

atla **S**anté de la Santé



Nouvelle-Aquitaine
2018

avant-propos

Dans le cadre de l'adoption du Projet Régional de Santé (PRS) de Nouvelle-Aquitaine, il est apparu important de rendre accessible une information actualisée et fiable sur l'état de santé de la population et sur ses déterminants, ainsi que sur l'offre et l'accès aux soins. Le présent Atlas de la santé Nouvelle-Aquitaine rassemble ainsi un ensemble de cartes reflétant une vue d'ensemble des ressources disponibles dans la région et des caractéristiques des territoires. Leur présentation intègre des comparaisons entre les territoires voire avec le niveau national.

Si les inégalités de santé globales sont connues par bon nombre de professionnels, l'éclairage apporté par ce travail de spatialisation offre une lecture inédite, à l'échelle de la Nouvelle-Aquitaine, des inégalités existant dans de nombreux domaines et entre les territoires.

Cet atlas, fruit de la collaboration entre les services de l'Agence régionale de santé et de l'Observatoire régional de la santé, vient également conforter les constats présentés dans le cadre de l'élaboration du PRS : vieillissement de la population, augmentation du poids des maladies chroniques, démarche de prévention et de promotion de la santé à renforcer entre autre.

Ces défis nous obligent à agir collectivement sur les déterminants de santé en privilégiant une approche intersectorielle de la santé. Les inégalités de santé ne sont pas seulement liées au système de soins et aux caractéristiques des individus mais relèvent surtout de déterminants environnementaux, sociaux, politiques et culturels. La santé peut être à la fois une cause et une conséquence du niveau de développement des individus et du territoire.

Cet atlas aborde les différents sujets de nos politiques régionales de santé. Ainsi, disposer de ce type de diagnostic nous est apparu comme un préalable nécessaire à l'action de chacun.

Je souhaite enfin insister sur la qualité du partenariat établi entre l'ARS et l'ORS et j'adresse tous mes remerciements aux personnes qui ont contribué à réaliser cet atlas de la santé en Nouvelle-Aquitaine.

Michel LAFORCADE
Directeur général
Agence régionale de santé
de Nouvelle-Aquitaine

La création, en juillet 2017, de l'Observatoire Régional de la Santé Nouvelle-Aquitaine (ORS N-A) a permis de capitaliser les compétences et expériences des 3 équipes des ex-ORS Aquitaine, Limousin et Poitou-Charentes. Les travaux réalisés sous l'égide du nouvel ORS permettent ainsi de contribuer à une meilleure appréhension des spécificités des territoires de la Nouvelle-Aquitaine, tant en matière d'état de santé et de ses déterminants que pour l'accès à la santé dans son acception la plus large incluant les soins et la prévention.

Le présent Atlas de la santé, premier du genre à l'échelle de la Nouvelle-Aquitaine, rassemble plus de 160 cartes positionnant la région dans le contexte national et offrant une lecture des différents indicateurs à l'échelle des 12 départements et des 153 EPCI. Il permet une lecture fine des inégalités spatiales qui coexistent au sein de notre vaste ensemble régional, le plus étendu de toute la métropole, et met ainsi en lumière l'hétérogénéité des territoires. J'espère que cet Atlas permettra à tous les acteurs concernés de par leurs actions pour la santé des Néo-Aquitains de mieux prendre en compte ces disparités.

Ce document est le fruit d'une étroite collaboration entre le service études, statistiques et évaluation de l'Agence Régionale de la Santé Nouvelle-Aquitaine et l'ORS N-A. Je tiens à féliciter tous les auteurs pour la grande qualité de cette production.

La création du nouvel ORS a été grandement facilitée par le soutien et la confiance renouvelée de l'Agence Régionale de Santé et je tiens tout particulièrement à remercier M. Laforcade et la Direction de la Stratégie pour la qualité de leurs engagements qui permettent aujourd'hui à l'ORS la pleine exécution de ses missions.

Pr Pierre INGRAND

Président

Observatoire régional de la santé
de Nouvelle-Aquitaine

sommaire

Avant-propos	1
--------------	---

1 ■ Contexte régional 9

Introduction	10
Présentation de la région	
La population de Nouvelle-Aquitaine : Fiche 1.1	11
Les aires urbaines : Fiche 1.2	12
Démographie	
La densité de population : Fiche 1.3	13
Le dynamisme démographique : Fiche 1.4	14
L'indice de vieillissement : Fiche 1.5	15
Les personnes âgées : Fiche 1.6	16
Conditions de vie	
Les personnes peu diplômées : Fiche 1.7	17
Les catégories socioprofessionnelles : Fiche 1.8	18
Les foyers fiscaux non imposés : Fiche 1.9	19
L'indice de développement humain (IDH) : Fiche 1.10	20

2 ■ État de santé 21

Introduction	22
Vue d'ensemble	
L'espérance de vie : Fiche 2.1	23
La mortalité générale : Fiche 2.2	24
La mortalité prématurée : Fiche 2.3	25
La mortalité prématurée évitable : Fiche 2.4	26
Grossesse et périnatalité	
La mortalité infantile : Fiche 2.5	27
Les interruptions volontaires de grossesse : Fiche 2.6	28
Les accouchements par césarienne : Fiche 2.7	29
Cancers	
La mortalité par cancers : Fiche 2.8	30
La prévalence des ALD pour cancer : Fiche 2.9	31
La mortalité par cancer du côlon et du rectum : Fiche 2.10	32
La mortalité par cancers de la trachée, des bronches et du poumon : Fiche 2.11	33
La mortalité par cancer du sein chez la femme : Fiche 2.12	34
La mortalité par cancer de la prostate : Fiche 2.13	35

Maladies cardiovasculaires	
La prévalence des maladies cardiovasculaires : Fiche 2.14	36
La mortalité par maladies cardiovasculaires : Fiche 2.15	38
La mortalité par cardiopathies ischémiques : Fiche 2.16	39
La mortalité par maladies vasculaires cérébrales : Fiche 2.17	40
La mortalité par insuffisance cardiaque : Fiche 2.18	41
Diabète	
Le diabète, prise en charge et mortalité : Fiche 2.19	42
Maladies de l'appareil respiratoire et grippe	
La mortalité par maladies respiratoires : Fiche 2.20	43
La prévalence des ALD pour asthme et BPCO : Fiche 2.21	44
La mortalité par grippe : Fiche 2.22	45
Pathologies liées à la consommation d'alcool et de tabac	
La mortalité par pathologies liées au tabac : Fiche 2.23	46
La prévalence des ALD pour pathologies liées au tabac : Fiche 2.24	47
La mortalité par pathologies liées à l'alcool : Fiche 2.25	48
La prévalence des ALD pour pathologies liées à l'alcool : Fiche 2.26	49
Santé mentale	
La mortalité par suicide : Fiche 2.27	50
La consommation de psychotropes : Fiche 2.28	51
La consommation de psychotropes – les tranquillisants : Fiche 2.29	52
La consommation de psychotropes – les antidépresseurs : Fiche 2.30	53
La consommation de psychotropes – les hypnotiques : Fiche 2.31	54
La consommation de psychotropes – les neuroleptiques : Fiche 2.32	55
Accidents de la circulation	
La mortalité par accidents de la circulation : Fiche 2.33	56

3 ■ Offre de santé

57

Introduction	58
Médecine de ville et soins ambulatoires	
Les médecins généralistes, vue d'ensemble : Fiche 3.1	59
Les médecins généralistes, perspectives démographiques : Fiche 3.2	60
Les médecins généralistes, accessibilité et nouvelle forme d'exercice : Fiche 3.3	61
Les médecins spécialistes (hors médecine générale) : Fiche 3.4	62
Les ophtalmologues : Fiche 3.5	63
Les neurologues : Fiche 3.6	64
Les pédiatres : Fiche 3.7	65
Les psychiatres : Fiche 3.8	66
Les cardiologues : Fiche 3.9	67
Les chirurgiens-dentistes : Fiche 3.10	68
Les infirmiers : Fiche 3.11	69
Les masseurs-kinésithérapeutes : Fiche 3.12	70
Les sages-femmes : Fiche 3.13	71
Les pharmacies d'officine : Fiche 3.14	72

Offre hospitalière	
La médecine et la chirurgie (temps complet) : Fiche 3.15	73
La médecine et la chirurgie (temps partiel) : Fiche 3.16	74
Les soins de suite et de réadaptation (hospitalisation complète): Fiche 3.17	75
Les soins de suite et de réadaptation (hospitalisation partielle): Fiche 3.18	76
La psychiatrie générale (hospitalisation à temps complet) : Fiche 3.19	77
La psychiatrie générale (offre ambulatoire) : Fiche 3.20	78
La psychiatrie infanto-juvénile (hospitalisation à temps complet) : Fiche 3.21	79
La psychiatrie infanto-juvénile (offre ambulatoire) : Fiche 3.22	80
Structures médico-sociales pour les personnes âgées	
L'hébergement complet pour les personnes âgées : Fiche 3.23	81
L'accueil de jour et l'hébergement temporaire pour les personnes âgées : Fiche 3.24	82
L'accueil des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés : Fiche 3.25	83
Structures médico-sociales pour les personnes en situation de handicap	
L'hébergement des adultes en situation de handicap : Fiche 3.26	84
Les places médicalisées pour les adultes en situation de handicap : Fiche 3.27	85
L'offre pour les adultes atteints de troubles autistiques : Fiche 3.28	86
L'offre pour les enfants atteints de troubles autistiques : Fiche 3.29	87
L'offre pour les enfants atteints de déficiences intellectuelles : Fiche 3.30	88
L'offre pour les enfants atteints de polyhandicap et de déficiences motrices : Fiche 3.31	89
L'offre pour les enfants atteints de déficiences psychiques : Fiche 3.32	90

4 ■ Recours à la prévention

91

Introduction	92
Participation aux campagnes de dépistage organisé des cancers	
La participation au dépistage organisé du cancer du côlon rectum : Fiche 4.1	93
La participation au dépistage organisé du cancer du sein : Fiche 4.2	94
Vaccination	
La couverture vaccinale à 2 ans contre le DTP, la coqueluche et le HiB : Fiche 4.3	95
La couverture vaccinale à 2 ans contre le pneumocoque, le méningocoque et l'hépatite B : Fiche 4.4	96
La couverture vaccinale à 2 ans contre la rougeole, les oreillons et la rubéole : Fiche 4.5	97
La couverture vaccinale contre le méningocoque : Fiche 4.6	98
La couverture vaccinale contre le papillomavirus humain : Fiche 4.7	99
La couverture vaccinale contre la grippe : Fiche 4.8	100

5 ■ Accès et recours aux soins

101

Introduction	102
Recours et accès aux soins hospitaliers	
L'accès aux maternités : Fiche 5.1	103
L'accès aux équipements en soins urgents : Fiche 5.2	104
Les hospitalisations à domicile : Fiche 5.3	105
Les hospitalisations en médecine et chirurgie : Fiche 5.4	106
Les hospitalisations en soins de suite et réadaptation : Fiche 5.5	107
Les prises en charge ambulatoires en psychiatrie : Fiche 5.6	108
Les prises en charge en temps complet en psychiatrie : Fiche 5.7	109
Recours aux soins de ville	
Le recours aux médecins généralistes : Fiche 5.8	110
Le recours aux chirurgiens-dentistes : Fiche 5.9	111

Annexes

113

Méthodologie	115
Carte et liste des EPCI de la région Nouvelle-Aquitaine	118
Définitions	123



1 ■ contexte régional

Introduction

Éléments de contexte

Thématiques

Présentation de la région : Fiches 1.1 et 1.2

Démographie : Fiches 1.3 à 1.6

Conditions de vie : Fiches 1.7 à 1.10

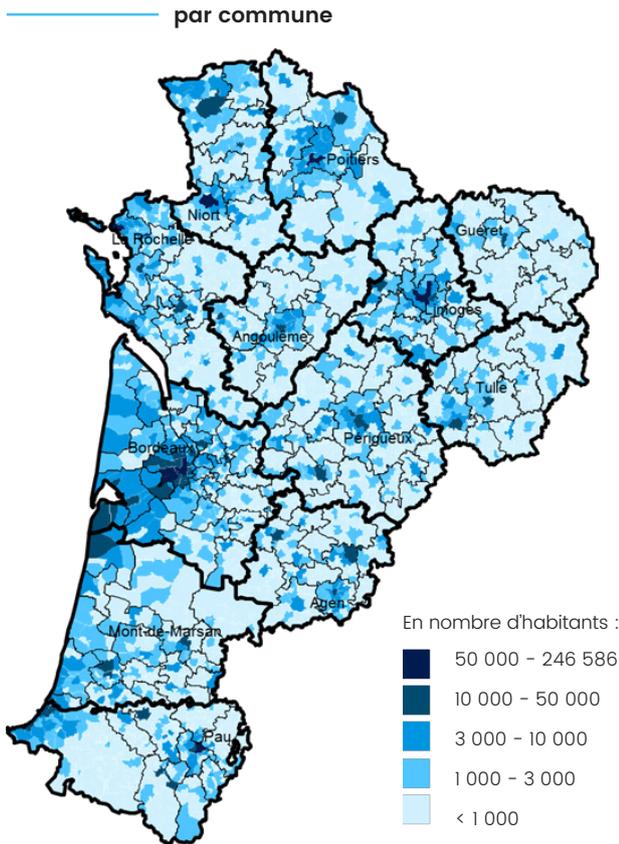
Introduction

La réforme territoriale adoptée à la fin de l'année 2014 a réduit à 13 le nombre des régions de France métropolitaine, fusionnant notamment, depuis le 1^{er} janvier 2016, les régions du Limousin, du Poitou-Charentes et d'Aquitaine en une seule entité administrative : la Nouvelle-Aquitaine. Cette nouvelle région est désormais la plus vaste et la 4^e la plus peuplée du territoire national. Elle est également celle qui compte la plus forte proportion de personnes âgées de 60 ans ou plus. Région plutôt rurale à l'économie dynamique, la Nouvelle-Aquitaine est plus épargnée que d'autres par les difficultés sociales. Les territoires qui la composent sont enfin très hétérogènes du point de vue de l'urbanisation, des activités économiques et de leur géographie.

