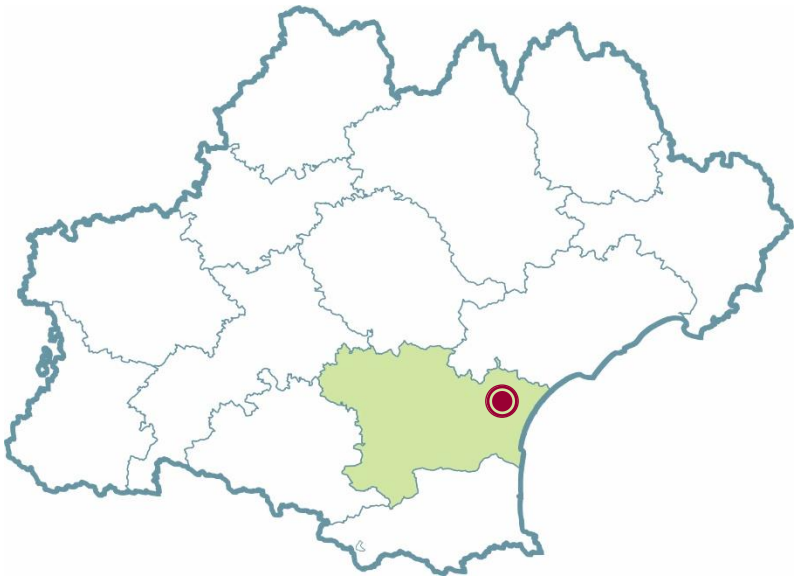
Profil Santé

Contrat Local de Santé

Narbonne

POPULATION ET TERRITOIRE - DÉTERMINANTS SOCIAUX DE SANTÉ - DÉTERMINANTS ENVIRONNEMENTAUX DE SANTÉ - ÉTAT DE SANTÉ ET PROBLÈMES DE SANTÉ - ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS - OFFRE DE SOINS DE PREMIER RECOURS- PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP ET DE DÉPENDANCE



2017

ORS MIDI-PYRÉNÉES
CREAI-ORS LANGUEDOC-ROUSSILLON
ars Agence Régionale de Santé Occitanie

AVANT-PROPOS

Le profil santé de la ville de Narbonne rassemble les principales données quantitatives actuellement disponibles et qui permettent de dégager certaines caractéristiques sociales et sanitaires, ainsi que celles de l'offre de soins et de services de cette commune.

Les données et indicateurs mobilisés sont présentés pour l'ensemble de la commune. Les indicateurs sont référés à la situation observée sur l'ensemble du département ainsi que sur la région ou la France métropolitaine.

Ce dossier s'organise autour de plusieurs chapitres :

– les caractéristiques de la population et du territoire
– les déterminants sociaux de santé
– les déterminants environnementaux de santé
– l'état de santé et les problèmes de santé
– la santé des enfants et des jeunes
– les comportements de santé en Occitanie
– l'accès à la prévention et aux soins
– l'offre de soins de premier recours
– les personnes en situation de handicap et de dépendance

Ces éléments doivent servir de support à un diagnostic partagé par l'ensemble des acteurs et des professionnels intervenant sur ce territoire afin d'élaborer un nouveau projet de santé adapté aux spécificités locales et faisant suite à celui portant sur la période 2015-2017.

TABLE DES MATIÈRES

1 **POPULATION ET TERRITOIRE** ____ **1**

Une population en relative augmentation 1

Un vieillissement de la population 2

2 **DÉTERMINANTS SOCIAUX DE SANTÉ** ____ **3**

Une part importante de personnes peu diplômées 4

Une augmentation de la part des cadres et des professions intermédiaires 4

Un chômage des jeunes important 4

Près d'un emploi sur trois est précaire 4

Des revenus inférieurs à la moyenne régionale 5

Une fréquence élevée des situations de précarité financière 5

Des situations à risque d'isolement ou de fragilité 5

3 **DÉTERMINANTS ENVIRONNEMENTAUX DE SANTÉ** ____ **6**

Une part importante de logements privés potentiellement indignes 6

Un profil environnemental marqué par une exposition à l'ozone relativement élevée 7

4 **ÉTAT DE SANTÉ ET PROBLÈMES DE SANTÉ** ____ **8**

Une mortalité tous âges dans la moyenne 9

Une mortalité prématurée élevée et qui reste stable 9

Des niveaux de mortalité et de morbidité pour l'ensemble des cancers proches de la valeur en métropole 9

Une surmortalité significative par cancers du poumon 9

Un niveau de mortalité et de morbidité par cancer du côlon dans la moyenne… ... 9

…comme pour la mortalité et la morbidité par cancer du sein 9

Une sous mortalité par maladies cardiovasculaires 10

Le diabète : une pathologie touchant de nombreux narbonnais 10

La santé mentale, un champ difficile à explorer 10

Une surmortalité par accident de la voie publique 10

Des conséquences sanitaires de la consommation d'alcool ou de tabac similaires à ce qui est observé en métropole 10

5 **SANTÉ DES ENFANTS ET DES JEUNES** ____ **11**

Des enjeux majeurs de santé 11

Des comportements à risque chez les jeunes d'Occitanie 12

6 **COMPORTEMENTS DE SANTE EN OCCITANIE** ____ **13**
Des habitudes de vie et des facteurs de risque dans la population d'Occitanie 13

7 **ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS** ____ **15**
Des recours à la prévention encore perfectibles 15
Un taux de recours à l'IVG plus important à Narbonne 16
Un faible taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein 16

8 **OFFRE DE SOINS DE PREMIER RECOURS** ____ **17**
Trois généralistes sur dix âgés de 60 ans ou plus 17
Une Accessibilité Potentielle Localisé plus importante à Narbonne 18

9 **PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP ET DE DÉPENDANCE** ____ **19**
Une proportion d'enfants bénéficiaires de l'AEEH qui reste stable 19
5 % des adultes de 20 à 59 ans perçoivent l'AAH 19
Une personne âgée sur 10 à domicile en perte d'autonomie 19
500 places en EHPAD à Narbonne 20
Un Service de soins infirmiers à domicile 20

10 **SYNTHÈSE** ____ **21**

POPULATION ET TERRITOIRE

INDICATEURS	NARBONNE			AUDE		OCCITANIE		FRANCE METROP.	
	Effectif	Taux	Évol*	Taux	Évol*	Taux	Évol*	Taux	Évol*
Population									
1- Population	52 855	-		-		-	↗	-	↗
2- Densité	-	305,6	↗	59,5	↗	78,8	↗	117,7	↗
3- Accroissement annuel	326	0,6	-	0,6	nd	0,9	nd	0,5	nd
4- Naissances	555	10,5	↘	9,9	↘	11,0	↘	12,3	↘
5- Décès	638	12,1	↗	11,0	↗	9,4	=	8,5	↘
6- Population de nationalité étrangère	2 814	5,3	nd	5,6	nd	5,4	nd	6,3	nd
Profil d'âge									
7- Indice de vieillissement	-	107	↗	107	↗	91,1	↗	75,5	↗
8- Moins de 15 ans	8 462	16,0	=	16,8	=	17,0	=	18,3	=
9- 15 à 29 ans	9 268	17,5	↘	14,4	↘	17,1	↘	17,9	↘
10- 65-74 ans	5 916	11,2	↗	11,7	↗	10,2	↗	9,0	↗
11- 75 ans ou plus	6 514	12,3	↗	12,0	↗	10,7	↗	9,3	↗

* Évolution observée sur cinq ans.

DÉFINITIONS DES INDICATEURS

1- Population totale (Insee RP2014) | **2-** Densité de population (Insee RP2014) | **3-** Nombre d'habitants supplémentaires et taux d'accroissement annuel (%) moyen entre 2009 et 2014 (Insee RP 2009 RP2014) | **4-** Nombre de naissances et taux de natalité pour 1 000 habitants (Insee, État civil 2014, RP2014) | **5-**Nombre de décès et taux brut de mortalité pour 1 000 habitants (Insee, État civil 2014, RP2014) | **6-** Nombre et % de personnes de nationalité étrangère (Insee RP2014) | **7-** Nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans (Insee RP2014) | **8-** Nombre et % des jeunes de moins de 15 ans dans la population (Insee RP2014) | **9-** Nombre et % des habitants âgés de 15-29 ans dans la population (Insee RP2014) | **10-** Nombre et % des habitants âgés de 65-74 ans dans la population (Insee RP2014) | **11-** Nombre et % des habitants âgés de 75 ans ou plus

Une population en relative augmentation

Avec près de 53 000 habitants en 2014, Narbonne est la ville la plus peuplée de l'Aude et la 7e ville la plus peuplée d'Occitanie. Entre 2009 et 2014, sa population a progressé en moyenne de 0,6 % par an. Ce taux d'accroissement annuel moyen de la population est équivalent à celui observé sur l'ensemble de l'Aude, légèrement supérieur au taux d'accroissement en France métropolitaine mais plus faible que celui relevé en Occitanie. Narbonne présente le deuxième taux d'accroissement annuel moyen de population de l'Aude, après Lézignan-Corbières, toutefois, 27 villes d'Occitanie de plus de 10 000 habitants présentent une croissance démographique plus élevée que celle de Narbonne.

