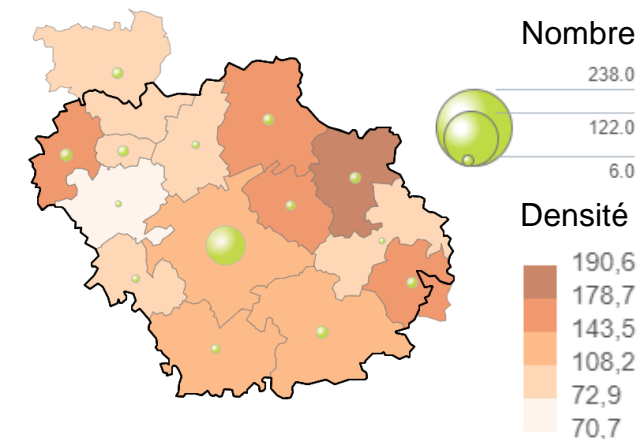
- Des **disparités géographiques d'implantation variables selon les professionnels** :
- Des **densités de médecins généralistes inférieures**, aux moyennes régionale (87,6) et nationale (86,5) pour tous les EPCI à l'exception de la CC Forêts, Lacs, Terres en Champagne (87,7). Pour les **infirmiers, l'essentiel des EPCI du TRP ont des densités plus faibles** qu'en Grand Est (164,0) et en France (192,7)
- De même, **des EPCI majoritairement moins dotés en chirurgiens-dentistes et en masseurs-kinés** qu'en moyenne régionale (58,1 et 93,7) et nationale (55,3 104,9)