La population de Nouvelle-Aquitaine

5 879 144 habitants en Nouvelle-Aquitaine en 2014,
quatrième région la plus peuplée

Population de la Nouvelle-Aquitaine en 2014 (nombre d'habitants)

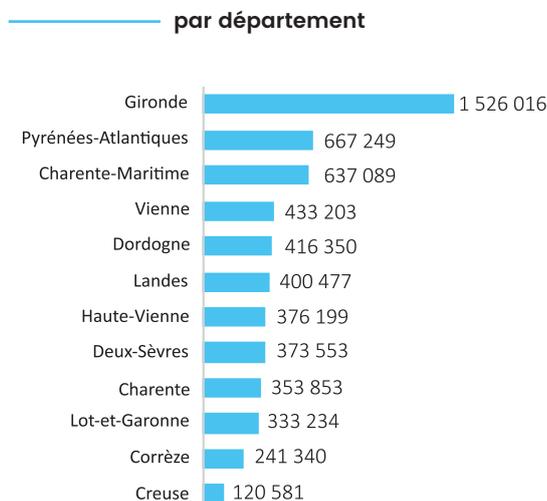


9 % DE LA POPULATION TOTALE DE L'HEXAGONE EN NOUVELLE-AQUITAINE

Avec 5 879 144 habitants au recensement de la population de 2014, la région Nouvelle-Aquitaine se place au 4^e rang des 13 régions françaises métropolitaines les plus peuplées derrière l'Île-de-France, Auvergne-Rhône-Alpes et les Hauts-de-France.

UN QUART DE LA POPULATION RÉGIONALE RÉSIDE EN GIRONDE

Avec plus d'1,5 million d'habitants, la Gironde représente à elle seule un peu plus du quart de la population régionale (26 %) et est également le 4^e département le plus peuplé de France de Province (hors Île-de-France). Elle compte plus du double de population que les Pyrénées-Atlantiques ou la Charente-Maritime (respectivement 667 000 et 637 000 habitants). Les sept autres départements ne dépassent pas 450 000 habitants. La Creuse est le moins peuplé de Nouvelle-Aquitaine avec à peine plus de 120 000 habitants en 2014 (deuxième département le moins peuplé de France métropolitaine) derrière la Lozère.



Les aires urbaines

Un territoire structuré autour de 25 grandes aires urbaines

70 % DE LA POPULATION RÉSIDENT DANS UNE GRANDE AIRE URBAINE

La région Nouvelle-Aquitaine compte 25 grandes aires urbaines (voir définition), chaque département en possédant au moins une.

Les aires urbaines de Bordeaux, de Limoges ou de Poitiers s'étendent sur une grande partie de leur département. En 2014, 70 % de la population réside dans une grande aire urbaine.

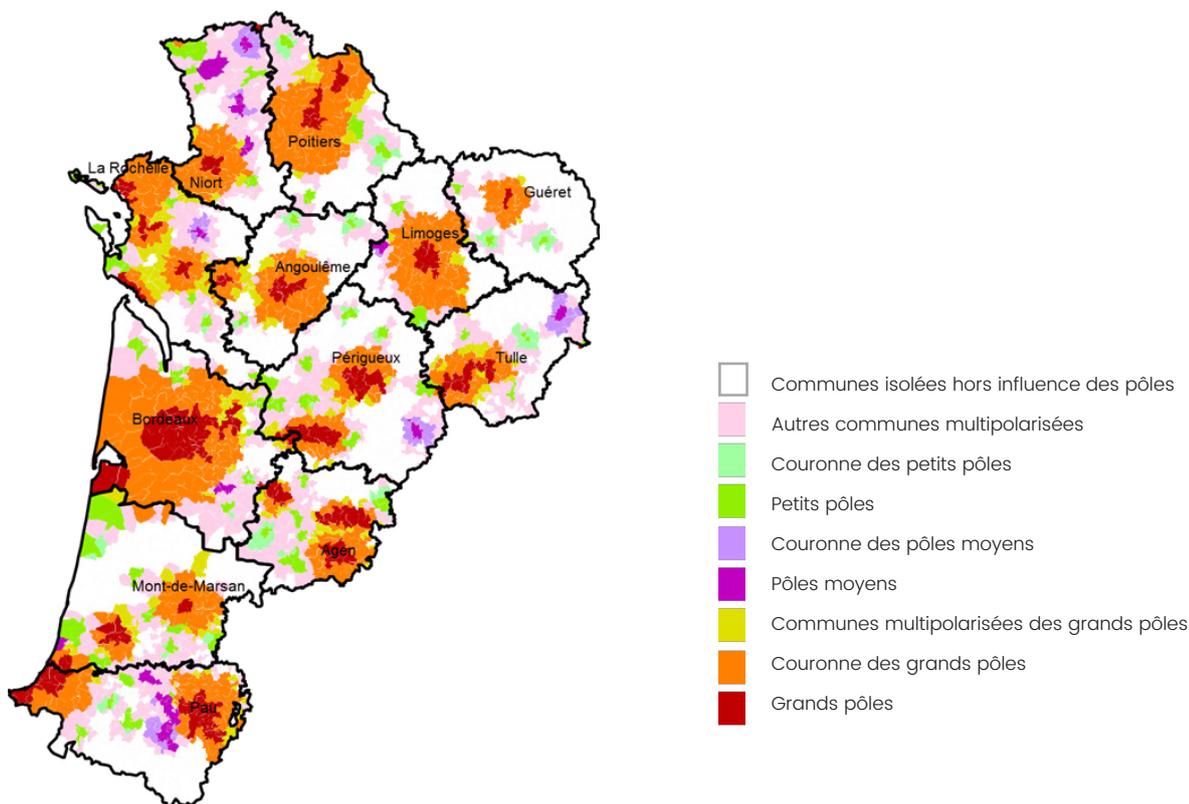
L'aire urbaine de Bordeaux concentre à elle seule 252 communes et près d'1,2 million d'habitants, soit 1 habitant sur 5 de Nouvelle-Aquitaine. Les aires urbaines de Bayonne, Limoges, Poitiers, Pau et La Rochelle comptent entre 200 000 et 300 000 habitants.

UN MAILLAGE DE MOYENS ET DE PETITS PÔLES

La région est aussi caractérisée par un maillage de moyens et de petits pôles qui regroupe environ 1 habitant sur 10. C'est particulièrement le cas dans les Pyrénées-Atlantiques ou dans les Deux-Sèvres.

Enfin, 30 % des communes sont dites isolées et hors de l'influence d'un pôle urbain. Ces communes regroupent plus de 600 000 habitants, soit 10 % de la population de Nouvelle-Aquitaine.

Zonage en aires urbaines de Nouvelle-Aquitaine en 2010



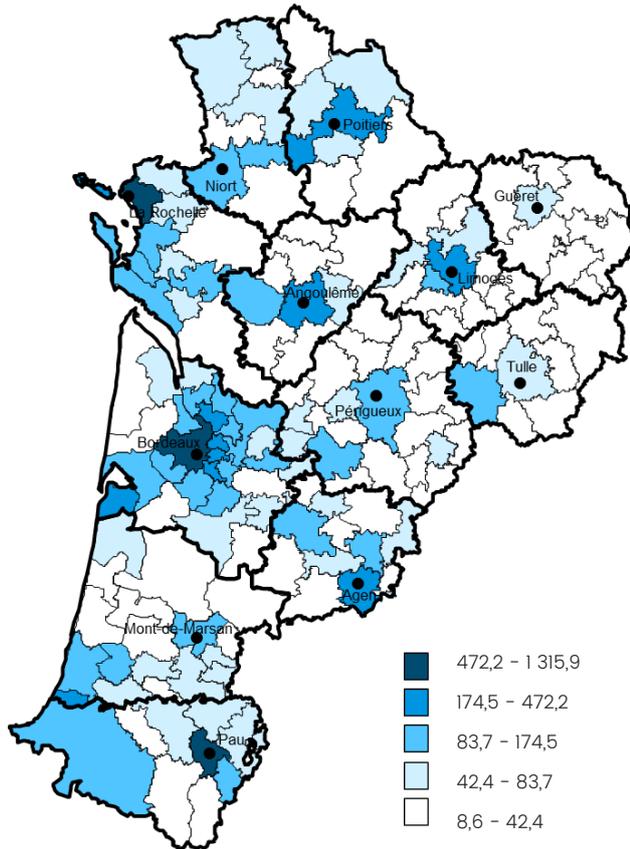
Source : Insee (zonage en aires urbaines 2010)
Réalisation : ORS N-A

La densité de population

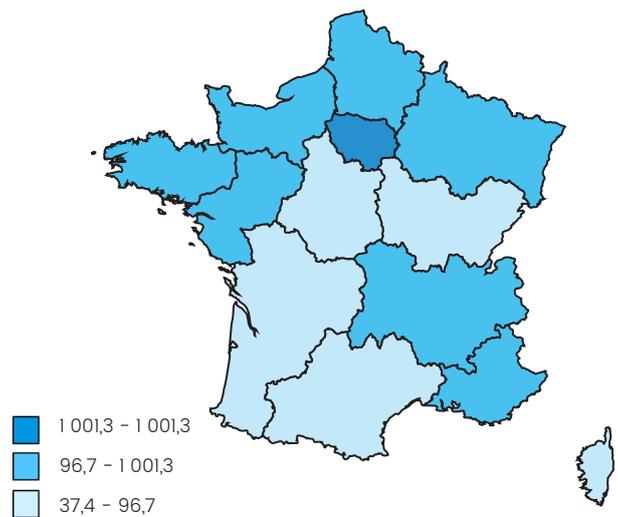
La plus vaste région de France mais une faible densité de population

Densité de population en 2014 (nombre d'habitants par km²)

en Nouvelle-Aquitaine par EPCI



en France par régions



UNE DENSITÉ FAIBLE DE 70 HABITANTS PAR KM²

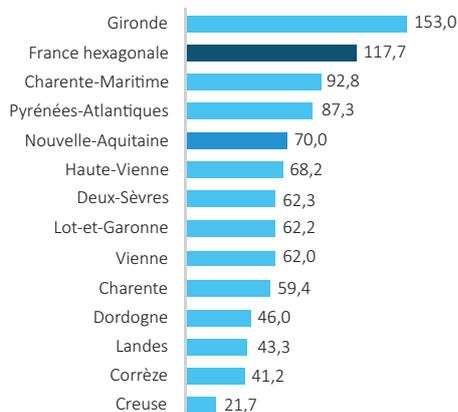
Plus vaste région de France métropolitaine, la Nouvelle-Aquitaine couvre 84 100 km², soit 15 % du territoire national.

Avec une densité de 70 habitants par km², elle se situe au 10^e rang des régions de France métropolitaine, en dessous de la densité nationale (118 habitants au km²). Seules les régions Centre-Val de Loire, Bourgogne-Franche-Comté et Corse affichent des densités plus faibles.

DES DENSITÉS FAIBLES POUR LA PLUPART DES DÉPARTEMENTS, PARTICULIÈREMENT EN CREUSE

Si la Gironde possède une densité supérieure à la moyenne nationale (153 habitants au km²), elle ne se situe néanmoins qu'au 27^e rang des départements de métropole. Avec 22 habitants au km², la Creuse est l'un des départements les moins denses de France (95^e sur 96, derrière la Lozère). La Corrèze, les Landes et la Dordogne affichent également une densité de population faible, avec moins de 50 habitants au km².

en Nouvelle-Aquitaine par départements



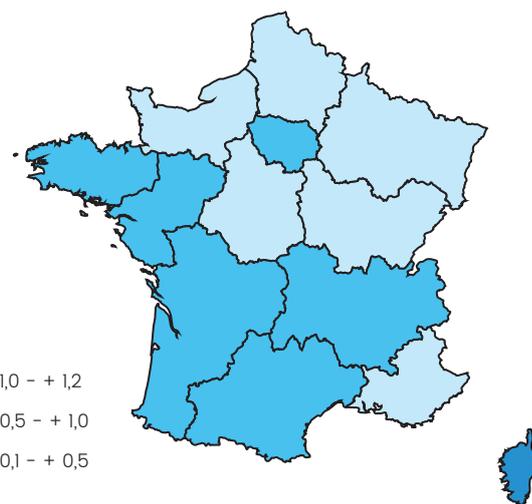
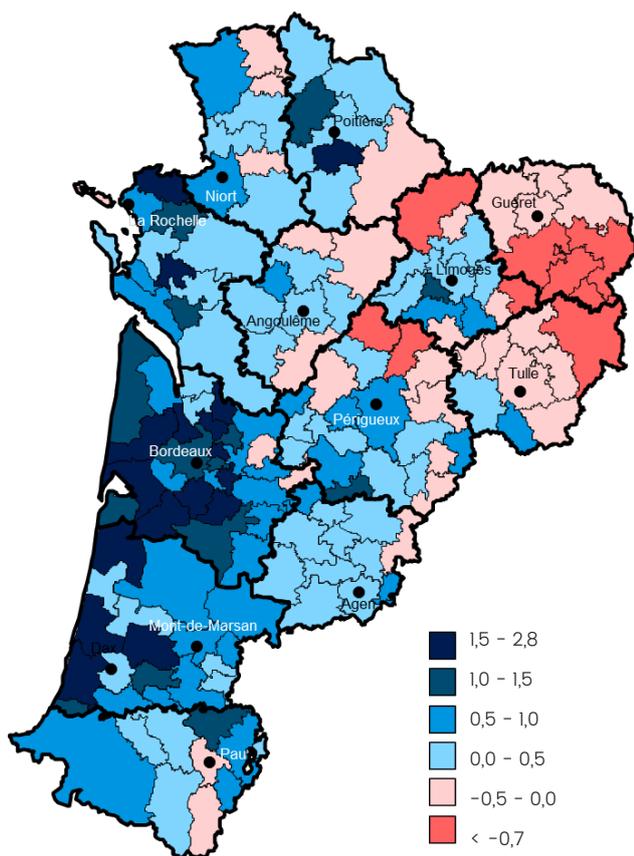
Le dynamisme démographique

Entre 2009 et 2014, 170 647 habitants supplémentaires en Nouvelle-Aquitaine

Taux d'accroissement de la population entre 2009 et 2014 (%)

en Nouvelle-Aquitaine par EPCI

en France par régions



UNE RÉGION À LA DÉMOGRAPHIE DYNAMIQUE

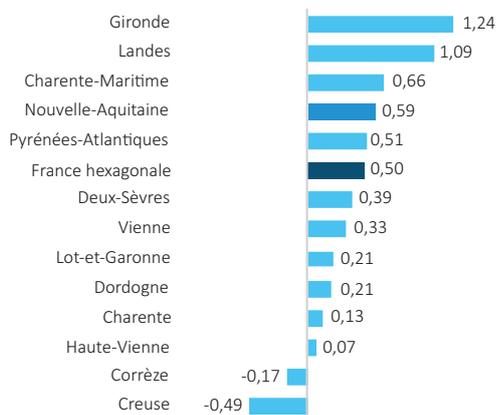
Avec 170 647 habitants supplémentaires entre 2009 et 2014, la Nouvelle-Aquitaine bénéficie d'un taux d'accroissement annuel de sa population de 0,59 %. Ce taux est supérieur à celui observé au niveau national sur la même période (0,50 %). La région se situe parmi les régions dynamiques de l'ouest du pays. Ce gain de population est presque entièrement le fait du solde migratoire (0,58 %), le solde naturel étant quasi nul (0,01 %).