L'accroissement de population se fait principalement par le solde des arrivées et des départs d'habitants. En effet, le nombre de décès de personnes résidant à Narbonne était en 2014 supérieur à celui des naissances. Cet écart va en croissant, le nombre de naissances ayant tendance à diminuer alors que celui des décès augmente.

En 2014, 5,3 % de la population était de nationalité étrangère, proportion plus faible que celle observée sur l'ensemble du département de l'Aude, de l'Occitanie ou de la France métropolitaine.

Un vieillissement de la population

En 2014, on dénombrait à Narbonne 107 habitants de 65 ans ou plus pour 100 habitants de moins de 20 ans. Ce ratio, appelé aussi indice de vieillissement, est identique à celui observé sur l'ensemble du département, plus élevé que celui observé en Occitanie, et plus encore que celui observé en France métropolitaine.

La population des moins de 15 ans, de presque 8 500 habitants, est stable à Narbonne comme au niveau départemental, régional ou métropolitain. La population des 15-29 ans est en baisse alors que celles des personnes âgées de 65 à 74 ans ou de 75 ans et plus sont en augmentation. Aujourd'hui, c'est près d'un narbonnais sur quatre (23,5 %) qui est âgé de 65 ans ou plus. Les évolutions des effectifs de population par grandes tranches d'âge qui sont observées à Narbonne vont dans le même sens que les évolutions observées au niveau départemental, régional ou de la France métropolitaine.

Des besoins de santé différents selon « les âges de la vie »

La connaissance de la répartition et de la part relative de certaines tranches d'âge permet d'orienter les politiques de santé.

On peut distinguer notamment :

– la période de l'enfance et l'adolescence dans laquelle est intégrée la période péri et post natale : les moins de 15 ans,

– les jeunes de 15 à 29 ans dont on connaît, malgré le manque d'indicateurs à des échelles locales, les besoins de prévention et de promotion de la santé au regard des comportements à risques,

– la part des 65 ans et plus qui permet de repérer l'importance du vieillissement démographique et des éventuels besoins en termes de prévention de la perte d'autonomie mais aussi de prise en charge.

Chapitre

2

DÉTERMINANTS SOCIAUX DE SANTÉ

INDICATEURS	NARBONNE			Aude		OCCITANIE		FRANCE METROP.	
	Effectif	Taux	Évol*	Taux	Évol*	Taux	Évol*	Taux	Évol*
Niveau d'études									
1- 15 ans ou plus peu ou pas diplômés	13 476	33,1	↘	34,7	↘	30,8	↘	31,1	↘
2- 25-34 ans sans diplôme	1 072	19,0	↘	17,7	↘	14,4	↘	14,4	↘
Catégories sociales									
3- Personnes actives de 15-64 ans	22 196	69,4	↗	70,8	↗	72,2	↗	73,6	↗
4- Agriculteurs	114	0,6	=	3,9	↘	2,8	↘	1,7	↘
5- Artisans- commerçants	1 610	9,1	=	9,8	↗	8,4	↗	6,5	↗
6- Cadres	2 342	13,3	↗	10,8	↗	16,3	↗	17,6	↗
7- Professions intermédiaires	4 693	26,6	↗	24,3	↗	26,2	↗	25,8	↗
8- Employés	5 576	31,6	↘	31,1	=	28,3	↘	27,8	↘
9- Ouvriers	3 329	18,8	↘	20,1	↘	18,0	↘	20,7	↘
10- Chômeurs de 15-64 ans	4 854	21,9	↗	18,7	↗	15,2	↗	13,5	↗
11- Chômeurs de 15-24 ans	1 176	42,1	↗	39,1	↗	32,8	↗	29,0	↗
12- Emplois précaires	4 602	30,5	↘	32,3	↘	30,0	=	27,5	=
Revenus									
13- Revenu annuel moyen par FF	20 548	-	nd	20 522	nd	23 295	nd	26 199	nd
14- Foyers fiscaux non imposés	20 537	63,2	nd	64,9	nd	59,0	nd	53,8	nd
Situations de précarité financière									
15- Personnes couvertes par le RSA	8 628	21,3	↗	16,2	↗	11,6	↗	9,5	↗
16- Allocataires dépendants à 100 % des prestations sociales	3 092	28,4	=	23,1	=	19,6	↘	16,9	↘
17- Bénéficiaires de la CMUc	8 095	15,3	nd	11,0	nd	9,0	nd	nd	nd
Modes de vie et situations à risque de fragilité ou d'isolement									
18- PA 75+ à domicile	5 949	91,3	↘	91,3	↘	90,5	↘	90,2	↘
19- PA 75+ seules à domicile	2 541	42,7	↘	39,1	↗	39,3	↗	42,7	↘
20- Familles avec enfant(s)	6 984	47,7	↘	46,2	↘	48,6	=	51,4	↘
21- Familles monoparentales	2 447	35,0	↗	26,3	↗	25,5	↗	23,3	↗

* Évolution observée sur cinq ans.

DÉFINITIONS DES INDICATEURS

1- Nombre de personnes âgées de 15 ans ou +, hors système scolaire, sans diplôme ou au plus le brevet des collèges et % parmi les 15 ans ou plus hors système scolaire (Insee RP2014) | **2-** Nombre de personnes âgées de 25-34 ans, non étudiants, sans diplôme ou au plus le brevet des collèges et % parmi les 25-34 ans non étudiants (Insee RP2014) **3-** Nombre de personnes actives (ayant un emploi ou au chômage) âgées de 15-64 ans et % parmi les 15-64 ans (Insee RP2014) | **4-** Nombre et part des agriculteurs exploitants dans la population active ayant un emploi (Insee RP2014) | **5-** Nombre et part des artisans, commerçants... dans la population active ayant un emploi (Insee RP2014) | **6-** Nombre et part des cadres dans la population active ayant un emploi (Insee RP2014) | **7-** Nombre et part des professions intermédiaires dans la population active ayant un emploi (Insee RP2014) | **8-** Nombre et part des employés dans la population active ayant un emploi (Insee RP2014) | **9-** Nombre et part des ouvriers dans la population active ayant un emploi (Insee RP2014) | **10-** Nombre de chômeurs âgés de 15-64 ans et % dans la population active des 15-64 ans (Insee RP2014) | **11-** Nombre de chômeurs (au sens du recensement) âgés de 15-24 ans et % dans la population active des 15-24 ans (Insee RP2014) | **12-** Nombre et part des 15 ans ou plus salariés, autre que CDI à temps plein, parmi les 15 ans ou + salariés (Insee, RP2014) | **13-** Revenu annuel moyen par foyer fiscal en euros (Insee, DGFIP 2014) | **14-** Nombre et % de foyers fiscaux non imposés (Insee, DGFIP 2014) | **15-** Nombre de personnes couvertes par le RSA total (allocataires et ayants droit) et % parmi la population des moins de 65 ans (Cnaf- CCMSA 2015, Insee RP2013) | **16-** Nombre et part des allocataires dépendant à 100 % des prestations sociales parmi les allocataires dont les revenus sont connus (Cnaf- CCMSA 2015) | **17-** Nombre et part des bénéficiaires de la CMUc (assurés et ayants droit) dans la population totale (CPAM, MSA, RSI 2016, Insee RP 2014) | **18**- Nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus à domicile et % parmi les 75 ans ou plus (Insee RP2014) | **19-** Nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus seules à domicile et % parmi les 75 ans ou plus vivant à domicile (Insee RP2014) | **20-** Nombre de familles avec enfant(s) et % parmi les familles (Insee RP2014) | **21-** Nombre de familles monoparentales et % parmi les familles avec enfant(s) (Insee RP2014)

Une part importante de personnes peu diplômées

En 2014, près de 13 500 habitants, soit un narbonnais sur trois âgé de 15 ans ou plus et ne poursuivant pas d'études, est peu (au plus le brevet des collèges ou son équivalent) ou pas diplômé. Ce taux est plus élevé à Narbonne qu'en région ou en métropole mais un peu moins élevé que sur l'ensemble de l'Aude.
Cette proportion est plus faible chez les 25-34 ans. Elle est cependant plus élevée à Narbonne (19 %) que dans les autres territoires de comparaison.

Une augmentation de la part des cadres et des professions intermédiaires

En 2014, si les employés restent la catégorie sociale la plus représentée parmi les actifs ayant un emploi, comparé à 2009, leur part est en recul comme celle des ouvriers. Par contre, la part des professions intermédiaires est en progression, représentant maintenant plus d'un actif ayant un emploi sur quatre, tout comme celle des cadres. La part des agriculteurs et celle des artisans et commerçants restent stables sur les 5 dernières années.
Les tendances évolutives observées à Narbonne vont le plus souvent dans le même sens que ce qui est observé dans les autres territoires de comparaison.

Un chômage des jeunes important

Plus de 4 850 actifs narbonnais de 15 à 64 ans déclarent être au chômage en 2014. Cela représente plus d'un actif sur cinq, proportion plus élevée qu'au niveau départemental, régional ou métropolitain. Sur la période 2009-2014. Cette proportion est en hausse à Narbonne comme dans les autres territoires de comparaison.
Ce chômage touche près de 1 200 jeunes de 15 à 24 ans soit plus des deux cinquièmes des actifs de cet âge. Les proportions de chômeurs parmi les 15-24 ans qui étaient observées au même moment dans l'Aude, en Occitanie et, plus encore, en France métropolitaine étaient inférieures à celle observée à Narbonne.