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

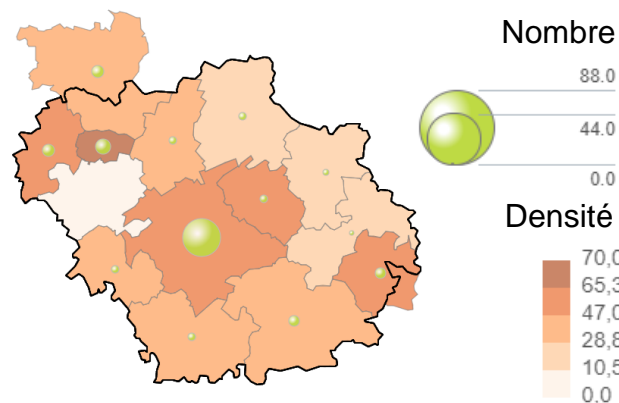
Médecins généralistes



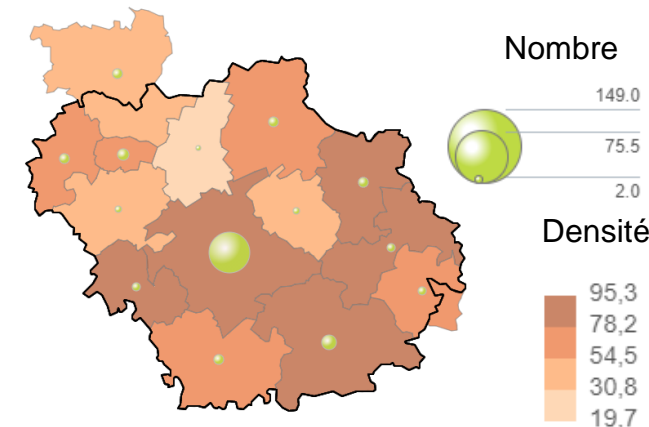
Infirmiers



Chirurgiens-dentistes



Masseurs-kinésithérapeutes



Offres de soins en médecine de spécialités et autres professionnels

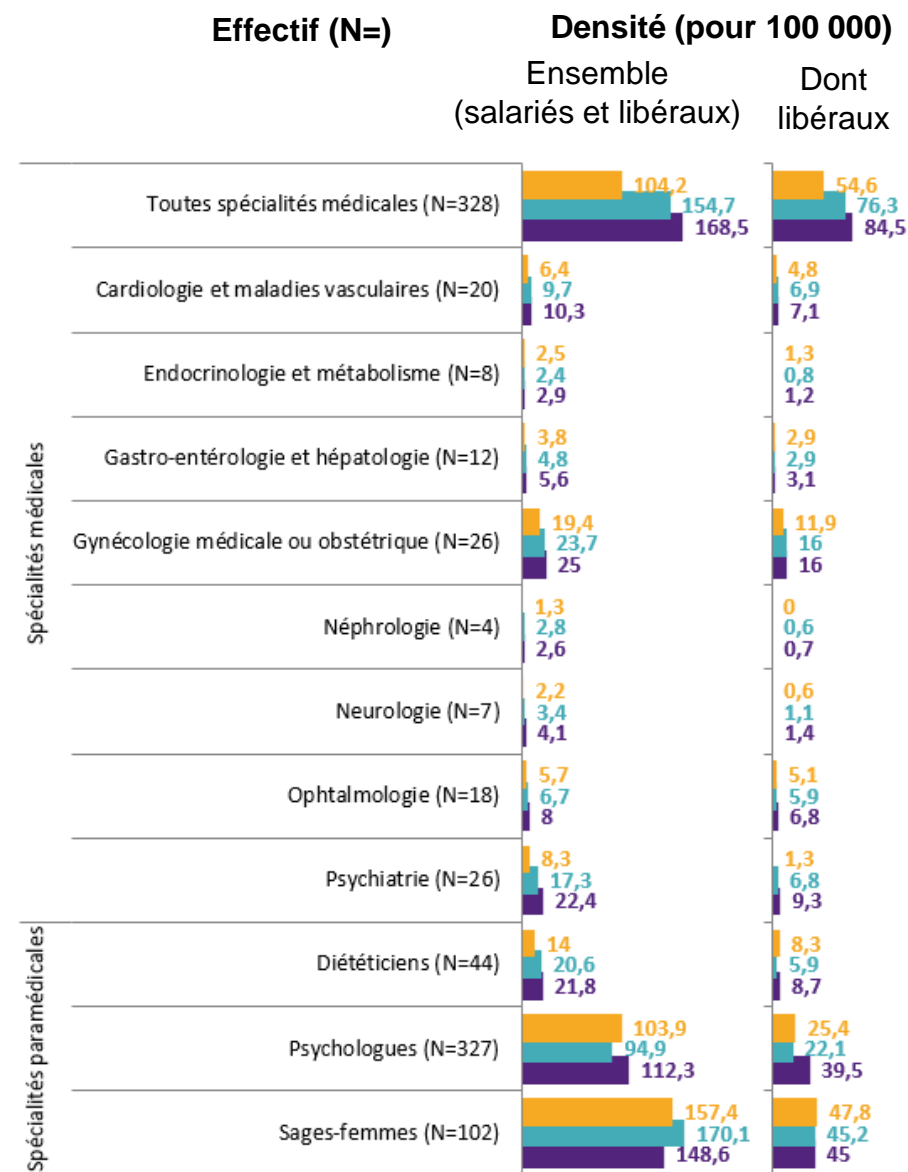
- Globalement, **un territoire moins doté en offre libérale et salariée pour la médecine de spécialité**, avec une densité de médecins spécialistes (104,2 pour 100 000 habitants) inférieure à celle de la région (154,7) et de la France (168,5)
- Un déficit en cardiologues, en psychiatres et en diététiciens par rapport à la France. A l'inverse, davantage de psychologues et de sages-femmes. Les autres spécialités affichent des niveaux proches.
- Une **proximité variable des professionnels libéraux** selon la spécialité

Part de la population à moins de 5 minutes (en %)*
et temps moyen d'accès (en minutes)

| Professionnels de santé libéraux | TRP Aube-et-Sézannais | | Grand Est | France métro. |
|----------------------------------|---|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| | % de la population à moins de 5 minutes | Temps moyen d'accès en minutes | Temps moyen d'accès en minutes | Temps moyen d'accès en minutes |
| Sages-femmes libérales* | 46,3 | 6,1 | 5,5 | 4,6 |
| Ophtalmologues libéraux | 32,5 | 14,2 | 10,8 | 8,6 |
| Cardiologues libéraux | 32,0 | 16,2 | 10,4 | 9,5 |
| Gastro-entérologues libéraux | 29,7 | 15,3 | 13,9 | 12,5 |
| Psychiatres libéraux | 23,5 | 23,1 | 14,1 | 10,7 |
| Gynécologues libéraux | 20,9 | 20,8 | 11,8 | 10,1 |
| Neurologues libéraux | 19,6 | 24,3 | 19,3 | 16,7 |

* par fréquence décroissante

Professionnels de santé au 1^{er} janvier 2020



Offres de soins : dispositifs pour les personnes âgées

La vie en établissements

- 44 Ehpad ; 3 410 places d'hébergement
- 11 résidences autonomie ; 440 places

Par rapport à la valeur régionale :

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

Un taux de places en résidence autonomie inférieur

La vie à domicile

- Accueil temporaire en Ehpad : 50 places
- Accueil de jour en Ehpad : 66 places
- Ssiad : 680 places