LA CREUSE ET LA CORRÈZE EN PERTE D'HABITANTS

Le dynamisme démographique de la région n'est pas identique sur l'ensemble du territoire. Si le taux d'accroissement est élevé en Gironde et dans les Landes, il est presque nul en Haute-Vienne et négatif en Corrèze et en Creuse, deux départements qui ont perdu des habitants entre 2009 et 2014. Tous les départements attirent des habitants et possèdent un solde migratoire positif (voir définition). En revanche, les soldes naturels (voir définition) sont parfois très déficitaires : Creuse (-0,79 %), Corrèze (-0,39 %), Dordogne (-0,38 %).

Au niveau infra-départemental, la croissance se situe principalement dans les territoires du littoral (Gironde, Landes, Charente-Maritime). À l'inverse, la baisse concerne l'ensemble des territoires creusois et presque toute la Corrèze. Enfin, si la plupart des territoires urbains gagnent des habitants, une baisse est observée pour ceux de Guéret, Tulle et Pau.

en Nouvelle-Aquitaine par départements

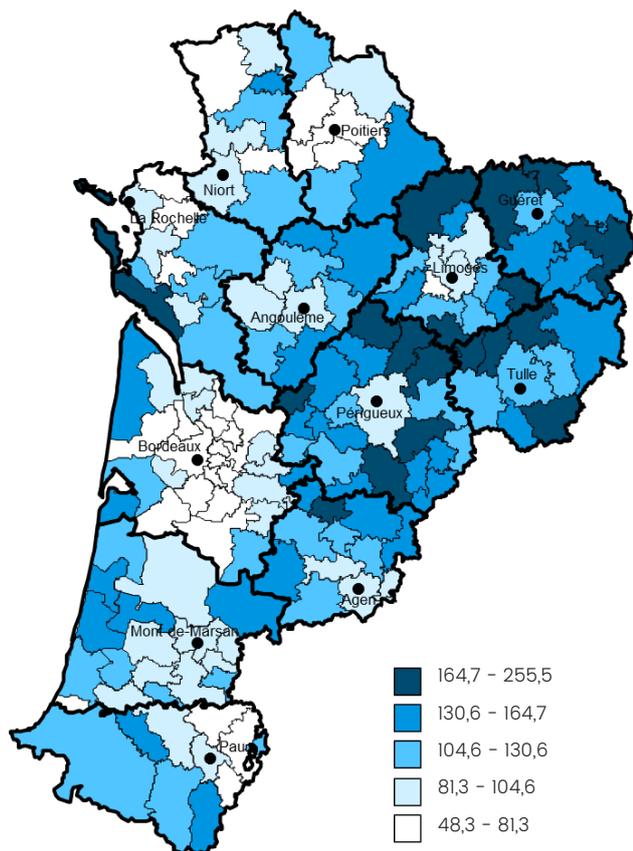


L'indice de vieillissement

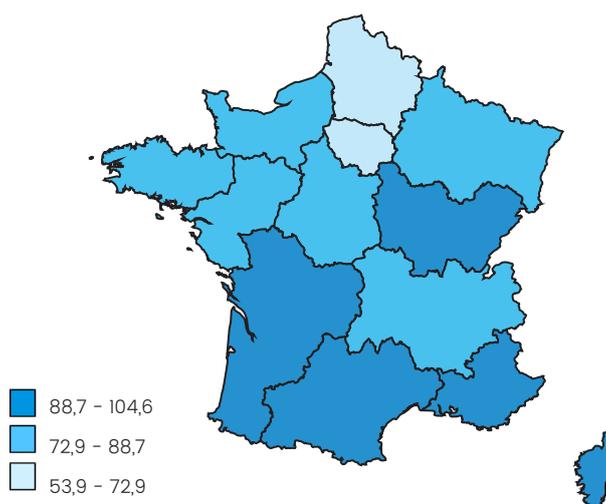
Une région âgée : deuxième indice de vieillissement le plus élevé de métropole

Indice de vieillissement en 2014 (Nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus pour 100 personnes âgées de moins de 20 ans)

en Nouvelle-Aquitaine par EPCI



en France par régions



UN INDICE DE VIEILLISSEMENT PLUS ÉLEVÉ QUE LA MOYENNE NATIONALE

En 2014, la Nouvelle-Aquitaine compte 1 281 318 personnes âgées de 65 ans ou plus pour 1 302 888 personnes de moins de 20 ans, soit un indice de vieillissement (voir définition) de 98,3. Cet indice est nettement supérieur à celui observé en France métropolitaine (75,5).

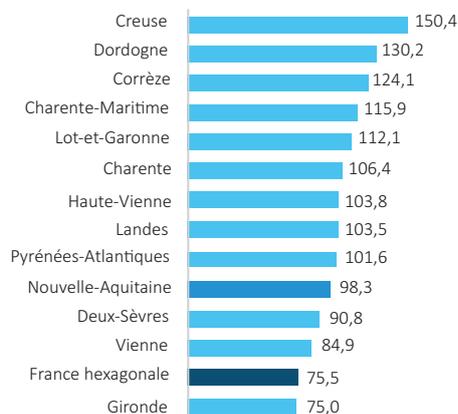
La région possède le deuxième indice de vieillissement le plus élevé des régions françaises derrière la Corse.

UNE STRUCTURE PAR ÂGE DÉFAVORABLE POUR LA PLUPART DES DÉPARTEMENTS

Seul le département de la Gironde possède un indice de vieillissement proche de la valeur nationale (75). De plus, la majorité des départements de Nouvelle-Aquitaine ont des indices élevés, notamment la Creuse : 150, soit le double de la valeur nationale. En 2014, la Creuse compte 33 687 personnes âgées de 65 ans ou plus pour 22 398 personnes de moins de 20 ans.

À l'échelle infra-départementale, les valeurs les plus élevées se trouvent dans les territoires les plus ruraux : Creuse, Haut-Limousin, Corrèze, nord de la Dordogne et sud de la Charente-Maritime. À l'inverse, la quasi-totalité des pôles urbains et notamment l'aire urbaine de Bordeaux sont plus jeunes.

en Nouvelle-Aquitaine par départements



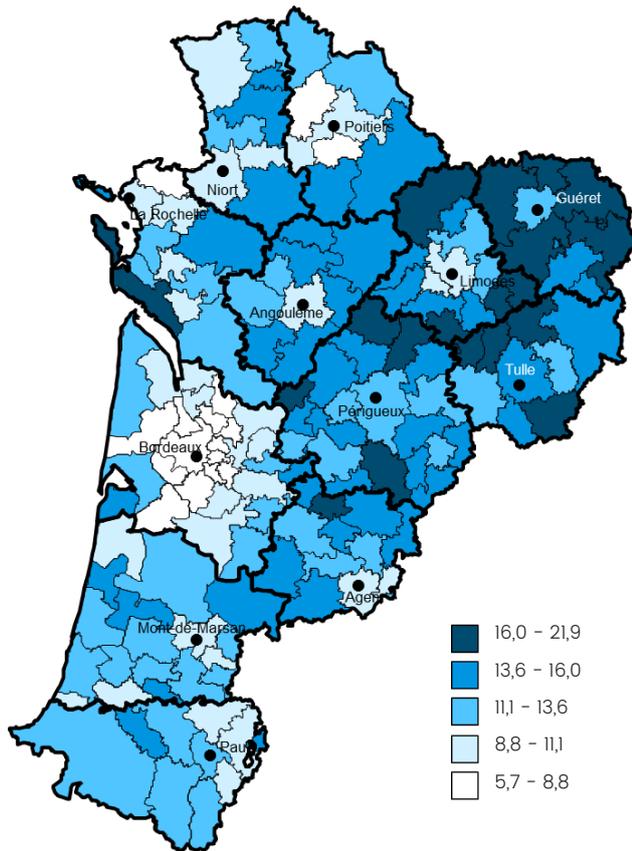
Source : Insee (RP 2014)
Réalisation : ORS N-A

Les personnes âgées

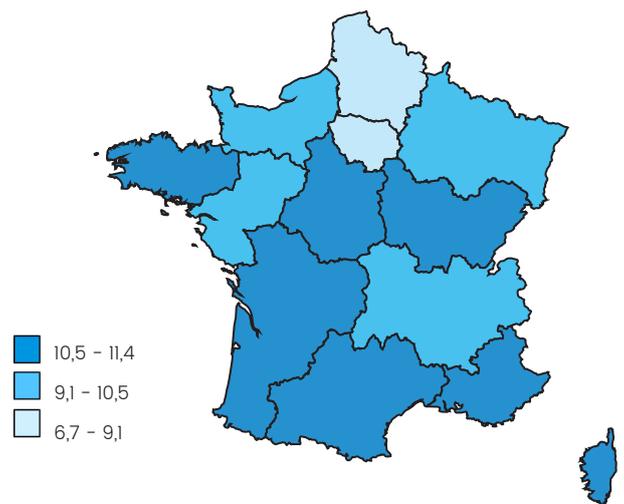
Près de 670 000 personnes âgées de 75 ans ou plus en Nouvelle-Aquitaine en 2014, soit 11,4 % de la population totale

Part des habitants âgés de 75 ans ou plus en 2014 (pour 100 habitants)

en Nouvelle-Aquitaine par EPCI



en France par régions



LA RÉGION LA PLUS ÂGÉE DE L'HEXAGONE

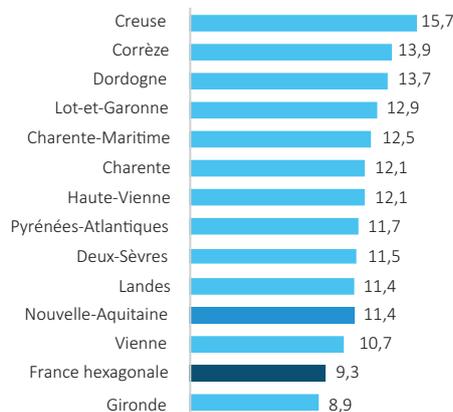
Avec 670 000 habitants âgés de 75 ans ou plus en 2014 (soit 11,4 % de la population), la Nouvelle-Aquitaine possède la plus forte part de personnes âgées de France métropolitaine (9,3 %).

5 DÉPARTEMENTS DE NOUVELLE-AQUITAINE PARMI LES 15 PLUS ÂGÉS DE FRANCE

Si la part de personnes âgées de 75 ans ou plus est inférieure en Gironde par rapport au niveau national (8,9 %), elle est supérieure dans les 11 autres départements de Nouvelle-Aquitaine. Parmi les 15 départements de l'hexagone ayant la plus forte part de personnes âgées, 5 font partie de la région : la Charente-Maritime, le Lot-et-Garonne, la Dordogne, la Corrèze et la Creuse, département le plus âgé de France avec 15,7 % de personnes âgées de 75 ans ou plus.

À l'échelle infra-départementale, les écarts sont très élevés : si de faibles parts de personnes âgées sont observées dans les territoires urbains de Gironde (autour de 6 %), plus d'un habitant sur cinq est âgé d'au moins 75 ans dans certains territoires du nord de la Corrèze.

en Nouvelle-Aquitaine par départements

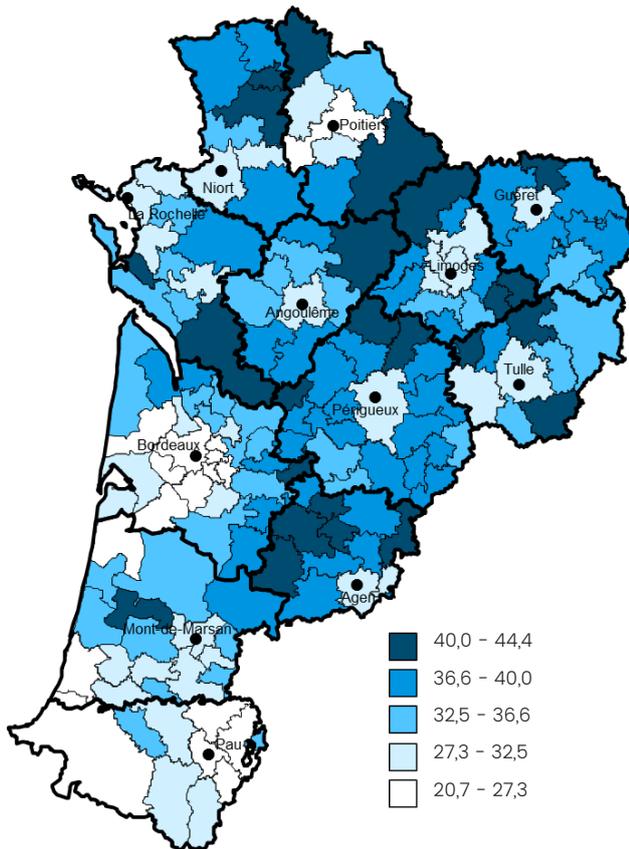


Les personnes peu diplômées

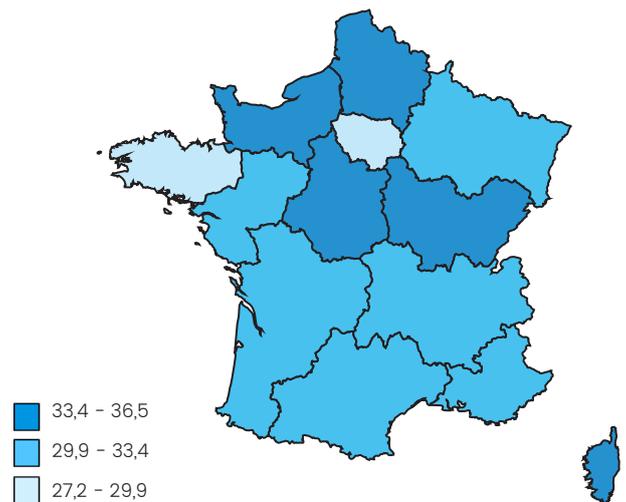
Près d'un tiers des 15 ans ou plus sont peu ou pas diplômés

Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire n'ayant pas ou peu de diplômes en 2014
(pour 100 personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire)

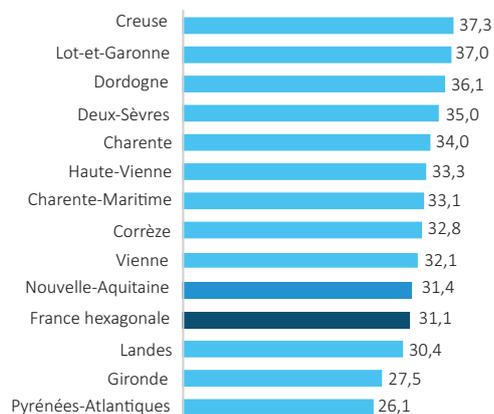
en Nouvelle-Aquitaine par EPCI



en France par régions



en Nouvelle-Aquitaine par départements



UNE PART DE PERSONNES PEU OU PAS DIPLOMÉES IDENTIQUE À LA MOYENNE NATIONALE

En 2014, 31,4 % des habitants de 15 ans ou plus sortis du système scolaire (non élève, non étudiant) (voir définition) ne possèdent pas ou peu de diplômes dans la région. Cette proportion est du même ordre que celle relevée au niveau national (31,1 %). La région se situe au 6^e rang des régions de métropole.