Près d'un emploi sur trois est précaire

Dans 31 % des cas, les emplois occupés par les actifs narbonnais peuvent être qualifiés de précaires, soit car il s'agit d'emploi à temps partiel, soit parce qu'il ne s'agit pas d'un emploi en contrat de travail à durée indéterminée. La proportion d'emploi précaires à Narbonne, en recul sur les 5 dernières années, est proche de ce qui est observé en Occitanie, plus faible que la proportion observée dans l'Aude mais plus élevée que celle observée en France métropolitaine.

Des revenus inférieurs à la moyenne régionale

Le revenu annuel moyen par foyer fiscal s'élève à un peu plus de 20 500 euros en 2014. Ce montant est similaire à la valeur départementale mais en retrait de 12 % par rapport au revenu fiscal moyen observé en Occitanie et de 22 % par rapport à la valeur constatée en France métropolitaine.

Comme dans l'Aude, près des deux tiers des foyers fiscaux ne sont pas imposables sur le revenu en 2014 (59 % en Occitanie et 54 % en France métropolitaine).

Une fréquence élevée des situations de précarité financière

En 2015, plus d'un habitant sur cinq est couvert par le revenu de solidarité active (RSA) à Narbonne, qu'il perçoive directement cette allocation ou qu'il soit ayant-droit d'une personne allocataire. Cette part est supérieure à ce qui est observé dans l'Aude, en Occitanie et nettement plus élevée qu'en France métropolitaine. Elle est en progression comme dans les territoires de comparaison.

Plus de 3 000 allocataires de prestations sociales versées par la CAF ou la MSA ne déclarent aucune autre ressource et dépendent totalement de ces allocations. Cela représente près de trois allocataires sur dix (parmi ceux dont les ressources sont connues des organismes versant ces prestations).

Plus de 8 000 personnes bénéficient de la CMUc à Narbonne soit 15 % de la population, part plus élevée qu'au niveau départemental (11 %) ou régional (9 %).

Des situations à risque d'isolement ou de fragilité

Plus de 2 500 personnes âgées de 75 ans ou plus vivent seules à domicile en 2014 soit plus des deux cinquièmes de la population de cet âge. Cette proportion est cependant en baisse à Narbonne alors qu'elle augmente dans l'Aude et en Occitanie.

On compte près de 2 500 familles monoparentales à Narbonne en 2014, soit plus d'un tiers des familles avec enfants de moins de 25 ans. Cette situation est plus fréquente que dans le département, la région ou la métropole et sa fréquence est en augmentation depuis 2009.

La situation sociale

à travers 4 indicateurs qui sont des déterminants sociaux de santé :

- **Les bénéficiaires de la CMUc**

Cet indicateur traduit à la fois l'importance relative des situations de précarité financière mais aussi l'importance des personnes en difficulté d'accès à la santé* : plus souvent atteintes par des affections de longue durée (ALD), en particulier par le diabète, ayant plus souvent un moins bon suivi médical du diabète, un moindre recours aux dépistages, des problèmes dentaires plus fréquents, un mal-être plus marqué…

- **Les personnes de 15 ans et plus non scolarisées et sans diplôme**

Le niveau de formation scolaire oriente vers une profession, un niveau de revenus et donc une catégorie sociale. Il contribue à la constitution de l'état de santé notamment par la formation des normes en santé et le développement d'une plus ou moins grande réception aux messages de prévention à tous les âges de la vie.

- **Les familles monoparentales**

Certaines de ces familles sont à « risque de fragilité ». Elles peuvent cumuler les vulnérabilités** : jeunesse du parent, faible niveau de formation et de qualification, faible revenu, mauvaises conditions de logement, forte exposition au chômage. Ces facteurs influent sur leurs problèmes de santé et sur leur accès à la santé.

- **Les personnes âgées de plus de 75 ans qui vivent seules à domicile**

Ces situations à « risque d'isolement » sont particulièrement fréquentes en milieu urbain. Certaines personnes âgées cumulent les risques d'isolement social, d'isolement lié aux déplacements, de faible niveau de revenus, et de fragilité de santé.

*Caractéristiques et recours des populations bénéficiaires de la CMUc : plus jeune, plutôt féminine et en moins bonne santé. ARS Midi Pyrénées-INSEE, janvier 2014.

**Les familles monoparentales : des difficultés à travailler et à se loger. O. Chardon et col. INSEE Première n°1195, juin 2008

Chapitre

3

DÉTERMINANTS ENVIRONNEMENTAUX DE SANTÉ

INDICATEURS	NARBONNE			AUDE		OCCITANIE		FRANCE METROP.	
	Effectif	Taux	Évol*	Taux	Évol*	Taux	Évol*	Taux	Évol*
1- Logements construits avant 1946	4 895	19,0	nd	27,7	nd	21,7	nd	24,6	nd
2- Logements du parc privé potentiellement indigne (PPPI)	3 069	14,5	nd	13,1	nd	7,8	nd	nd	-nd
3- Logements HLM	4 485	17,4	↗	8,2	↗	8,7	↗	14,7	=
4- Résidences principales sans confort(1)	47	0,2	=	0,3	=	0,3	=	0,5	↘

* Évolution observée sur cinq ans.
(1) sans baignoire ni douche

DÉFINITIONS DES INDICATEURS

1- Nombre de logements construits avant 1946 et % parmi les résidences principales (Insee RP2014)
2- Nombre et % de logements potentiellement indignes dans le parc privé en 2013 (FILICOM - DREAL- ANAH)
3- Nombre de logements HLM et % parmi les résidences principales (Insee RP2014)
4- Nombre de logements sans confort (sans baignoire ni douche) et % parmi les résidences principales (Insee RP2014)

Une part importante de logements privés potentiellement indignes

Près de 5 000 logements à Narbonne sont qualifiés d'anciens car construits avant 1946. Cela représente près d'un logement sur cinq soit moins qu'au niveau départemental (28 %), régional (22 %) ou métropolitain (25 %).

Un peu plus de 3 000 logements du parc privé sont qualifiés comme potentiellement indignes. Cela représente une part supérieure à ce qui est observé dans le département et près du double de ce qui est observé sur l'ensemble de l'Occitanie.

La part des logements HLM atteint 17 % de l'ensemble des logements, soit un niveau plus de deux fois supérieur à celui observé sur l'ensemble du département ou de la région et supérieur à la valeur métropolitaine.

Sur la ville de Narbonne, en 2014, près de 50 logements sont « sans conforts » c'est-à-dire sans baignoire ni douche dans le logement.

L'habitat, un des principaux déterminants environnementaux

La qualité des logements ressort comme un enjeu important pour préserver la « qualité de l'environnement et le cadre de vie » et pour mieux vivre ensemble.

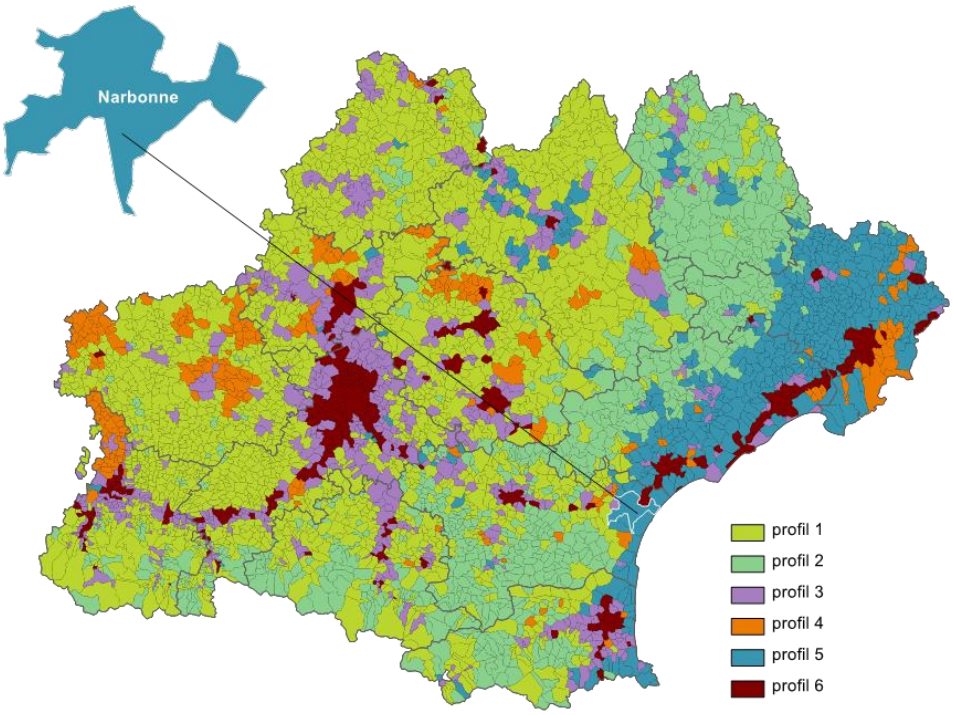
C'est aussi un enjeu en termes de santé à la fois physique et mentale.

Le logement est aussi un facteur de prévention de certains risques ou pathologies.