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

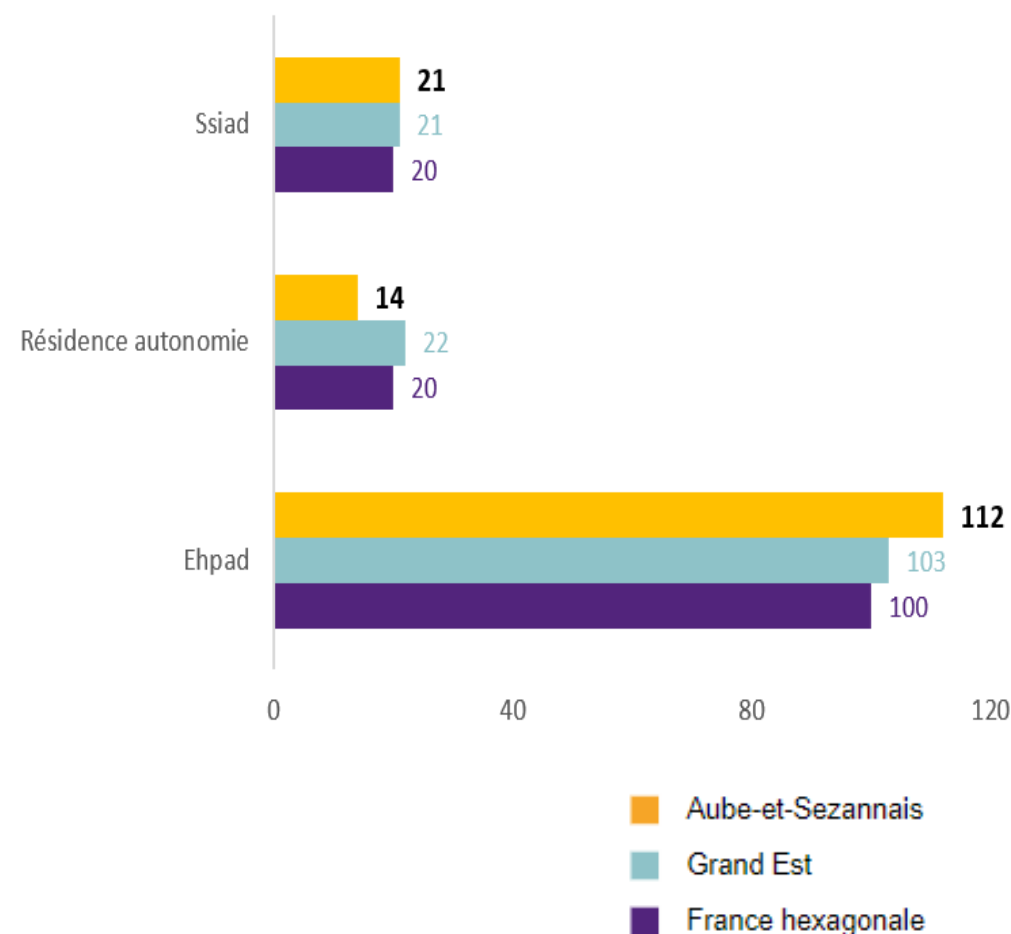
Un taux de places de Ssiad un peu plus important

Définition :

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

- 14 Maisons de santé pluridisciplinaires (MSP)
- 5 Centres de santé polyvalents
- 1 structure labellisée Maison Sport Santé

Dispositif d'appui à la coordination (DAC)

Le TRP est couvert par 2 plateformes territoriales d'appui (PTA) engagées ou en projet à Bar-sur-Aube et Bar-sur-Seine

● Offres de soins : éducation thérapeutique du patient (ETP)

Programmes d'ETP recensés sur le territoire

Diabète

- 4 programmes portés par le CH de Troyes : grandir avec son diabète, diabète insuliné, diabète non insuliné, diabète gestationnel
- 2 programmes portés par le Groupement Hospitalier Aube-Marne : ETP diabétique 2 et ETP diabète gestationnel
- 1 programme d'éducation thérapeutique en ambulatoire du patient diabétique au centre de santé polyvalent de Troyes

Insuffisance cardiaque

- ETP présentant un ou des facteurs de risque cardio-vasculaires au Groupement Hospitalier Aube-Marne
- Education thérapeutique de proximité pour des patients avec des facteurs de risque cardiovasculaires à la MSP de Bar-sur-Aube, MSP Bar-sur-Seine, MSP La Chapelle-Saint-Luc
- Programme Unité de réadaptation cardiovasculaire au Centre de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelles (CRRF) Pasteur de Troyes

Merci de votre attention

Observatoire Régional de la Santé Grand Est

Siège : Hôpital Civil, Bâtiment 02 – 1^{er} étage, 1 place de l'Hôpital,
67091 Strasbourg Cedex (03 88 11 69 80)

Site de Nancy : 2 rue du Doyen Jacques Parisot, 54500
Vandoeuvre-lès-Nancy (03 83 67 68 69)