DES ÉCARTS MARQUÉS À L'ÉCHELLE INFRA-RÉGIONALE

Dans sept départements, la part atteint au moins 1 habitant sur 3, dépassant même 37 % dans le Lot-et-Garonne et la Creuse. Trois départements de Nouvelle-Aquitaine sont caractérisés par une faible proportion de personnes peu ou pas diplômées : les Landes, la Gironde et les Pyrénées-Atlantiques.

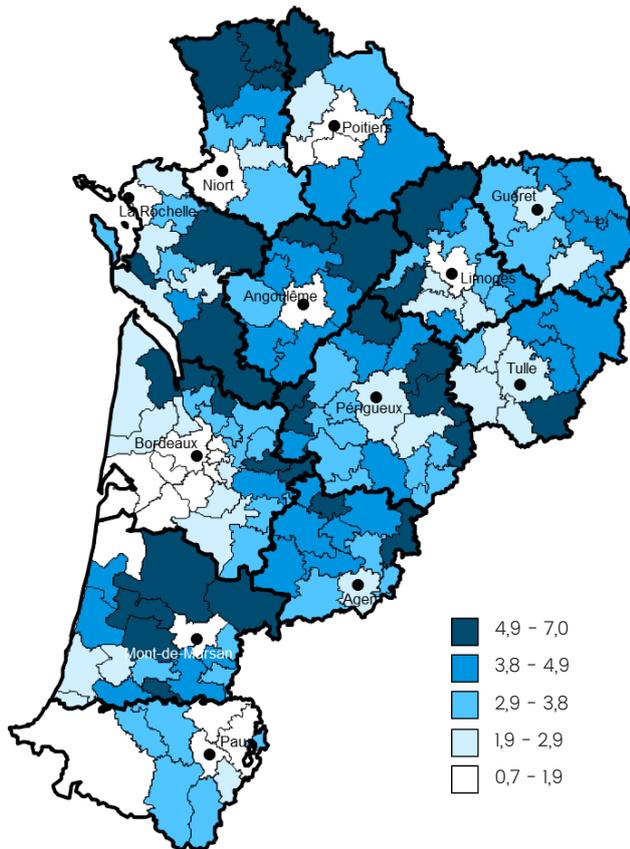
Les écarts sont amplifiés à l'échelle infra-départementale, puisque la part varie de 20,7 % (CC Jalle-Eau-Bourde en Gironde) à 44,4 % (CC du Périgord Nontronnais en Dordogne).

Les catégories socioprofessionnelles

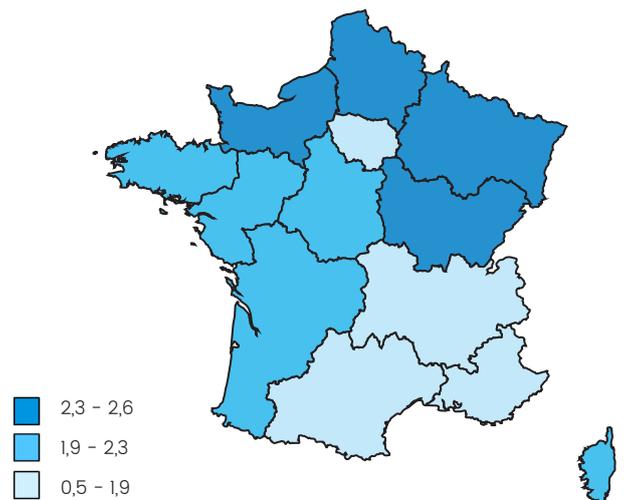
Une répartition inégale des catégories socioprofessionnelles

Rapport Ouvriers / Cadres en 2014 (nombre d'ouvriers pour 1 cadre)

en Nouvelle-Aquitaine par EPCI



en France par régions



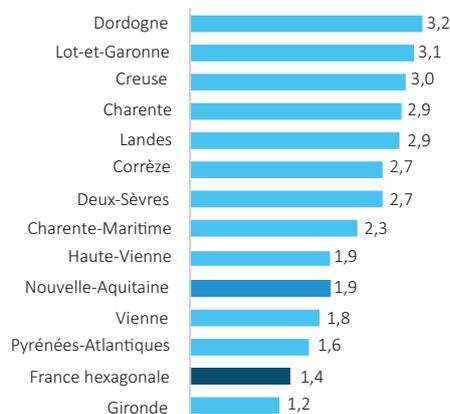
1,9 OUVRIER POUR 1 CADRE EN NOUVELLE-AQUITAINE...

En 2014, seule la région Île-de-France compte plus de cadres que d'ouvriers avec un rapport de 0,5 (1,4 au niveau national). La Nouvelle-Aquitaine se situe au 6^e rang des 13 régions de métropole avec un rapport qui s'élève à 1,9 ouvrier pour 1 cadre.

...MAIS DE FORTS ÉCARTS RURAL-URBAIN

L'ensemble des départements de la région compte plus d'ouvriers que de cadres, à un degré moindre pour la Gironde n'en est pas si éloignée (1,2 ouvrier pour 1 cadre). La part de cadres est faible dans les départements les plus ruraux : le rapport ouvriers-cadres est particulièrement élevé en Creuse (3,0), Lot-et-Garonne (3,1) et Dordogne (3,2).

en Nouvelle-Aquitaine par départements

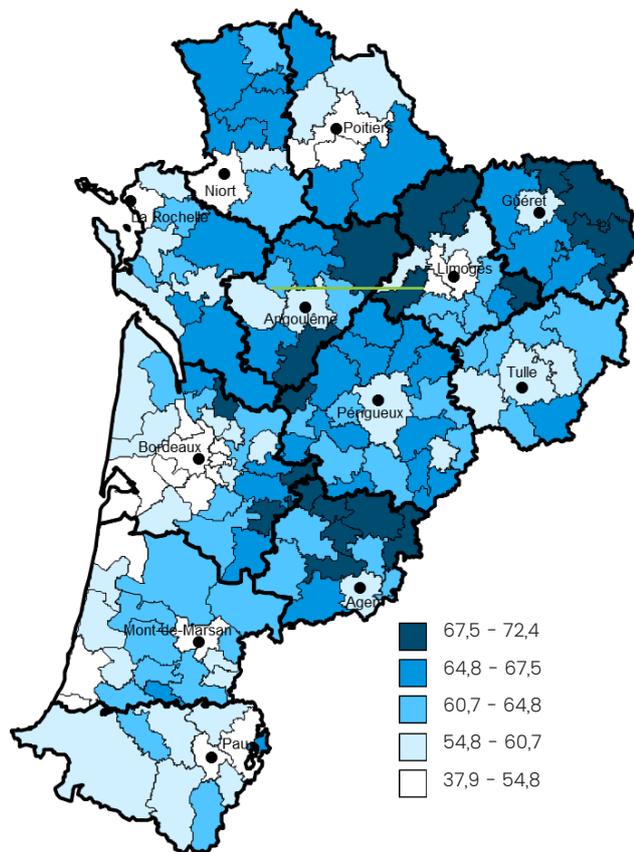


Les foyers fiscaux non imposés

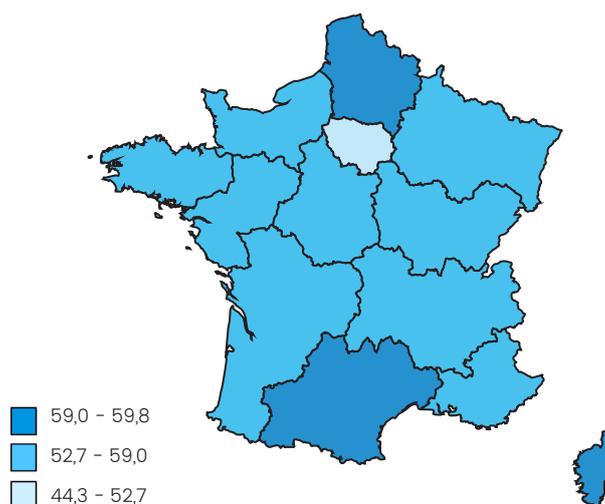
57,3 % des foyers fiscaux sont non imposés en Nouvelle-Aquitaine

Part des foyers fiscaux non imposés en 2014 (pour 100 foyers fiscaux)

en Nouvelle-Aquitaine par EPCI



en France par régions



UNE PART DE FOYERS FISCAUX NON IMPOSÉS PLUS ÉLEVÉE EN NOUVELLE-AQUITAINE

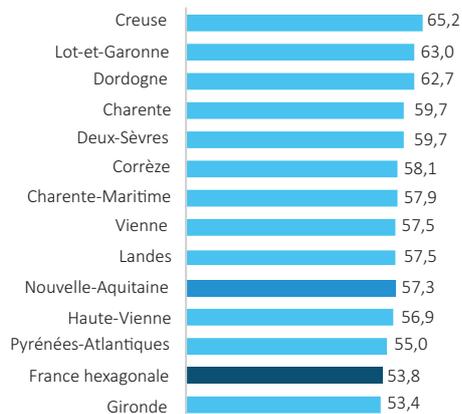
La région compte plus de 57 % de foyers fiscaux non imposés en 2014. C'est une proportion plus élevée qu'au niveau national (près de 54 %), situant la Nouvelle-Aquitaine au 4^e rang des régions de métropole.

DANS LA CREUSE, PRÈS DES DEUX TIERS DE FOYERS FISCAUX NON IMPOSÉS

Seule la Gironde possède une part de foyers fiscaux non imposés légèrement inférieure à la valeur nationale (53,4 %). Tous les autres départements ont une proportion plus élevée, particulièrement la Dordogne, le Lot-et-Garonne et la Creuse. Dans ce dernier, près des deux tiers des foyers fiscaux sont non imposés.

Les territoires centrés sur les pôles urbains sont en situation favorable, à l'exception de la Communauté d'Agglomération Bergeracoise située en Dordogne. Les écarts entre territoires vont presque du simple au double : de 37,9 % dans la CC Jalle-Eau-Bourde en Gironde à 72,4 % dans la CC de Chénérailles, Auzances/Bellegarde et Haut Pays Marchois en Creuse.

en Nouvelle-Aquitaine par départements

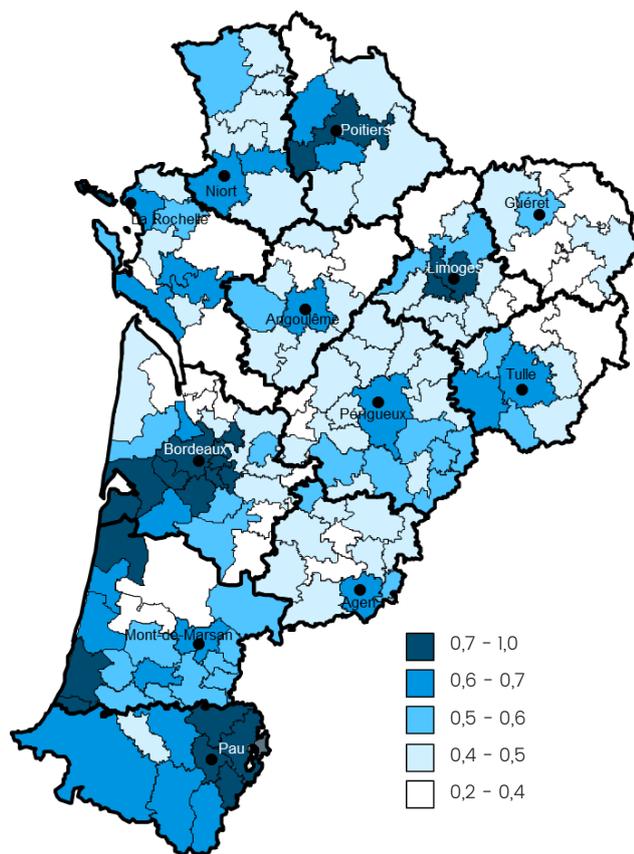


L'indice de développement humain (IDH)

Un indice de développement humain médian par rapport aux autres régions de métropole

IDH-4 Indice de développement humain en 2013

en Nouvelle-Aquitaine par EPCI

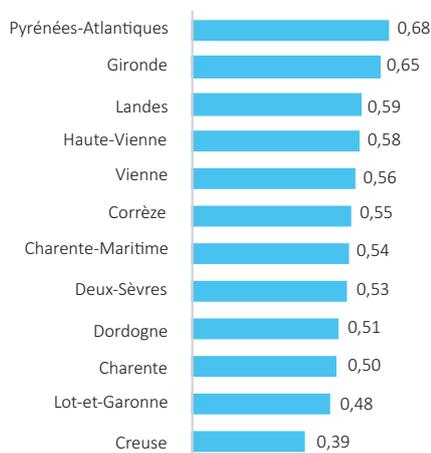


UN DÉVELOPPEMENT HUMAIN PROCHE DE LA MÉDIANE NATIONALE MAIS UN CONTRASTE URBAIN/RURAL PRÉSENT ENTRE LES TERRITOIRES

L'Indice (voir définition) calculé varie à l'échelle régionale de 0,27 en Corse à 0,85 en Ile-de-France. La Nouvelle-Aquitaine se situe à un rang médian avec un IDH-4 de 0,58. Au sein de la région, la Creuse apparaît comme le département le plus défavorisé avec un indice faible de 0,39 ; les Pyrénées-Atlantiques présentent l'IDH-4 le plus élevé avec 0,68.