Un profil environnemental marqué par une exposition à l'ozone relativement élevée

Une typologie des disparités environnementales de santé a été réalisée sur l'ensemble des communes de la région en Occitanie à partir des indicateurs sur les différents types de pollution : air, eau, habitat, sol. Elle permet d'identifier six profils qui mettent en évidence différents risques environnementaux selon le territoire. Il faut toutefois préciser que des disparités peuvent tout de même persister à l'intérieur d'un même profil. C'est pourquoi, il est important pour chaque territoire d'interpréter ces informations à la lumière de l'ensemble des données et connaissances locales.

Typologie des inégalités environnementales



Source : Disparités environnementales de santé en Occitanie, ORSMIP – CREAI-ORS LR, Octobre 2017, 43p.

Profil 1	Territoires ruraux peu défavorisés sur le plan environnemental, avec une qualité de l'habitat légèrement dégradée (14 % de la population)
Profil 2	Territoires ruraux marqués par une qualité bactériologique de l'eau insuffisante, un parc potentiellement indigne élevé et une très bonne qualité de l'air (2 % de la population)
Profil 3	Milieux péri-urbains et axes routiers avec une qualité de l'air légèrement dégradée et un habitat récent (21 % de la population)
Profil 4	Une qualité de l'eau détériorée par les pesticides et les nitrates (4 % de la population)
Profil 5	Zone littorale exposée à l'ozone, avec un risque lié aux Éléments Traces Métalliques (ETM)* plus élevé et une qualité de l'eau très bonne (16 % de la population)
Profil 6	Zones urbaines caractérisées par une mauvaise qualité de l'air et des sites et sols potentiellement pollués (43 % de la population)

*3 ETM jugés dangereux pour la santé ont été pris en compte : le plomb, le cadmium et le nickel.

La commune de Narbonne appartient au profil 5 : elle est marquée par une forte exposition à l'ozone, avec un dépassement de la valeur cible pour la protection de la santé en 2016 (plus de 25 jours de dépassement). Les émissions en particules fines et d'oxydes d'azote sont également supérieures à la moyenne. La densité de sites industriels potentiellement polluants (sites « Basias ») et l'exposition de la population à des éléments traces métalliques pouvant être néfastes pour la santé sont sensiblement élevées par rapport à l'ensemble de la région. La qualité de l'eau apparait très bonne.

ÉTAT DE SANTÉ ET PROBLÈMES DE SANTÉ

INDICATEURS	NARBONNE			AUDE		OCCITANIE		FRANCE METROP.	
	Effectif	TxStd	Évol*	TxStd	Évol*	TxStd	Évol*	TxStd	Évol*
État général de santé									
1- Mortalité générale	545	749,7	=	774,3	↘	738,6	↘	766,4	↘
2- Mortalité prématurée	104	237,1	=	206,0	=	182,1	↘	191,0	↘
3- Admissions en ALD	1 381	2309,0	↗	2180,4	↗	2222,5	↗	2235,9	↗
Cancers									
4- Ensemble des cancers : Mortalité	158	231,7	=	229,3	=	216,3	↘	231,4	↘
5- Admissions en ALD	311	514,5	↗	490,1	↗	492,6	↗	498,7	↗
6- Cancer du poumon : mortalité	36	55,1	=	49,9	=	43,7	=	44,3	↘
7- Admissions en ALD	33	55,0	=	46,3	=	44,9	↗	43,0	↗
8- Cancer du Colon : mortalité	16	21,7	=	24,1	=	22,8	↘	24,3	↘
9- Admissions en ALD	35	54,9	=	56,0	↗	52,3	↗	51,7	=
10- Cancer du sein : mortalité	11	28,7	=	29,1	=	27,5	↘	29,8	↘
11- Admissions en ALD	57	182,6	↗	176,1	↗	178,5	↗	176,0	↗
Maladies Cardio-Vasculaires									
12- Ensemble des maladies cardio-vasculaires : mortalité	134	168,7	↘	198,4	↘	191,5	↘	193,5	↘
13- Admissions en ALD	380	595,0	↗	595,8	↗	602,5	↗	607,0	↗
Diabète									
14- Patients diabétiques traités	2 745	5,7	nd	5,5	nd	4,5	nd	nd	nd
15- Admissions en ALD	237	406,1	↗	373,8	↗	332,5	↗	363,0	↗
Santé mentale									
16- Admissions en ALD pour affection psychiatrique	118	236,4	↗	221,8	↗	249,9	↗	206,3	↗
17- Consommation de psychotropes	6 982	13,2		12,0	nd	11,1	nd	nd	nd
18- Mortalité par suicide	11	20,8	=	18,1	=	14,7	↘	15,7	↘
Conséquences sanitaires des comportements à risque									
19- Accidents de la circulation	5	10,0	=	9,8	↘	7,4	↘	5,6	↘
20- Alcool	16	27,4	=	23,3	=	20,8	↘	28,0	↘
21- Tabac	80	111,9	↘	109,5	↘	101,7	↘	104,4	↘

Note : les taux standardisés (TxStd) soulignés diffèrent significativement du taux de la France métropolitaine

* Évolution observée sur cinq ans (en moyennes triennales). Seules les évolutions significatives sont représentées par des flèches

INDICATEURS

Mortalité : Nbre annuel moyen de décès et taux standardisé de mortalité sur la période 2009-2013. Le TSM est le taux de mortalité que l'on observerait si la population de la zone étudiée avait la même structure par âge que la population de référence, soit la population de la France entière au RP de 2006 (Inserm CépiDC, Insee) : **1-** et **2-** mortalité tous âges et avant 65 ans toutes causes confondues ; **4-** mortalité par cancer toutes localisations confondues, CIM10 C00-C97 ; **6-** mortalité par cancer du poumon, CIM10 C33-C34 ; **8-** mortalité par cancer colorectal, CIM10 C18-C21 ; **10-** mortalité par cancer du sein, CIM10 C50 ; **12-** mortalité par maladies cardiovasculaires, CIM10 I00-I99 ; **18-** mortalité par suicide, CIM10 X60-XX84 Y87 ; **19-** mortalité par accident de la circulation, CIM10 V01-V99 ; **20-** mortalité par psychose alcoolique et alcoolisme, CIM10 F10, par cirrhose, K70 K746 et par cancer des voies aéro-digestives supérieures, CIM10 C00-C14 C15 C32 ; **21-** mortalité par cancer du poumon CIM10 C33-C34, par bronchite chronique et obstructive CIM10 J40-44, J47, J961) et par cardiopathie ischémique CIM10 I20-I25.

Morbidité : Nbre annuel moyen de nouvelles admissions en ALD et taux standardisé d'incidence des ALD sur la période 2010-2014. Le TSI est le taux d'incidence des ALD que l'on observerait si la population de la zone étudiée avait la même structure par âge que la population de référence, soit la population de la France entière au RP de 2006 (CNAMTS, MSA, RSI, Insee) : **3-** Ensemble des ALD tous âges ; **5-** ALD n°30 pour cancer; **7-** ALD n°30 pour cancer du poumon, CIM10 C33-C34 ; **9-** ALD n°30 pour cancer colorectal, CIM10 C18-C21 ; **11-** ALD n°30 pour cancer du sein, CIM10C50 ; **13-** ALD pour maladies cardiovasculaires, ALD n°1, 3, 5 13 ; **14-** Nbre de bénéficiaires d'un des trois principaux régimes de l'assurance maladie (AM) ayant eu une délivrance de médicament pour le traitement du diabète (type I ou type II) à au moins 3 dates différentes en 2016 et part pour 100 bénéficiaires (DCIR - RG hors SLM, MSA,RSI -2016-2017) ; **15-** ALD pour diabète, ALD n°8 ; **16-** ALD pour affections psychiatriques tous âges, ALD n°23 ; **17** - Nbre de bénéficiaires d'un des régimes de l'assurance maladie (AM) ayant eu au moins 3 délivrances de médicaments psychotropes en 2016 et part pour 100 bénéficiaires de l'AM (DCIR – Ensemble des régimes de l'AM ; Insee RP2014).

Une mortalité tous âges dans la moyenne

Près de 550 décès de narbonnais sont survenus en moyenne chaque année en 2009-2013. À structure d'âge comparable, cette mortalité ne diffère pas significativement de la valeur observée en France métropolitaine. Cette mortalité tous âges reste stable sur les cinq dernières années à Narbonne alors qu'une baisse est observée au niveau départemental, régional ou métropolitain.

Une mortalité prématurée élevée et qui reste stable

Parmi l'ensemble des décès de narbonnais survenus en 2009-2013, un peu plus d'une centaine est qualifiée de prématuré car touchant des personnes âgées de moins de 65 ans. Cela représente 19 % des décès.
À structure d'âge comparable, le taux de mortalité prématurée observé à Narbonne est supérieur à celui observé en France métropolitaine. Il est stable sur les cinq dernières années comme au niveau départemental alors qu'il est en baisse au niveau régional et métropolitain.