À l'échelle infra-départementale, les écarts sont encore plus importants, variant de 0,17 dans la CC du Pays Foyen à 1 dans la CC Jalle-Eau-Bourde toutes deux situées en Gironde. Tous les territoires urbains sont relativement favorisés (Bordeaux, Limoges, Poitiers, Pau) à l'exception de Guéret. Les indices les plus faibles concernent les territoires les plus ruraux.

en Nouvelle-Aquitaine par départements





2 ■ état de santé

Introduction

Éléments de contexte

Thématiques

Vue d'ensemble : Fiches 2.1 à 2.4

Grossesse et périnatalité : Fiches 2.5 à 2.7

Cancers : Fiches 2.8 à 2.13

Maladies cardiovasculaires : Fiches 2.14 à 2.18

Diabète : Fiche 2.19

Maladies de l'appareil respiratoire et grippe :
Fiches 2.20 à 2.22

Pathologies liées à la consommation d'alcool et de tabac :
Fiches 2.23 à 2.26

Santé mentale : Fiches 2.27 à 2.32

Accidents de la circulation : Fiche 2.33

Introduction

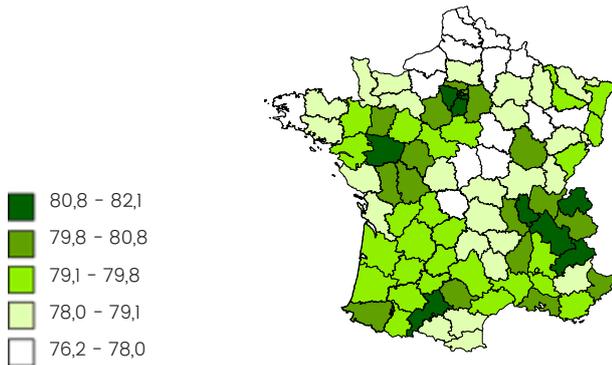
L'état de santé d'un individu recouvre de multiples dimensions qui rendent difficile l'appréciation des inégalités de santé à l'échelle d'une population. Ces inégalités sont toutefois très marquées au niveau national se traduisant notamment pas des écarts d'espérance de vie importants selon la profession exercée ou le niveau d'éducation. À une échelle géographique fine, les différences de structure économique et sociale des territoires se traduisent par des écarts importants en termes de mortalité et de morbidité marquant fréquemment une opposition franche entre des territoires plus urbanisés favorisés, même si ces derniers sont eux-mêmes très hétérogènes, et les territoires ruraux présentant souvent des indicateurs moins positifs.

L'espérance de vie

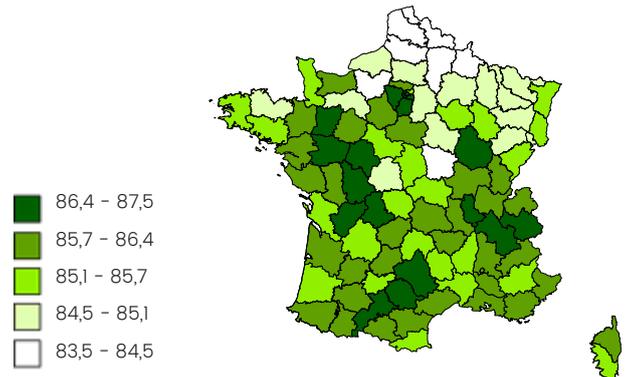
En Nouvelle-Aquitaine, une espérance de vie proche de la moyenne nationale

Espérance de vie à la naissance en 2014 (en années)

en France par départements, hommes

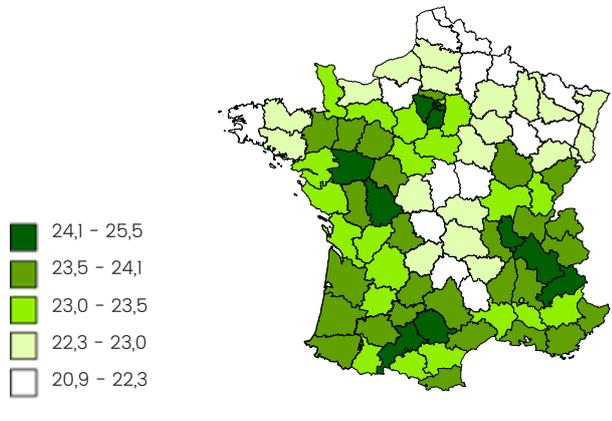


en France par départements, femmes

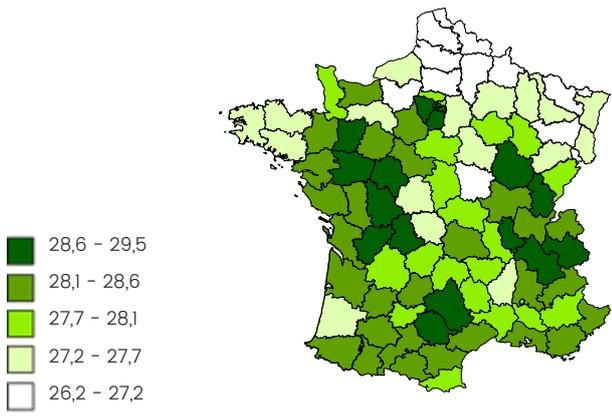


Espérance de vie à 60 ans en 2014 (en années)

en France par départements, hommes



en France par départements, femmes



CHEZ LES HOMMES, DES ÉCARTS SELON LES DÉPARTEMENTS

Avec une espérance de vie à la naissance (voir définition) de 79,5 ans chez les hommes et 85,9 ans chez les femmes, la Nouvelle-Aquitaine se situe au 7^e rang des 13 régions françaises (quel que soit le sexe). La situation régionale est très proche de celle relevée au niveau national : 79,4 ans chez les hommes et 85,7 ans chez les femmes.

Chez les hommes, les écarts ne sont pas négligeables entre les départements. L'espérance de vie à la naissance pour un Creusois est inférieure de 3,2 ans à celle d'un Basque ou d'un Béarnais (77,1 ans vs 80,3 ans). Les écarts sont moins importants chez les femmes : l'espérance de vie à la naissance passant de 85,2 ans en Dordogne à 86,7 ans en Vienne.

UNE ESPÉRANCE DE VIE À 60 ANS PLUS FAIBLE EN CREUSE

En Nouvelle-Aquitaine, l'espérance de vie à 60 ans (voir définition) est de 23,4 ans chez les hommes et de 28,2 ans chez les femmes. La région se situe respectivement au 7^e et 5^e rang des 13 régions françaises avec des moyennes comparables aux valeurs nationales : 23,3 ans chez les hommes et 28 ans chez les femmes.

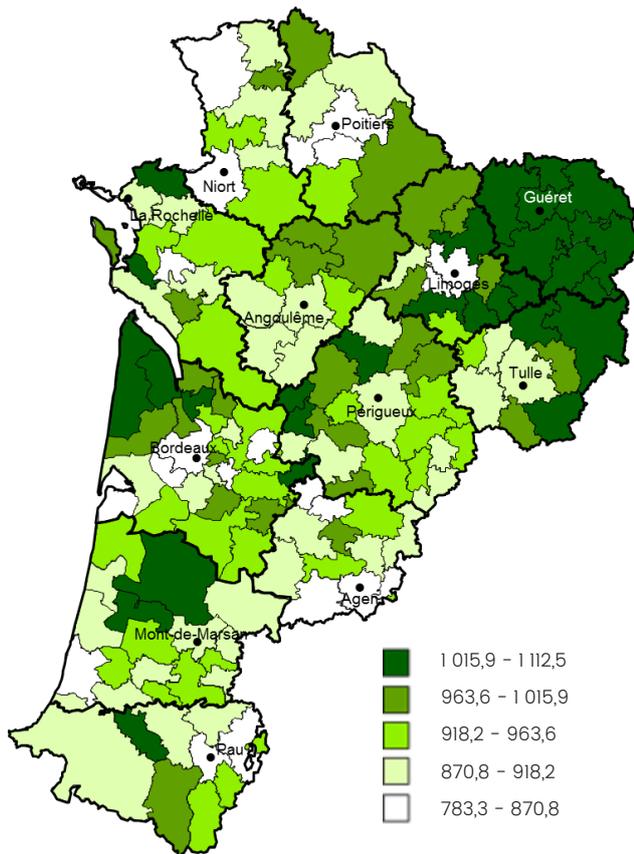
Chez les hommes, à 60 ans, un Creusois a une espérance de vie inférieure de 2,8 ans à un habitant de la Vienne : 21,3 ans vs 24,1 ans. Les écarts sont moins élevés chez les femmes, la Creuse restant le département le moins favorisé : 27,4 ans en Creuse vs 28,8 ans en Haute-Vienne.

La mortalité générale

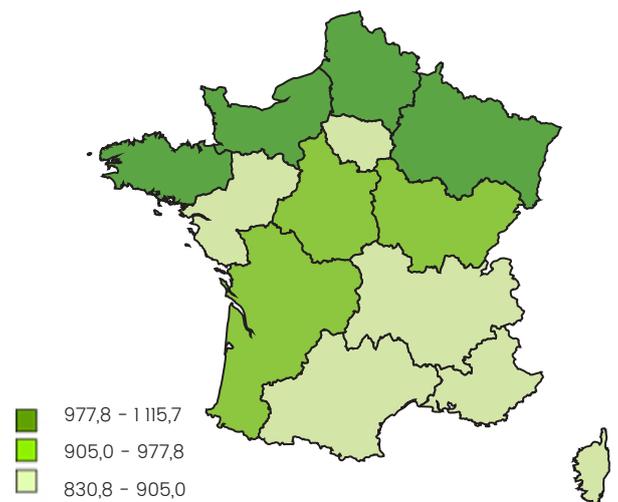
Une sous-mortalité toutes causes en Nouvelle-Aquitaine

Taux standardisés de mortalité toutes causes en 2005–2014 (pour 100 000 habitants)

en Nouvelle-Aquitaine par EPCI



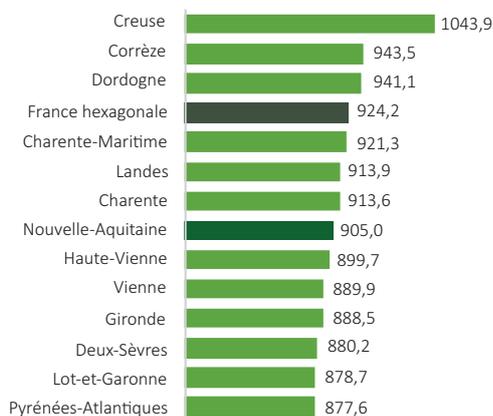
en France par régions



UN RANG MÉDIAN PARMIS LES RÉGIONS FRANÇAISES...

Sur la période 2005-2014, 58 171 décès ont lieu chaque année en moyenne en Nouvelle-Aquitaine. Le taux standardisé de mortalité générale s'élève à 905 décès pour 100 000 habitants. Il est inférieur au taux national (924). La région se situe au 7^e rang des 13 régions de métropole.

en Nouvelle-Aquitaine par départements



... MAIS UNE SURMORTALITÉ EN DORDOGNE, CORRÈZE ET CREUSE

Huit des 12 départements de la région présentent une sous-mortalité par rapport à la moyenne nationale. En revanche, on relève une surmortalité dans 3 départements : la Dordogne, la Corrèze et la Creuse où le taux est très nettement supérieur au taux national (1 044 versus 924). La Creuse possède le 8^e taux de mortalité le plus élevé des 96 départements de métropole.

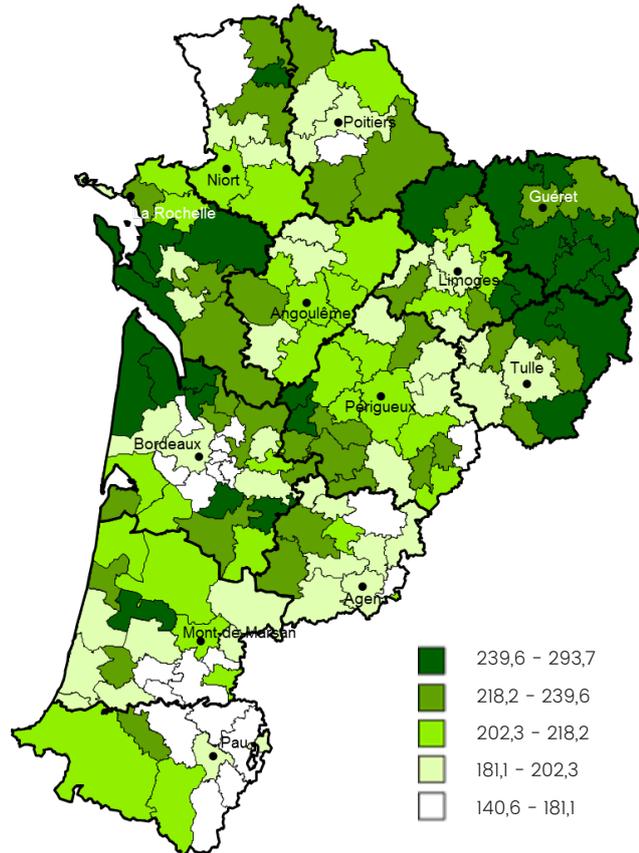
À l'échelle infra-départementale, les taux de mortalité les plus élevés concernent une grande partie de l'ex-région Limousin (la Creuse, la Haute-Corrèze et une partie de la Haute-Vienne), le Médoc ainsi qu'une partie des Landes et de la Dordogne. À l'inverse, les principales agglomérations (à l'exception de Guéret) sont caractérisées par une situation plus favorable.

La mortalité prématurée

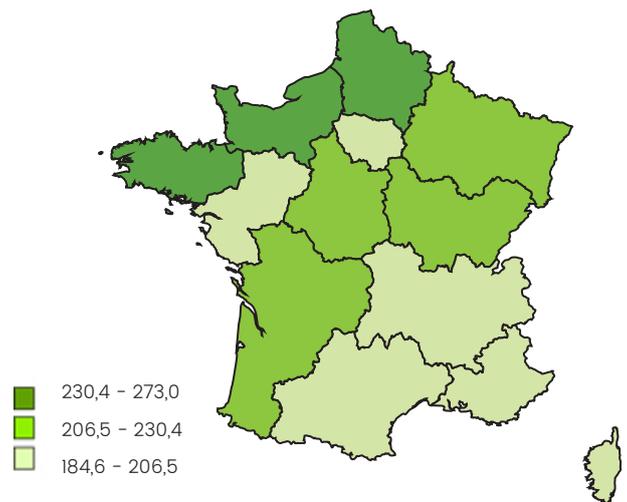
Une sous-mortalité avant 65 ans en Nouvelle-Aquitaine

Taux standardisés de mortalité prématurée en 2005-2014 (pour 100 000 habitants)

en Nouvelle-Aquitaine par EPCI



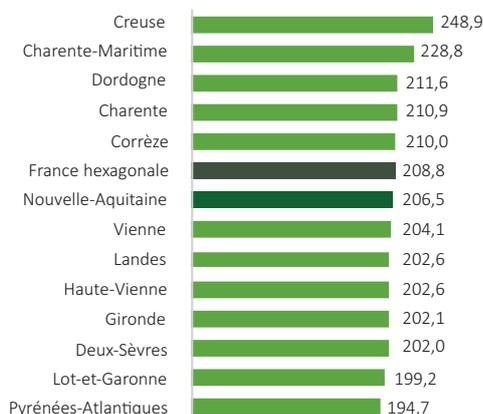
en France par régions



UNE SOUS-MORTALITÉ PAR RAPPORT À LA FRANCE HEXAGONALE...

Sur la période 2005-2014, chaque année en moyenne, 9 939 décès prématurés (voir définition) surviennent en Nouvelle-Aquitaine, soit 17 % de l'ensemble des décès. La région se situe au 7^e rang des 13 régions françaises avec un taux standardisé de mortalité qui s'élève à 207 décès pour 100 000 habitants (taux France = 209).

en Nouvelle-Aquitaine par départements



... MAIS UNE SURMORTALITÉ EN CHARENTE-MARITIME ET CREUSE

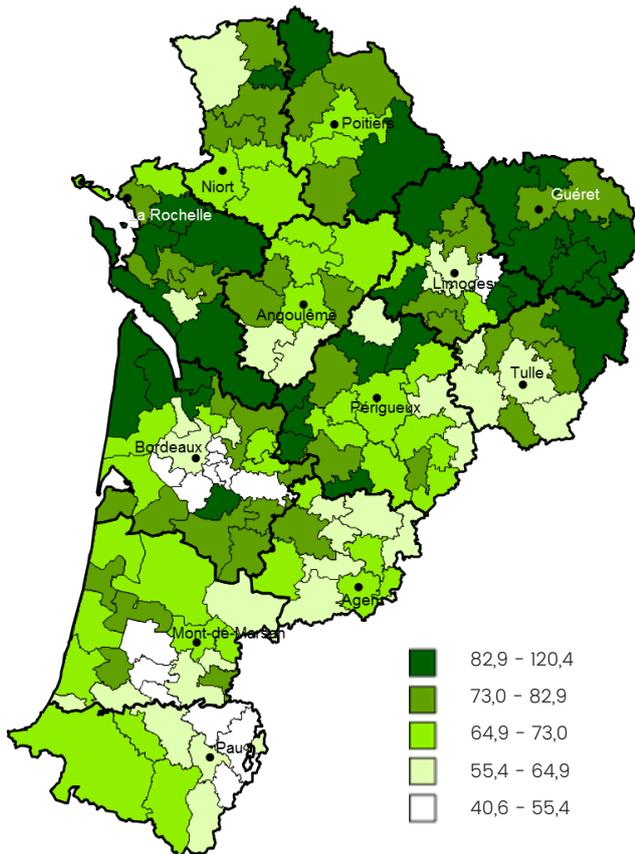
La moitié des départements de la région présentent une sous-mortalité prématurée par rapport à la moyenne nationale : les Landes, la Haute-Vienne, la Gironde, les Deux-Sèvres, le Lot-et-Garonne et les Pyrénées-Atlantiques. En revanche, en Charente-Maritime et dans la Creuse on constate une surmortalité prématurée. Le taux observé en Creuse est le 8^e plus élevé de France. À l'échelle infra-départementale, les taux les plus défavorables se situent dans la partie Est de l'ex-région Limousin (Creuse, Haute-Corrèze, Haut-Limousin) ainsi qu'à l'Ouest dans le Médoc et une partie de la Charente-Maritime. À l'inverse, les taux les plus bas sont observés autour de Bordeaux et dans l'Est des Pyrénées-Atlantiques.

La mortalité prématurée évitable

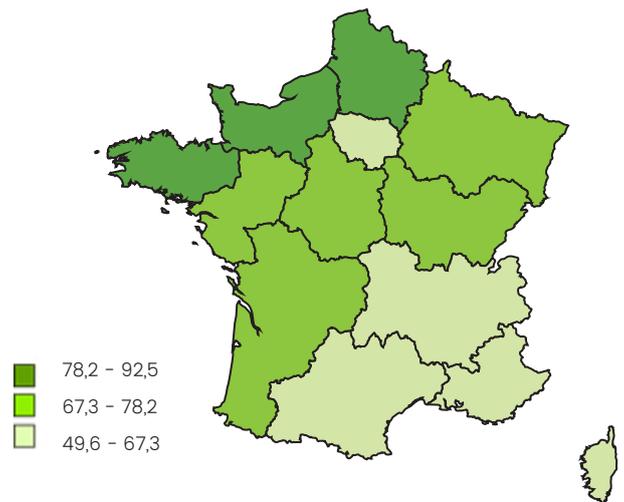
La Nouvelle-Aquitaine en surmortalité prématurée évitable

Taux standardisés de mortalité prématurée évitable en 2005-2014 (pour 100 000 habitants)

en Nouvelle-Aquitaine par EPCI



en France par régions



UNE SURMORTALITÉ PAR RAPPORT À LA FRANCE HEXAGONALE...

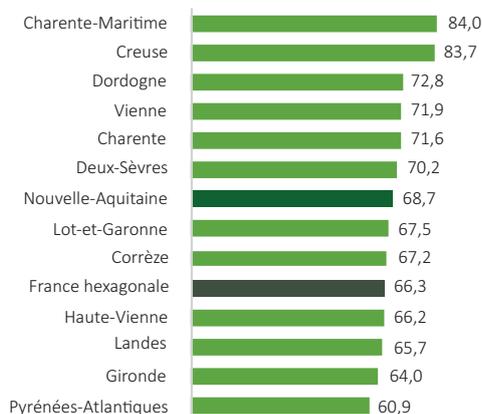
Sur la période 2005-2014, 3 310 décès dits « évitables » (voir définition) sont survenus en moyenne chaque année chez des personnes âgées de moins de 65 ans en Nouvelle-Aquitaine. La région se situe au 7^e rang des 13 régions françaises avec un taux supérieur au taux national.

... UNE SITUATION QUI SE RETROUVE DANS LA MOITIÉ DES DÉPARTEMENTS

La moitié des départements de Nouvelle-Aquitaine présentent une surmortalité prématurée évitable : la Charente-Maritime (11^e taux le plus élevé de France), la Creuse (12^e rang), la Dordogne, la Vienne, la Charente et les Deux-Sèvres. La situation est en revanche plus favorable en Gironde et dans les Pyrénées-Atlantiques pour lesquels on constate une sous-mortalité par rapport au niveau national.

À l'échelle infra-départementale, les taux de mortalité les plus élevés concernent une grande partie des territoires au nord d'une ligne Bordeaux-Tulle (Creuse, Haute-Corrèze, Haut-Limousin, estuaire de la Gironde...). Au contraire, les territoires plus favorisés se situent à Bordeaux et dans sa périphérie, dans l'Est des Pyrénées-Atlantiques et le sud des Landes.

en Nouvelle-Aquitaine par départements

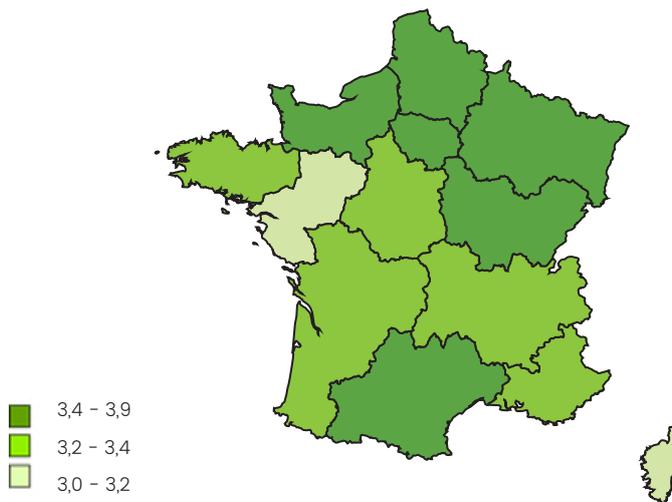


La mortalité infantile

Environ 200 décès chaque année d'enfants de moins d'un an en Nouvelle-Aquitaine

Taux standardisés de mortalité infantile en 2005-2014
(pour 1 000 naissances vivantes)

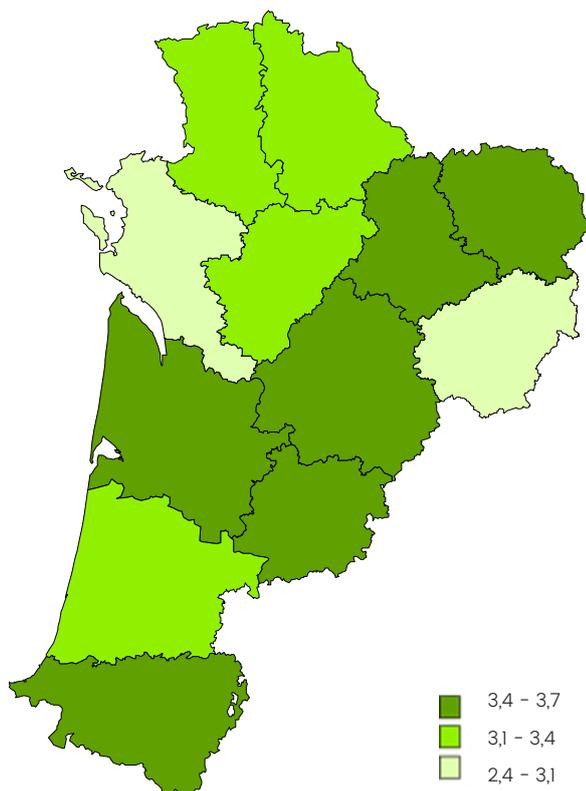
en France par régions



UN TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE PROCHE DE CELUI DE LA FRANCE HEXAGONALE

194 décès d'enfants de moins d'un an surviennent chaque année en moyenne en Nouvelle-Aquitaine sur la période 2005-2014. Avec un taux de mortalité de 3,3 décès pour 1 000 naissances vivantes (3,5 pour 1000 au niveau national), la région se situe au 7^e rang des 13 régions françaises.

en Nouvelle-Aquitaine par départements



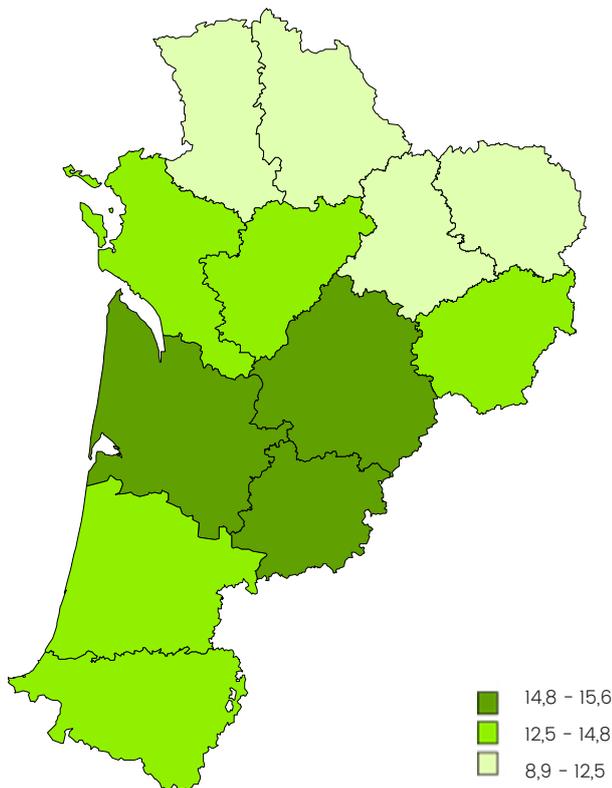
Au sein de la Nouvelle-Aquitaine, le taux départemental varie de 2,4 à 3,7 pour 1 000, soit selon un rapport de 1,5. Les taux les plus faibles sont observés en Charente-Maritime et en Corrèze ; les plus élevés en Dordogne, Lot-et-Garonne et Haute-Vienne.

Les interruptions volontaires de grossesse

Environ 16 000 interruptions volontaires de grossesse réalisées en Nouvelle-Aquitaine en 2016

Taux d'interruptions volontaires de grossesse en 2016
(pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans)

en Nouvelle-Aquitaine par départements



UN TAUX DE RECOURS À L'IVG DE 13,2 % EN NOUVELLE-AQUITAINE

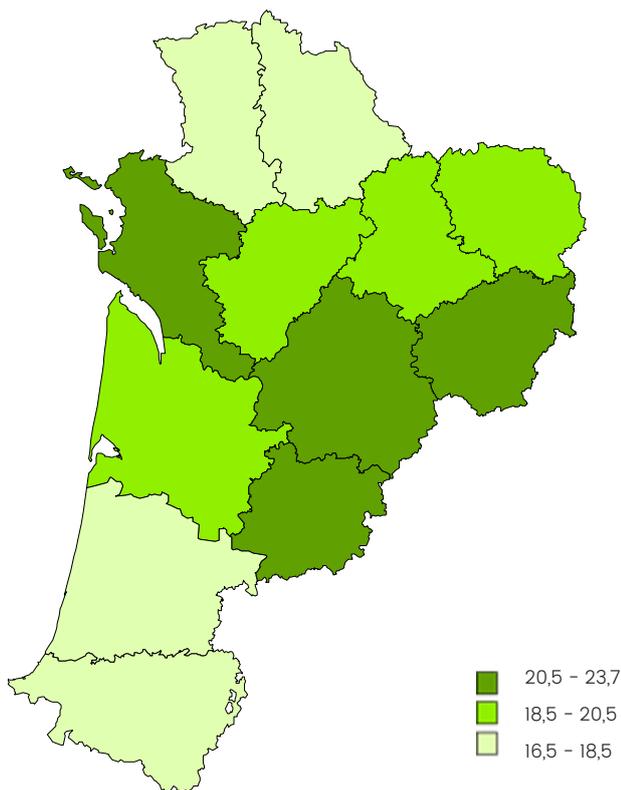
16 032 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été pratiquées en Nouvelle-Aquitaine en 2016, soit un taux de recours à l'IVG de 13,2 pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans. Plus de 8 IVG sur 10 sont réalisées à l'hôpital. Au sein de la Nouvelle-Aquitaine, le taux de recours à l'IVG varie presque du simple au double : de 8,9 % à 15,6 %, soit un rapport de 1,7. Les taux les plus faibles sont observés en Creuse et dans les Deux-Sèvres ; les plus élevés en Gironde, en Dordogne et dans le Lot-et-Garonne. En 2016, on dénombre 13,9 IVG pour 1 000 femmes de 15-49 ans en métropole.