Des niveaux de mortalité et de morbidité pour l'ensemble des cancers proches de la valeur en métropole

En 2009-2013, près de 160 décès par cancers étaient observés chez des narbonnais soit 29 % des décès. Cette mortalité ne diffère pas de la valeur nationale, à structure d'âge équivalente. Elle reste stable à Narbonne alors qu'elle est en baisse sur l'ensemble de l'Occitanie et en France métropolitaine.
En 2010-2014, 311 narbonnais ont été admis en affection de longue durée (ALD) pour tumeur soit 23 % de l'ensemble des entrées en ALD. À structure d'âge comparable, le taux d'admission en ALD pour tumeurs à Narbonne ne diffère pas de la valeur France métropolitaine. Il est en progression sur les 5 dernières années comme au niveau départemental, régional ou métropolitain.

Une surmortalité significative par cancers du poumon

En 2009-2013, on compte en moyenne 36 décès de narbonnais en lien avec un cancer du poumon et 33 entrées en ALD (en 2010-2014). Le taux de mortalité par cancer du poumon observé à Narbonne est supérieur au taux en France métropolitaine, à structure d'âge comparable. Il est stable par rapport à la période 2004-2008 comme dans l'ensemble de l'Aude ou de l'Occitanie alors qu'il baisse au niveau métropolitain. Un constat presque similaire peut être fait concernant la morbidité appréciée au travers des entrées en ALD.

Les décès prématurés : un enjeu important en termes de prévention

Un décès est considéré comme prématuré, d'un point de vue de santé publique, lorsqu'il survient avant 65 ans.
Cet indicateur est utile pour orienter les politiques de prévention car une part importante de ces décès est considérée comme évitable, que ce soit du fait de comportements à risques (accidents, consommation d'alcool ou de tabac par exemple), soit en lien avec le système de soins (au travers de l'accès au dépistage et de l'accès aux soins par exemple).
En Occitanie, 16,5 % des décès sont considérés comme prématurés alors que cette proportion est de 18,6 % au niveau de la France métropolitaine.
Les décès par cancer représentent à eux seuls deux décès évitables sur cinq, les cancers de la trachée, des bronches et des poumons étant à l'origine de plus d'un décès prématuré sur dix en Occitanie. Les causes externes de mortalité représentent 16 % des décès prématurés avec, principalement, les suicides (6 %) et les accidents de la circulation (3 %). En prenant en compte les 12 % de décès prématurés liés à des maladies de l'appareil circulatoire, on observe que tumeurs, causes externes de mortalité et maladies cardio-vasculaires représentent les deux tiers des décès prématurés.

Un niveau de mortalité et de morbidité par cancer du côlon dans la moyenne…

Un peu plus d'une quinzaine de décès par cancer du côlon sont observés chaque année chez des narbonnais et deux fois plus d'entrées en ALD (35). Analysées à structure d'âge comparable, cette mortalité et cette morbidité ne diffèrent pas des valeurs relevées en France métropolitaine. Sur ces dernières années et comme au niveau national, la morbidité est stable alors qu'une baisse de la mortalité par cancer du côlon est relevée en France métropolitaine.

…comme pour la mortalité et la morbidité par cancer du sein

Un peu plus de 10 décès de narbonnaises par cancer du sein surviennent en moyenne chaque année alors que le nombre moyen d'entrées en ALD est beaucoup plus élevé : 57.

À structure d'âge comparable, la mortalité par cancer du sein observée à Narbonne ne diffère pas de la valeur métropolitaine. Elle est stable sur ces dernières années alors qu'elle diminue au niveau métropolitain. Pour les entrées en ALD, il n'y a pas non plus de différence avec le niveau observé en France métropolitaine. Les taux d'entrées en ALD sont cependant en augmentation aussi bien au niveau de Narbonne que de l'Aude, de l'Occitanie ou de la France métropolitaine.

Une sous mortalité par maladies cardiovasculaires

Un quart des décès des narbonnais en 2009-2013 étaient dus à des maladies cardiovasculaires soit un peu plus de 130 en moyenne chaque année. À structure d'âge identique, le taux de mortalité est inférieur à la valeur France métropolitaine. La mortalité par maladies cardiovasculaires continue de reculer à Narbonne comme dans l'Aude, l'Occitanie ou en France métropolitaine.
Entre 2010 et 2014, 380 entrées en ALD pour maladies cardiovasculaires ont été enregistrées en moyenne chaque année à Narbonne. Le taux d'entrée en ALD correspondant ne diffère pas de celui observé en France métropolitaine à structure d'âge équivalente. Ce taux est en augmentation ces dernières années à Narbonne comme dans les territoires de comparaison.

Le diabète : une pathologie touchant de nombreux narbonnais

Près de 2 750 narbonnais ont bénéficié d'un traitement médicamenteux pour diabète (au moins trois délivrances sur l'année) en 2016 soit 5,7 % de la population. Cette proportion est proche de celle observée sur le département (5,5 %) mais plus élevée que celle observée sur la région (4,5 %).
En 2010-2014, 17 % des entrées en ALD l'étaient pour un diabète, concernant ainsi plus de 235 personnes en moyenne chaque année. Le taux d'entrée en ALD pour diabète à Narbonne est, à structure d'âge comparable, supérieur à celui observé au niveau de la France métropolitaine. Il est en progression ces dernières années comme dans les territoires de comparaison.

La santé mentale, un champ difficile à explorer

La santé mentale couvre un domaine très large qui va de la santé mentale positive se rapprochant de la notion de bien être mental et social de l'OMS, aux maladies psychiatriques, en passant par les différents degrés de mal-être ou de détresse psychologique. Ce champ est vaste mais très peu de données statistiques sont disponibles.
Les maladies psychiatriques représentent un problème majeur pour la santé publique, avec des conséquences fréquentes et importantes en termes de handicap social.
En 2010-2014, chaque année en moyenne près de 120 narbonnais ont été admis en ALD pour une affection psychiatrique. Le taux d'incidence correspondant est, à structure d'âge comparable, supérieur à la valeur observée en France métropolitaine. Il est en progression par rapport à la période quinquennale précédente à Narbonne comme au niveau de l'Aude, de l'Occitanie ou de la France métropolitaine.
Une dizaine de décès par suicide ont été recensés en moyenne chaque année à Narbonne en 2009-2013. On n'observe pas de différence significative entre le taux de mortalité par suicide de Narbonne et celui de la France métropolitaine, à structure d'âge comparable et ce taux reste stable à Narbonne par rapport à 2004-2008.

Une surmortalité par accident de la voie publique

Entre 2009 et 2013, cinq narbonnais sont décédés suite à un accident de la voie publique en moyenne chaque année. Le taux de mortalité correspondant est, à structure d'âge similaire, supérieur à celui observé en France métropolitaine. Ce taux de mortalité reste stable par rapport à la période quinquennale précédente alors qu'il est en recul au niveau départemental, régional ou métropolitain.

Des conséquences sanitaires de la consommation d'alcool ou de tabac similaires à ce qui est observé en métropole

En moyenne annuelle sur la période 2009-2013, 16 décès pouvaient être reliés à des pathologies pour lesquelles l'alcool est un facteur de risque et 80 pour des pathologies dont la consommation de tabac est un facteur de risque. Les taux de mortalité correspondants, à structure d'âge comparable, ne diffèrent pas significativement des valeurs relevées en France métropolitaine sur la même période.
Si la mortalité en lien avec la consommation d'alcool reste stable à Narbonne entre deux périodes quinquennales, celle en lien avec le tabac est en recul. Dans les deux cas, les mortalités sont en baisse au niveau régional ou métropolitain.

Chapitre

5

SANTÉ DES ENFANTS ET DES JEUNES

Des enjeux majeurs de santé

De la période périconceptionnelle jusqu'à la fin de l'adolescence, se construit, pour une large part, la santé des individus.

Parmi les enjeux majeurs de santé pour cette classe d'âge, on retiendra notamment :

- la santé buccodentaire ;
- les problèmes de surpoids et d'obésité ;
- les troubles mentaux et du comportement ;
- les conséquences des accidents.

Plusieurs indicateurs de l'état de santé des enfants font l'objet d'un suivi à l'échelle nationale et, dans certains cas, régionale concernant la prévalence de maladies ou de facteurs de risque connus liés au mode de vie, souvent marqueurs des inégalités sociales de santé dès l'enfance. Ces indicateurs ne sont pas disponibles à l'échelle des territoires.

En Occitanie, le recueil et l'analyse de certains indicateurs à 5-6 ans et en 6e, ont été mis en place à partir des bilans infirmiers réalisés dans l'académie de Toulouse (dispositif Infiscol). Une enquête réalisée dans les collèges de cette académie (HBSC) permet par ailleurs de dégager les spécificités régionales sur les comportements et habitudes de vie des adolescents.
Ces données ne sont pas disponibles pour les élèves de l'académie de Montpellier.

Pour en savoir plus :

- La santé des élèves en Midi-Pyrénées. Le dispositif Infiscol. Résultats 2016/2017. ORSMIP, 2017/12, 47 p. www.orsmip.org
- La santé des collégiens en Midi-Pyrénées en 2014. Données régionales de l'enquête internationale HBSC (Health Behaviour in School Aged Children). ORSMIP, Rectorat de Toulouse. Service médical, Inserm 1027, ARS Occitanie. www.orsmip.org

Des comportements à risque chez les jeunes d'Occitanie

Les indicateurs sur la consommation de produits psychoactifs chez les jeunes ne sont pas disponibles à l'échelle des territoires.
Les niveaux de consommation et les principales tendances évolutives ne sont pas encore disponibles au niveau des régions actuelles. Présentés à l'échelle des anciennes régions, ils permettent de dégager les principaux faits marquants caractérisant ce type de comportements à l'échelle régionale.