Les accouchements par césarienne

Environ 10 300 accouchements par césarienne en Nouvelle-Aquitaine en 2016

Taux d'accouchements par césarienne en 2016
(pour 100 accouchements)

en Nouvelle-Aquitaine par départements



PRÈS D'UN ACCOUCHEMENT SUR CINQ PAR CÉSARIENNE DANS LA RÉGION

En 2016, 55 154 accouchements ont eu lieu en Nouvelle-Aquitaine. 18,7 % de ces accouchements ont eu lieu par césarienne, soit près d'un accouchement sur 5. Ce taux est inférieur à celui observé au niveau national (20,1 %).

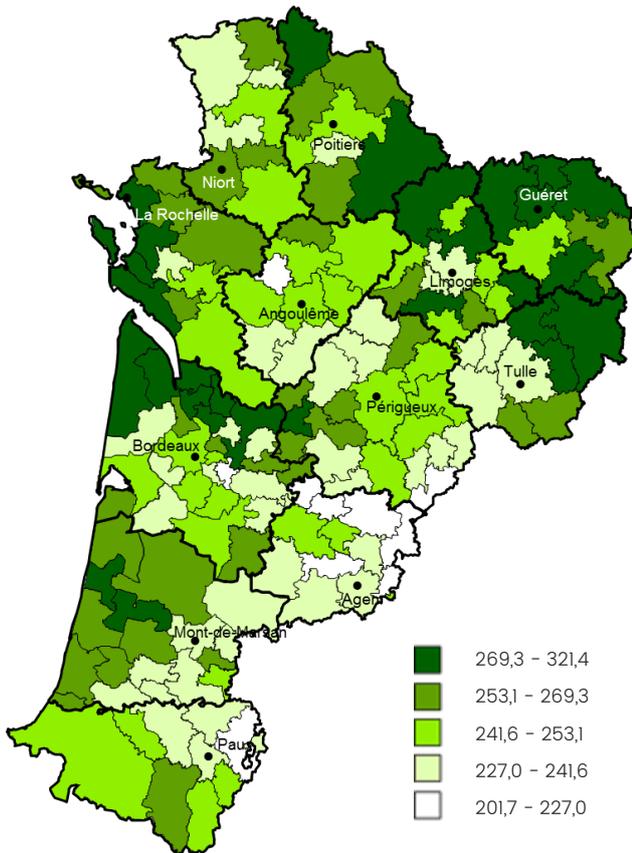
Au sein de la région, le taux de césariennes varie fortement selon le lieu d'accouchement : de 16,5 % en Vienne à 23,7 % en Corrèze.

La mortalité par cancer

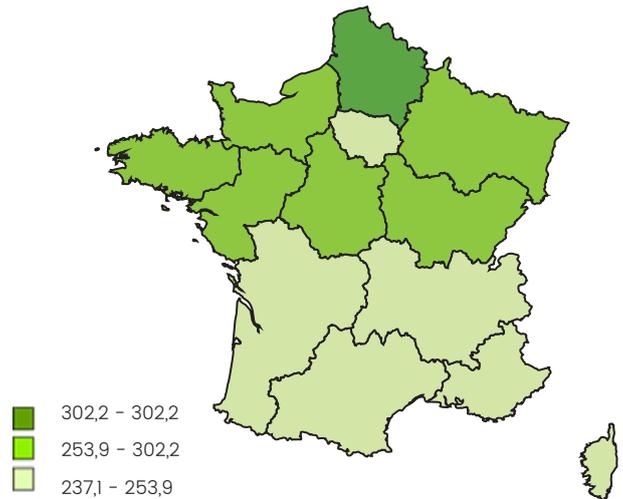
Environ 16 100 décès par cancer en Nouvelle-Aquitaine chaque année

Taux standardisés de mortalité par cancer en 2005-2014 (pour 100 000 habitants)

en Nouvelle-Aquitaine par EPCI



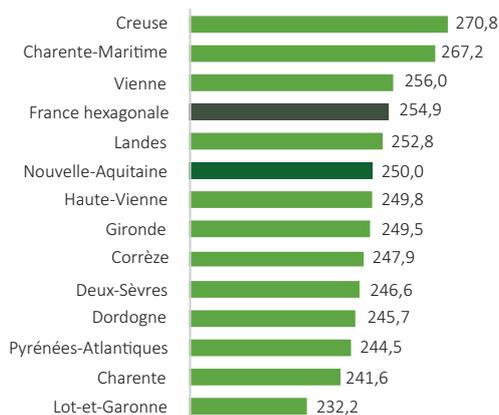
en France par régions



UNE SOUS-MORTALITÉ PAR RAPPORT AU NIVEAU NATIONAL...

Plus d'un décès sur quatre survenus durant la période 2005-2014 en Nouvelle-Aquitaine est un décès par cancer. Le taux standardisé de mortalité par cancer s'élève à 250 décès pour 100 000 habitants, soit un taux inférieur à celui observé au niveau national (255). La Nouvelle-Aquitaine se place au 8^e rang des 13 régions françaises.

en Nouvelle-Aquitaine par départements



... MAIS UNE SURMORTALITÉ EN CHARENTE-MARITIME ET CREUSE

Huit des 12 départements de la région présentent une sous-mortalité par cancer par rapport au niveau national. La situation est moins favorable en Charente-Maritime et en Creuse.

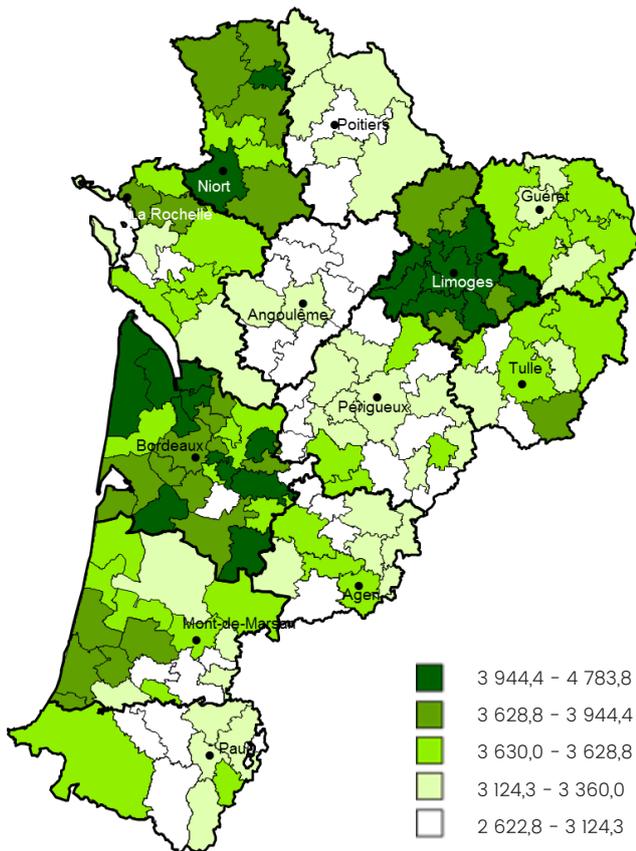
À l'échelle infra-départementale, les taux de mortalité les plus forts sont relevés principalement au nord-est de la région Nouvelle-Aquitaine (Creuse, Haute-Corrèze, Haut-Limousin, Montmorillonnais) ainsi qu'autour de l'estuaire de la Gironde. À l'inverse, des taux plus favorables sont observés sur des territoires situés sur la bordure sud-est de la région et dans une grande partie de Lot-et-Garonne.

La prévalence des ALD pour cancer

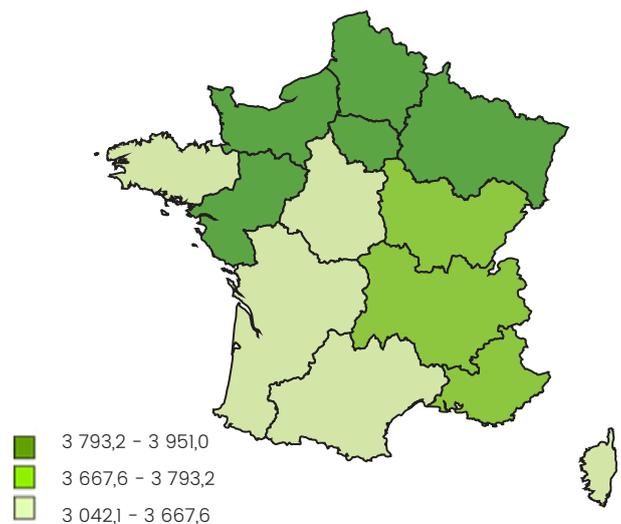
Une prévalence en ALD pour cancer inférieure à la moyenne nationale

Taux standardisés de prévalence des ALD pour cancer en 2014 (pour 100 000 habitants)

en Nouvelle-Aquitaine par EPCI



en France par régions



EN 2014, PRÈS DE 229 000 NÉO-AQUITAINS DÉCLARÉS EN AFFECTION DE LONGUE DURÉE POUR CANCER

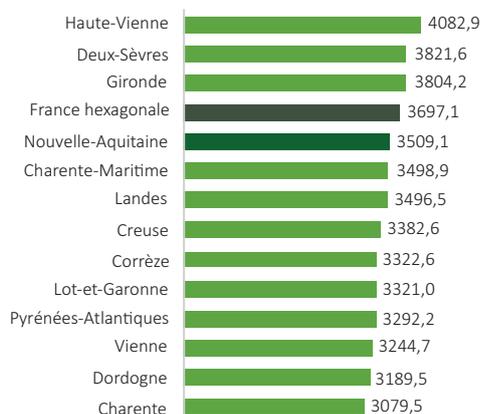
Le taux standardisé de prévalence en ALD pour cancer s'élève à 3 509 bénéficiaires pour 100 000 habitants en Nouvelle-Aquitaine. Il est inférieur au taux national. La région se situe au 11^e rang des 13 régions françaises (seules la Corse et l'Occitanie possèdent un taux inférieur à la Nouvelle-Aquitaine).

DE FORTES DISPARITÉS INFRA-RÉGIONALES

Neuf des douze départements de la région présentent un taux de prévalence en ALD pour cancer inférieur à la moyenne nationale. La Gironde, les Deux-Sèvres et la Haute-Vienne ont, au contraire, une prévalence plus élevée.

Les disparités sont importantes à l'échelle infra-départementale. La quasi-totalité des territoires de la Charente, de la Vienne et, dans une moindre mesure, de la Dordogne et des Pyrénées-Atlantiques sont en situation relativement favorable par rapport à la moyenne nationale. En revanche, les territoires de Haute-Vienne et une majorité de la Gironde présentent des taux de prévalence en ALD pour cancer plus élevés.

en Nouvelle-Aquitaine par départements

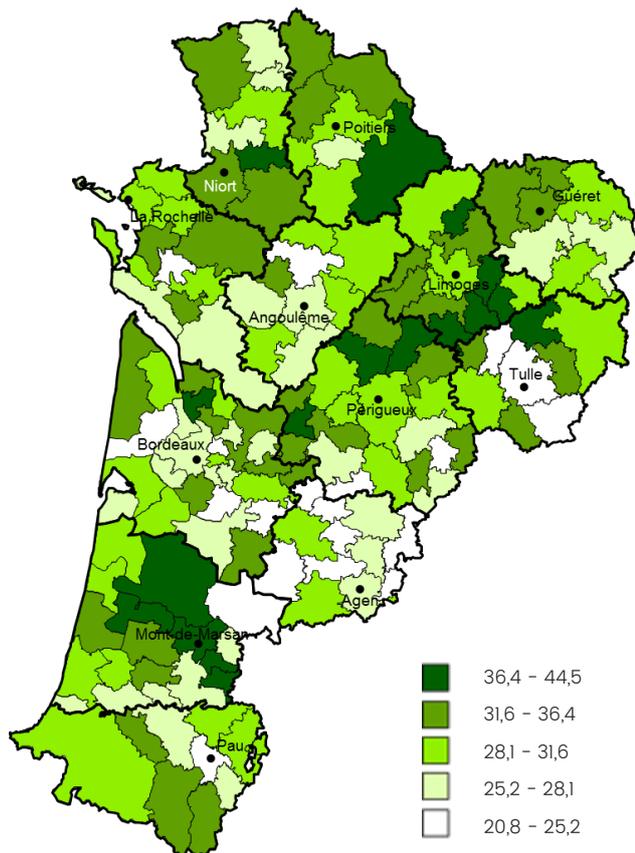


La mortalité par cancer du côlon et du rectum

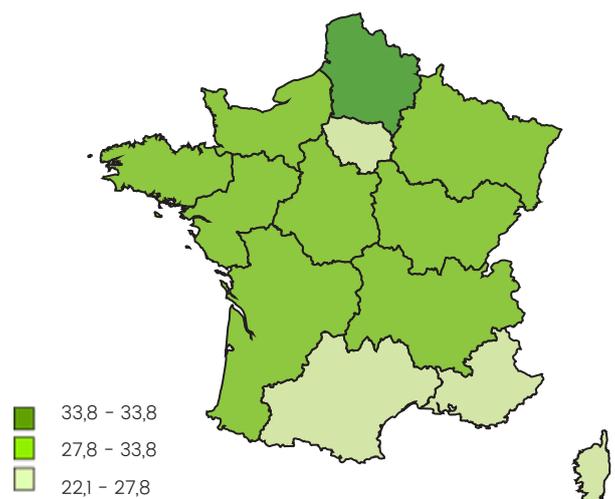
Environ 1 900 décès par cancer du côlon-rectum chaque année en Nouvelle-Aquitaine

Taux standardisés de mortalité par cancer du côlon-rectum en 2005-2014 (pour 100 000 habitants)

en Nouvelle-Aquitaine par EPCI



en France par régions



UNE RÉGION QUI PRÉSENTE UNE SURMORTALITÉ PAR RAPPORT À LA FRANCE HEXAGONALE...

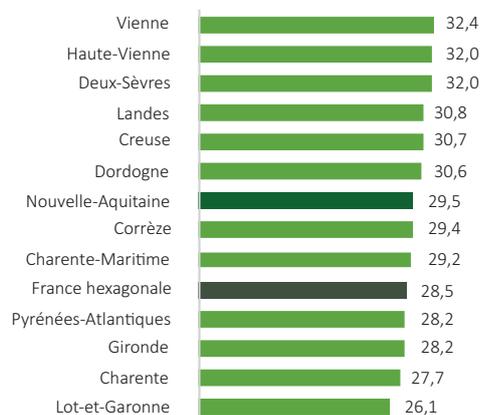
1 923 décès par cancer du côlon-rectum sont déclarés chaque année en moyenne en Nouvelle-Aquitaine sur la période 2005-2014. Avec un taux standardisé de mortalité qui s'élève à 29,5 décès pour 100 000 habitants, la région est au 5^e rang des 13 régions françaises avec un taux supérieur au niveau national (28,5).