INDICATEURS	Ex-MP	Ex-LR	Comparaison à la France		Tendance évolutive 2011-2014	
			MP	LR	MP	LR
Alcool						
Consommation régulière* d'alcool à 17 ans (2014)	15	13	+	=	→	→
Épisodes d'ivresses répétées** (> 3)	24	27	=	+	↘	→
Tabac						
Usage quotidien de tabac	37	37	+	+	→	→
Cannabis						
Expérimentation	50	54	=	+	↗	↗
Usage régulier***	12	13	+	+	↗	↗

* Au moins 10 usages dans les 30 jours précédant l'enquête
** 5 verres en une même occasion au moins 3 fois dans le mois à 17 ans
*** Usage régulier de cannabis dans le mois ≥ 10 usages
Source : ESCAPAD 2014 - Exploitation ORSMIP - CREAI-ORS LR

POUR EN SAVOIR PLUS : Tableau de bord sur la santé. Région Occitanie. 2016. ORSMIP - CREAI-ORS LR, 130p. 2017

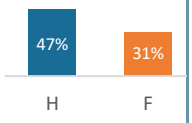
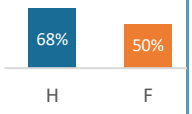
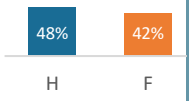
FAITS MARQUANTS

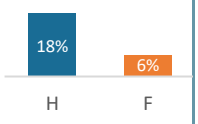
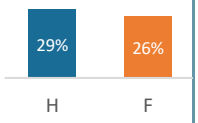
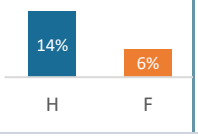
- L'usage régulier d'**alcool à 17 ans** est supérieur à la moyenne métropolitaine dans l'ex-région Midi-Pyrénées. Entre 2011 et 2014, l'usage régulier d'alcool semble même légèrement à la hausse dans l'ex-région Languedoc-Roussillon et rejoint les niveaux de 2005.
- Les déclarations d'**alcoolisations ponctuelles importantes** (API) à 17 ans restent semblables en 2014 à celles observées dans les années antérieures malgré la diminution observée dans l'ex-Midi-Pyrénées et sont plus fréquentes chez les jeunes de l'ex-Languedoc-Roussillon. Ce comportement concerne en moyenne un jeune sur quatre.
- L'usage quotidien de **tabac** à 17 ans est plus fréquent en Occitanie que dans l'ensemble de la France et concerne un jeune sur trois. Cette part ne baisse pas.
- Les niveaux de consommation de **cannabis** en Occitanie sont supérieurs à ceux de la métropole et sont en hausse.

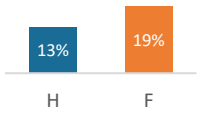
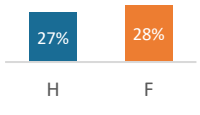
COMPORTEMENTS DE SANTE EN OCCITANIE

Des habitudes de vie et des facteurs de risque dans la population d'Occitanie

Les indicateurs sur les habitudes de vie et les facteurs de risque dans la population générale ne sont pas disponibles à une échelle localisée mais sont disponibles à l'échelle régionale ; ils sont issus de l'analyse d'un échantillon représentatif de la population d'Occitanie : 2 400 personnes ***de 15 à 75 ans*** *(Baromètre Santé 2016).*

INDICATEURS	Sexe	Territoire (Occitanie / France)	Différences significatives observées selon les caractéristiques socio-démographiques
Surcharge pondérale (15-75 ans selon la corpulence déclarée)			✓ Homme > Femme ✓ Croissant avec l'âge ✓ **Ouvrier > Cadre (odds ratio : 1,7)** ✓ > Pour les niveaux inférieurs au Bac ✓ > Pour les milieux ruraux ✓ < Pour les personnes vivant seules
Activité physique élevée (15-75 ans)		nd	✓ Homme > Femme ✓ > Pour les 15-24 ans ✓ **Ouvrier > Cadre (odds ratio : 3,6)** ✓ < Pour les personnes vivant seules
Sédentarité (15-75 ans)		nd	✓ **Ouvrier < Cadre (odds ratio : 0,38)** ✓ > Pour les personnes scolarisées (15-24 ans) ✓ > Pour les niveaux supérieurs au Bac ✓ Urbain (100000 hab.) > rural

INDICATEURS	Sexe	Territoire (Occitanie / France)	Différences significatives observées selon les caractéristiques socio-démographiques
Usage quotidien d'alcool (15-75 ans)		nd	✓ Homme > Femme ✓ Croissant avec l'âge ✓ > Pour les niveaux inférieurs au Bac
Fumeur quotidien (15-75 ans)			✓ < Pour les 55-75 ans ✓ **Ouvrier > Cadre (odds ratio : 2,1)** ✓ **> Pour les chômeurs** ✓ > Pour les niveaux inférieurs au Bac ✓ > Pour les personnes vivant seules
Cannabis au cours des 12 derniers mois (15-75 ans)			✓ Homme > Femme ✓ > Pour les 15-34 ans

INDICATEURS	Sexe	Territoire (Occitanie / France)	Différences significatives observées selon les caractéristiques socio-démographiques
Renoncement aux soins pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois (18-75 ans)			✓ Homme < Femme ✓ **> Pour les chômeurs** ✓ Décroissant avec le niveau de revenus ✓ > Pour les personnes sans couverture complémentaire ✓ > Pour les personnes seules
Opinion négative sur la vaccination en général (15-75 ans)			✓ > Pour les 25-34 ans (vs 15-24 ans) ✓ Décroissant avec le niveau de revenus ✓ < Pour les personnes scolarisées ✓ > Pour les personnes vivant seules

Source : Baromètre Santé 2016 – Exploitation ORSMIP - CREAI-ORS LR

FAITS MARQUANTS

Ces indicateurs mesurent l'importance de certains comportements de santé à risques, notamment la fréquence de l'usage quotidien de tabac, supérieure en Occitanie à celle observée dans le reste de la France.

Leur analyse met bien en évidence les enjeux autour des **Inégalités Sociales de Santé** (ISS), très présentes dans la région et dans plusieurs dimensions. Les différences observées selon les groupes sociaux ou selon les revenus ou le niveau de diplôme (toutes choses égales par ailleurs) concernent en effet :

- La surcharge pondérale
- L'usage quotidien d'alcool
- Le tabagisme quotidien
- Le renoncement aux soins

Chapitre

7

ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS

INDICATEURS	NARBONNE		AUDE	OCCITANIE
	Effectif	Taux	Taux	Taux
Recours à la prévention				
1- Vaccination antigrippale remboursée en 2016	5 875	47,3	44,7	46,2
2- Dépistage organisé du cancer du sein	3 897	44,6	43,8	42,7
3- Dépistage individuel du cancer du sein	652	7,5	8,8	12,9
4- Dépistage du cancer du col de l'utérus	3 013	21,4	19,8	24,1
5- Bilan bucco-dentaire 5-19 ans	796	9,1	11,4	10,6
Suivi médical du diabète :				
6- Dosage de l'hémoglobine glyquée	1 417	51,6	50,5	50,2
7- Dosage de microalbuminurie	757	27,6	26,1	26,2
8- Dosage de créatininémie	2 411	87,8	87,5	87,5
Recours à l'IVG				
9- IVG des 15-49 ans	279	24,4	18,2	13,8
10- dont IVG médicamenteuses	204	73,4	65,4	58,3
11-IVG des 15-24 ans	116	36,1	27,0	19,3

DÉFINITIONS DES INDICATEURS

1- Nombre et pourcentage de personnes âgées de 65 ans ou plus bénéficiaires d'une vaccination antigrippale en 2016 (DCIR, ensemble des régimes de l'AM - Insee RP2014) ; **2-** Nombre et pourcentage de femmes âgées de 50-74 ans bénéficiaires d'un dépistage organisé du cancer du sein en 2015-2016 (DCIR, ensemble des régimes de l'AM - Insee RP2014) ; **3-** Nombre et pourcentage de femmes âgées de 50 à 74 ans bénéficiaires d'un dépistage individuel (hors dépistage organisé) du cancer du sein en 2015-2016 (DCIR, ensemble des régimes de l'AM - Insee RP2014) ; **4-** Nombre et pourcentage de femmes âgées de 25 à 64 ans bénéficiaires d'un dépistage du cancer du col de l'utérus en 2016 (DCIR, ensemble des régimes de l'AM - Insee RP2014) ; **5-** Nombre et pourcentage d'enfants âgés de 5 à 19 ans bénéficiaires d'un examen bucco-dentaire en 2016 (DCIR, ensemble des régimes de l'AM - Insee RP2014) ; **6-** Nombre et pourcentage d'assurés traités pour le diabète ayant eu au moins un dosage de l'hémoglobine glyquée (HbA1C) en 2016 (DCIR, RG hors SLM, MSA, RSI) ; **7-** Nombre et pourcentage d'assurés traités pour le diabète ayant eu au moins un dosage de microalbuminurie en 2016 (DCIR, RG hors SLM, MSA, RSI) ; **8-** Nombre et pourcentage d'assurés traités pour le diabète ayant eu au moins un dosage de créatininémie en 2016 (DCIR, RG hors SLM, MSA, RSI) ; **9-** Nombre annuel moyen d'IVG hospitalières réalisées sur des femmes âgées de 15-49 ans en 2014-2016 et taux pour 1 000 femmes âgées de 15-49 ans (ATIH-PMSI, Insee RP2014) ; **10-** Nombre annuel moyen d'IVG médicamenteuses réalisées en 2014-2016 et pourcentage sur l'ensemble des IVG hospitalières (ATIH-PMSI) ; **11-** Nombre annuel moyen d'IVG hospitalières réalisées sur des femmes âgées de 15-24 ans en 2014-2016 et taux pour 1 000 femmes âgées de 15-24 ans (ATIH-PMSI, Insee RP2014).

Des recours à la prévention encore perfectibles

Près d'un narbonnais de 65 ans ou plus sur deux a bénéficié de la vaccination antigrippale en 2016 soit un peu plus qu'au niveau départemental ou régional.

Près de 4 000 narbonnaises ont eu recours au dépistage organisé du cancer du sein en 2015-2016 soit 45 % de la population des femmes âgées de 50 à 74 ans. Ce taux est légèrement supérieur à celui observé au niveau départemental ou régional. Par contre le recours au dépistage individuel du cancer du sein est moins fréquent à Narbonne.

Concernant le cancer du col de l'utérus, il est recommandé d'effectuer un dépistage par frottis cervico-vaginal tous les trois ans. Une narbonnaise sur cinq a pratiqué à un tel dépistage en 2016. Ce taux de recours est plus élevé que celui observé au niveau départemental mais moins élevé que sur l'ensemble de l'Occitanie.

Moins d'un jeune narbonnais (5-19 ans) sur dix a eu recours à un bilan bucco-dentaire, un peu moins fréquemment qu'au niveau régional ou départemental.

Pour le suivi du diabète, trois dosages sanguins sont recommandés au moins une fois par an : l'hémoglobine glyquée, la microalbumine et la créatinine. Les narbonnais prenant un traitement pour diabète ont réalisé ces dosages en 2016 dans respectivement, 52 %, 28 % et 88 % des cas. Ces taux sont légèrement supérieurs aux valeurs relevées auprès de l'ensemble des Audois ou des Occitans.

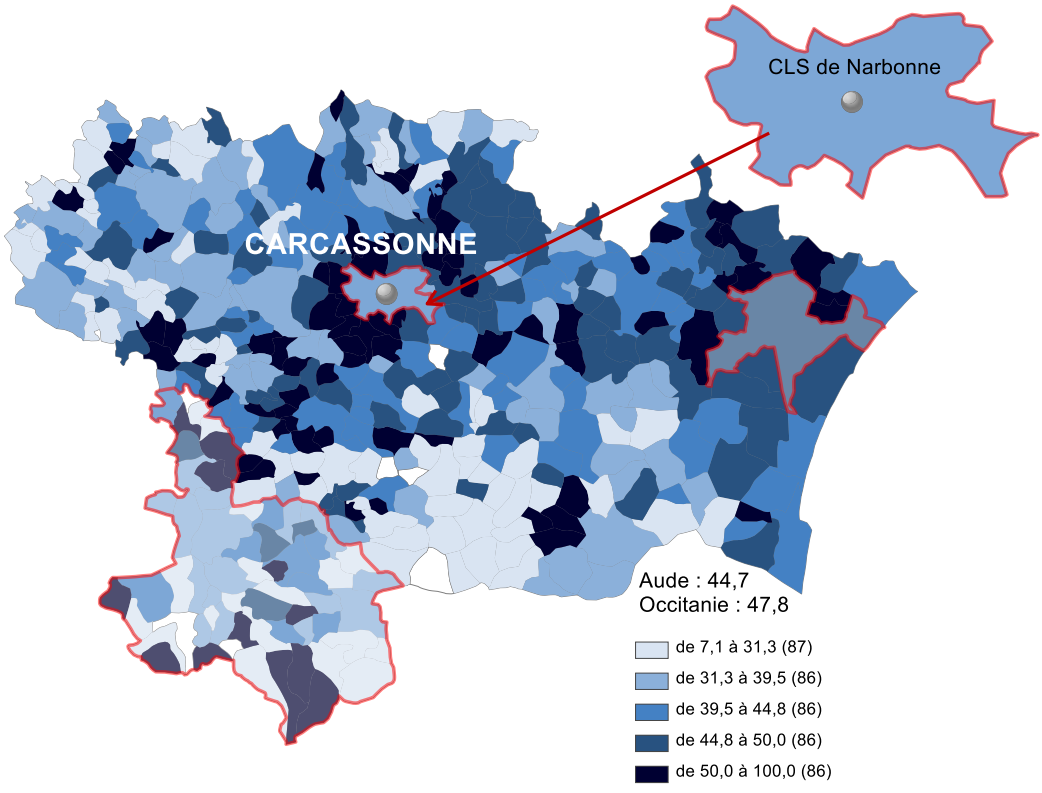
Un taux de recours à l'IVG plus important à Narbonne

Près de 280 narbonnaises ont eu recours à une IVG en milieu hospitalier (public ou privé) en moyenne annuelle en 2014-2016. Deux IVG sur cinq concernaient des femmes de moins de 25 ans. Le taux de recours à l'IVG des 15-49 ans observé à Narbonne est nettement supérieur aux taux observés sur l'ensemble de l'Aude ou de l'Occitanie. Le différentiel de recours à l'IVG entre le niveau observé à Narbonne et celui observé en région est encore plus marqué pour les femmes de 15 à 24 ans.
Le recours à la technique médicamenteuse plutôt qu'instrumentale pour réaliser l'IVG est plus fréquent à Narbonne : près des trois quarts des IVG pratiquées auprès de narbonnaises l'ont été selon la méthode médicamenteuse en 2014-2016 alors que cette proportion est de 65 % sur l'ensemble de l'Aude et de 58 % en Occitanie.

Un faible taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein

En 2015-2016, parmi les 9 400 Narbonnaises âgées de 50 à 74 ans et invitées au dépistage organisé du cancer du sein, 4 400 ont été dépistées, soit un taux de participation de 47 %. Ce taux est plus élevé que celui observé dans l'Aude (44,7 %) mais légèrement moins élevé que celui de la région (47,8 %).

Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein en 2015-2016 dans les communes de l'Aude



Sources : Centres de dépistage des départements d'Occitanie, Insee RP2013 - Exploitation ORSMIP- CREAI ORS LR

Chapitre

8

OFFRE DE SOINS DE PREMIER RECOURS

Nombre de professionnels de premier recours et part des professionnels âgés de 60 ans ou plus en 2016

INDICATEURS	NARBONNE		Aude	OCCITANIE
	Effectif	% 60 ans +	% 60 ans +	% 60 ans +
Offre de soins de premier recours				
Médecin généraliste libéral (1)	66	30,3	33,4	32,6
Chirurgien- dentiste libéral(1)	45	20,0	22,6	19,6
Infirmier libéral(2)	171	8,8	9,5	10,9
Masseur-kinésithérapeute libéral(2)	117	5,1	9,4	10,0

(1) Professionnels en activité libérale et mixte
(2) Professionnels en activité libérale
Sources : RPPS, ADELI (hors remplaçants et en activité non médicale), données au 1er janvier 2016 - Exploitation ORSMIP

Évolution en % des densités de différents professionnels, entre 2012 et 2016

INDICATEURS	NARBONNE	Aude	OCCITANIE	FRANCE METROP.
Médecins généralistes libéraux(1)	-13,6	-16,2	- 4,3	- 3,9
dont âgés de 60 ans ou plus	*-10,7*	*-1,6*	*15,9*	*22,3*
Dentistes libéraux(1)	-3,9	-0,7	2,5	0,2
Infirmiers libéraux(2)	8,4	17,5	18,0	22,3
Masseurs-Kinésithérapeutes libéraux(2)	27,7	25,7	20,1	15,3

(1) Professionnels en activité libérale et mixte
(2) Professionnels en activité libérale
Sources : RPPS, ADELI (hors remplaçants et en activité non médicale), données au 1er janvier 2016 - Exploitation ORSMIP

Trois généralistes sur dix âgés de 60 ans ou plus

Début 2016, 66 médecins généralistes exercent en libéral à Narbonne. Parmi eux, 20 sont âgés de 60 ans ou plus, soit 30 %. Cette proportion est légèrement inférieure à celle qui est notée dans l'Aude ou en Occitanie.

Moins de cinquante chirurgiens-dentistes libéraux sont installés à Narbonne dont 9 âgés de 60 ans ou plus. On dénombre également 51 pharmaciens libéraux.

Au niveau des professionnels paramédicaux libéraux, on compte 171 infirmiers et près de 120 masseurs kinésithérapeutes. La proportion de professionnels âgés de 60 ans ou plus est moindre pour ces deux professions (respectivement 8,8 % et 5,1 %).

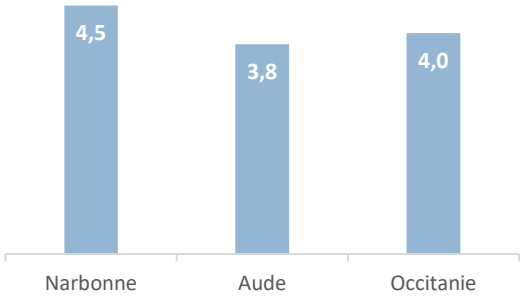
Entre 2012 et 2016 le nombre de médecins généralistes rapporté à la population a diminué à Narbonne, de façon moins marquée que sur l'ensemble du département mais de façon plus marquée qu'au niveau de l'Occitanie ou de la France métropolitaine. Une baisse de la densité de chirurgiens-dentistes est également observée alors qu'une augmentation est notée en Occitanie et que la densité est stable au niveau métropolitain.

Concernant les infirmiers et les masseurs kinésithérapeutes libéraux ont note une augmentation de leur densité de façon moins marquée qu'au niveau départemental, régional ou métropolitain pour les premiers et plus marquée pour les seconds.

Une Accessibilité Potentielle Localisé plus importante à Narbonne

En 2017 et à structure d'âge comparable, les narbonnais ont accès à 4,5 consultations ou visites de médecine, accès supérieur à celui des habitants du département (3,8) ou de l'ensemble des occitans (4,0 consultations ou visites de médecine).

Indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée en 2017 (médecins généralistes libéraux et mixtes)



Sources : DCIR, Insee – Traitement ARS

Indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée (APL)

L'Accessibilité Potentielle Localisée est un indicateur local, disponible au niveau de chaque commune, qui tient compte de l'offre et de la demande issue des communes environnantes. Calculé à l'échelle communale, l'APL met en évidence des disparités d'offre de soins qu'un indicateur usuel de densité, calculé sur des mailles beaucoup plus larges (bassins de vie, départements...), aura tendance à masquer. L'APL tient également compte du niveau d'activité des professionnels en exercice ainsi que de la structure par âge de la population de chaque commune qui influence les besoins de soins. L'indicateur est calculé en nombre de consultations ou visites accessibles par habitant standardisé sur l'âge, rendant comparable l'accessibilité de communes ayant des populations d'âges très différents.

Chapitre

9

PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP ET DE DÉPENDANCE

INDICATEURS	NARBONNE			AUDE		OCCITANIE		FRANCE METROP.	
	Effectif	Taux	Évol*	Taux	Évol*	Taux	Évol*	Taux	Évol*
1- Enfants bénéficiaires de l'AEEH	164	1,4	=	1,4	=	1,9	↗	1,6	↗
2- Adultes allocataires de l'AAH	1 252	5,0	↗	3,8	=	3,5	↗	2,7	=
3- Personnes âgées à domicile bénéficiaires de l'APA	647	10,9	nd	11,6	nd		nd	nd	nd

* Évolution observée sur quatre ans.

DÉFINITIONS DES INDICATEURS

1– Nombre d'enfants bénéficiaires de l'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et taux pour 100 enfants de moins de 20 ans (CNAF, CCMSA 2015) |**2–** Nombre d'adultes allocataires de l'Allocation adulte handicapé (AAH) et taux pour 100 adultes de 20 à 59 ans (CNAF, CCMSA 2015) |**3–** Nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile et taux pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus vivant à domicile (Conseils départementaux, 2016- Insee, RP2014).

Une proportion d'enfants bénéficiaires de l'AEEH qui reste stable

En 2015, plus de 160 narbonnais de moins de 20 ans bénéficient de l'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH). Cela représente un peu plus de 1 % de la population narbonnaise de même âge, taux identique à celui observé au niveau départemental mais plus faible que le taux régional ou métropolitain. Cette proportion est stable sur les 5 dernières années, à Narbonne comme au niveau départemental.

5 % des adultes de 20 à 59 ans perçoivent l'AAH

Autour de 1 250 narbonnais entre 20 et 59 ans perçoivent l'Allocation adulte handicapé (AAH) soit un narbonnais sur 20 du même âge. Ce taux est en progression et il est supérieur à celui observé dans les territoires de comparaison.

Une personne âgée sur 10 à domicile en perte d'autonomie

Fin 2016, près de 650 narbonnais âgés de 65 ans ou plus et vivant à domicile perçoivent l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA), soit près de 11 % de la population correspondante. Ce taux est très proche de celui observé sur l'ensemble du département.

Des besoins d'accompagnement et de prise en charge particuliers

Les personnes en situation de handicap nécessitent une prise en compte particulière dans le développement des politiques de santé. En effet, dans un certain nombre de cas, leur situation de handicap résulte d'une pathologie pouvant nécessiter un accompagnement de santé spécifique. Au-delà des soins spécifiques qui peuvent être nécessaires, ces pathologies peuvent les rendre plus vulnérables au développement d'autres pathologies et nécessitent alors des actions de prévention adaptées.

500 places en EHPAD à Narbonne

En 2017, Narbonne dispose de 6 Établissements d'hébergement pour personnes âgées Dépendantes (EHPAD) offrant près de 270 places ; rapportées à la population des personnes âgées, on obtient un taux d'équipement de 76,8 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus, plus faible que celui de l'Aude (92,5 places pour 1 000) ou de la région (94,5 places pour 1 000).

Un Service de soins infirmiers à domicile

En 2017, un Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) répond aux besoins de la population narbonnaise et alentours. Il dispose de 50 places. Rapportées à la population des personnes âgées de 75 ans et plus de la seule ville de Narbonne, cela correspond à un taux d'équipement de 7,7 places pour 1 000 habitants de cet âge. Ce taux est près de trois fois moindre que celui observé sur l'ensemble de l'Aude (20,9) ou de l'Occitanie (20,2).

SYNTHÈSE

L'analyse de l'ensemble des indicateurs présentés dans le « Profil santé de Narbonne » permet de dégager plusieurs caractéristiques témoignant des besoins et des conditions de santé dans la commune.

Une population en croissance modérée et des situations sociales pouvant générer des risques pour la santé

Première ville de l'Aude et 7e d'Occitanie, Narbonne voit sa population croître de manière modérée, principalement du fait de l'arrivée de nouveaux habitants. La part de la population âgée y est importante.
Les inégalités environnementales et sociales pouvant influencer l'état de santé des habitants y sont importantes comme, par exemple, la part élevée des personnes peu ou pas diplômées ou celle des ménages n'ayant comme revenu que les prestations sociales. On constate également une part importante de bénéficiaires de la CMUc ; pour les narbonnais, l'exposition à l'ozone est relativement forte, dépassant de la valeur cible pour la protection de la santé en 2016 ;
Les personnes âgées vivant seules à domicile et les familles monoparentales, plus nombreuses en proportion à Narbonne que dans les territoires de comparaison, témoignent de situations de fragilités sociales ou de situations à risque d'isolement.
Cependant, on constate la progression de la part de catégories sociales plus favorisées dans la population narbonnaise comme les cadres ou les professions intermédiaires.

Une situation sanitaire qui apparaît contrastée

Si le niveau de mortalité tous âges apparaît dans la moyenne, on relève une mortalité prématurée significativement plus élevée à Narbonne qu'en moyenne nationale témoignant d'importants besoins de prévention. Pour les Narbonnais, si la mortalité par cancer est proche de la mortalité nationale, à l'exception de la mortalité par cancer du poumon, ils bénéficient d'une sous-mortalité significative par maladies cardiovasculaires. Les éléments concernant les entrées en affection de longue durée mettent en relief la progression des maladies chroniques nécessitant des actions de prévention et des actions d'accompagnement adaptées.

L'importance relative des malades souffrant d'affections psychiatriques de longue durée (ALD)

À structure d'âge comparable, l'incidence des admissions en ALD pour motifs psychiatriques à Narbonne est supérieure à la moyenne nationale.
Ce constat mérite d'être approfondi et mieux documenté afin d'apprécier les modalités de prise en charge et d'accompagnement de ces populations mais aussi leur accessibilité aux soins et aux différents services.

Des recours à la prévention et au dépistage variables

Selon les indicateurs, la situation observée dans le domaine du recours aux actions de prévention ou de dépistage à Narbonne peut être plus favorable ou plus défavorable que dans les territoires de comparaisons : on peut noter par exemple un recours à l'IVG plus fréquent de la part des jeunes narbonnaises. Les inégalités d'accès à la prévention et aux dépistages soulignent la nécessité de continuer les actions permettant à l'ensemble de la population d'y accéder et d'identifier plus précisément les populations les plus à distance de ces pratiques.

Des indicateurs d'offre de soins relativement satisfaisants mais des difficultés d'accès aux soins à prendre en compte

Le statut de ville moyenne de Narbonne lui permet de bénéficier de la présence de nombreux professionnels de santé. Ainsi, l'accessibilité potentielle localisée à un médecin y est relativement élevée. Cependant, l'évolution de la démographie des professions médicales (médecins, chirurgiens-dentistes notamment) peut laisser penser que cette accessibilité va potentiellement continuer à se dégrader dans les années à venir. Par contre, l'accès potentiel aux professions paramédicales est en progrès.
La question de l'accès aux soins de premier recours des populations les plus en difficultés sociales risque donc de se poser de façon plus accrue dans les années à venir.

> ***Le Profil Santé a été réalisé à partir des principales données quantitatives disponibles. L'interprétation et la compréhension de ces observations doivent être réalisées et partagées par l'ensemble des acteurs, professionnels et partenaires.***