UNE SITUATION RETROUVÉE DANS CERTAINS DÉPARTEMENTS NÉO-AQUITAINS

Cinq départements présentent une surmortalité par cancer du côlon-rectum : la Dordogne, les Landes, les Deux-Sèvres, la Haute-Vienne et la Vienne. Les trois derniers figurent parmi les 10 taux départementaux les plus élevés de France. À l'inverse, le Lot-et-Garonne est le seul département de la région à afficher une sous-mortalité par rapport au taux national.

Les écarts sont importants à l'échelle infra-départementale puisque les taux de mortalité varient de 20,8 à 44,5 décès pour 100 000, soit du simple au double.

en Nouvelle-Aquitaine par départements

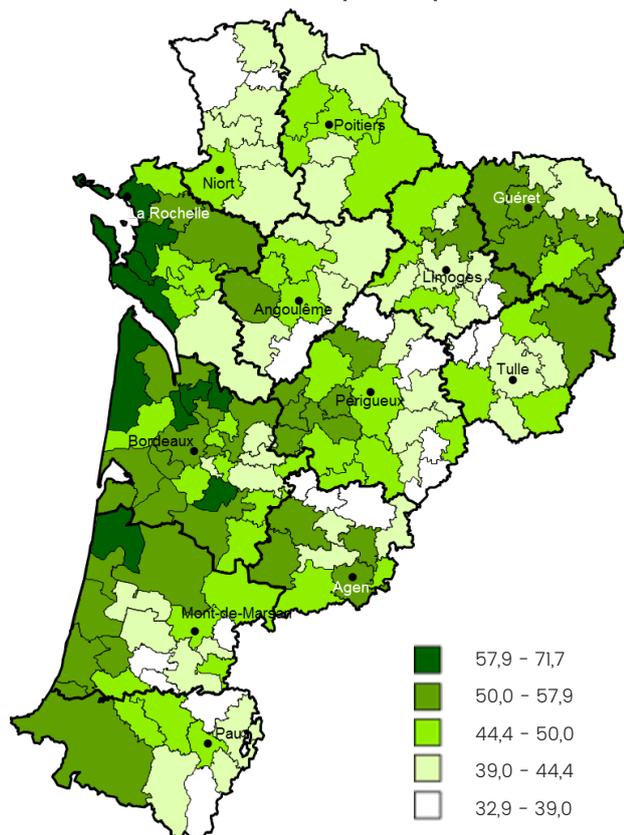


La mortalité par cancers de la trachée, des bronches et du poumon

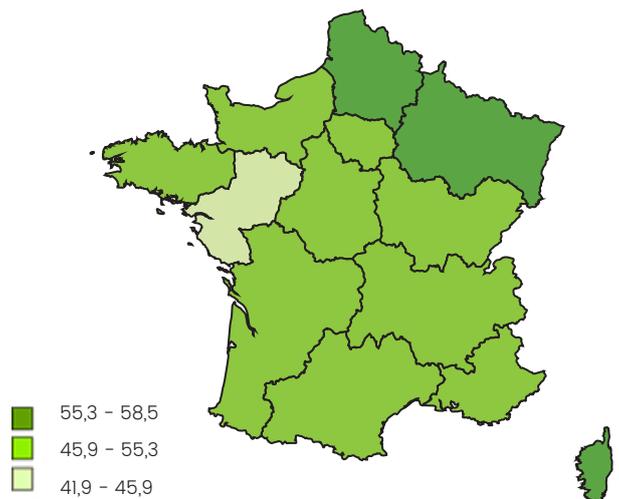
3 100 décès par cancers de la trachée, des bronches et du poumon chaque année en Nouvelle-Aquitaine

Taux standardisés de mortalité par cancers de la trachée, des bronches et du poumon en 2005-2014
(pour 100 000 habitants)

en Nouvelle-Aquitaine par EPCI



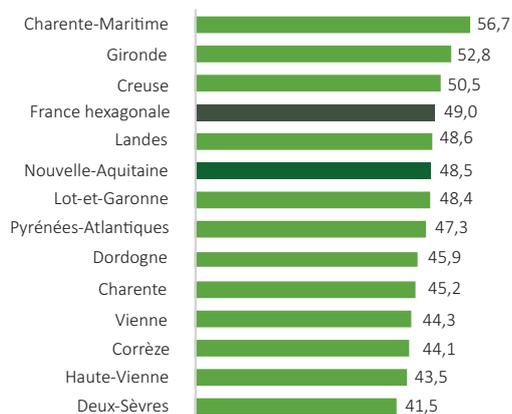
en France par régions



UNE MORTALITÉ RÉGIONALE PROCHE DU NIVEAU NATIONAL

Avec 3 072 décès par cancers de la trachée, des bronches et du poumon chaque année en moyenne, la Nouvelle-Aquitaine possède un taux standardisé de mortalité qui s'élève à 48,5 décès pour 100 000 habitants. Ce taux est proche de celui observé au niveau national (49,0) et place la région au 7^e rang des 13 régions françaises.

en Nouvelle-Aquitaine par départements



MAIS DES ÉCARTS ENTRE LES DÉPARTEMENTS ET LES TERRITOIRES

Sept départements de la région affichent une sous-mortalité par rapport au niveau national : les Pyrénées-Atlantiques, la Dordogne, la Charente, la Vienne, la Corrèze, la Haute-Vienne et les Deux-Sèvres (7^e taux le plus bas des départements français). À l'inverse, deux départements présentent une surmortalité : la Gironde et la Charente-Maritime.

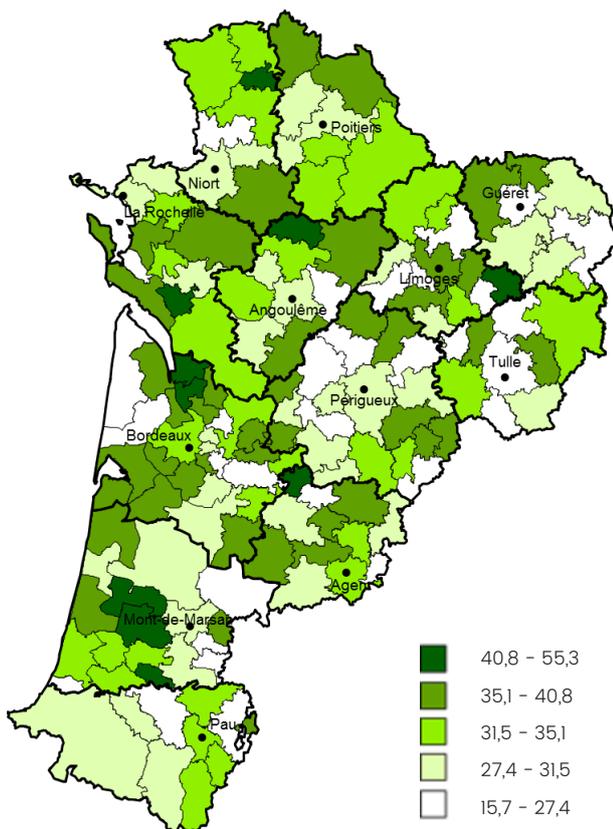
À l'échelle infra-départementale, 9 des 10 taux les plus élevés appartiennent à des territoires de la Gironde (Nord Gironde, Estuaire, Médoc) ou de la côte de Charente-Maritime (La Rochelle, Oléron, Ré, Rochefort...).

La mortalité par cancer du sein chez la femme

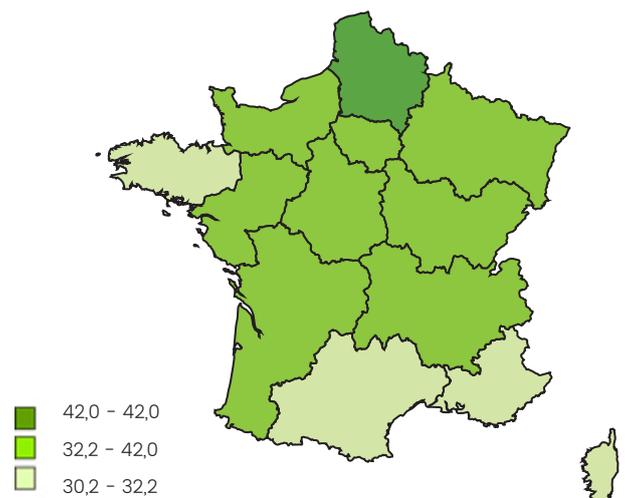
Une sous-mortalité par cancer du sein chez la femme en Nouvelle-Aquitaine

Taux standardisés de mortalité par cancer du sein en 2005-2014 (pour 100 000 habitants)

en Nouvelle-Aquitaine par EPCI



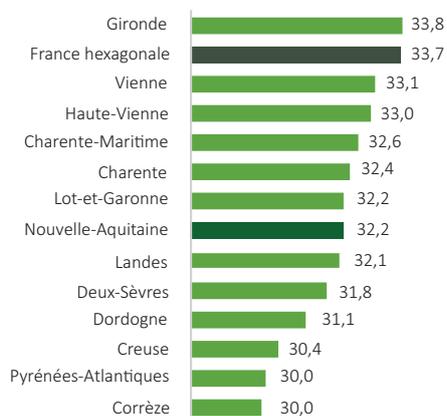
en France par régions



UN TAUX DE MORTALITÉ INFÉRIEUR AU TAUX NATIONAL

1 162 femmes décèdent chaque année d'un cancer du sein en Nouvelle-Aquitaine. Avec un taux standardisé de mortalité qui s'élève à 32,2 décès pour 100 000 habitantes, la région se place au 9^e rang des 13 régions française (taux national : 33,7).

en Nouvelle-Aquitaine par départements



TROIS DÉPARTEMENTS PRÉSENTENT UNE NETTE SOUS-MORTALITÉ

Une sous-mortalité par cancer du sein chez la femme est observée en Dordogne, dans les Pyrénées-Atlantiques (10^e département français avec le taux le plus bas) et en Corrèze (9^e taux le plus bas). Les autres départements affichent un taux de mortalité proche de celui de la France hexagonale.

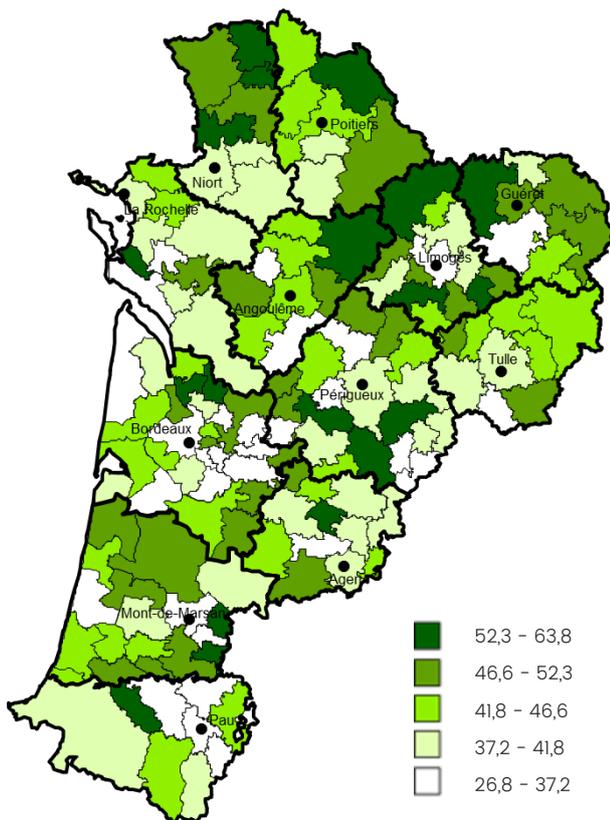
Selon les territoires, le taux standardisé de mortalité varie dans un rapport de 1 à 3,5, variant de 15,7 à 55,3 décès pour 100 000 habitantes.

La mortalité par cancer de la prostate

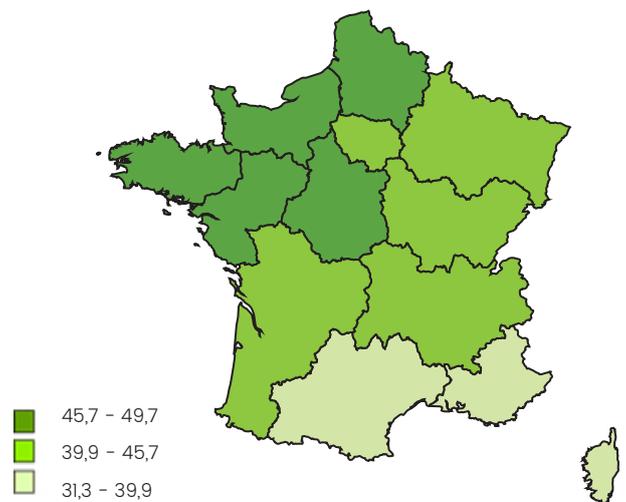
Une sous-mortalité régionale par cancer de la prostate en Nouvelle-Aquitaine

Taux standardisés de mortalité par cancer de la prostate en 2005-2014 (pour 100 000 habitants)

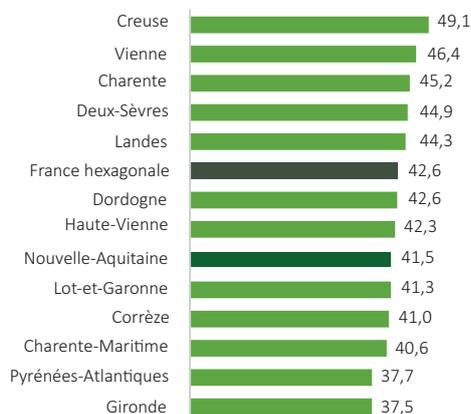
en Nouvelle-Aquitaine par EPCI



en France par régions



en Nouvelle-Aquitaine par départements



UN TAUX DE MORTALITÉ INFÉRIEUR AU TAUX NATIONAL

On compte environ 1 000 décès par cancer de la prostate chaque année en moyenne en Nouvelle-Aquitaine. Avec un taux standardisé de mortalité de 42 décès pour 100 000 habitants, la région se place au 9^e rang des 13 régions françaises (taux national = 43).

MAIS UNE SITUATION MOINS FAVORABLE EN CREUSE ET EN VIENNE

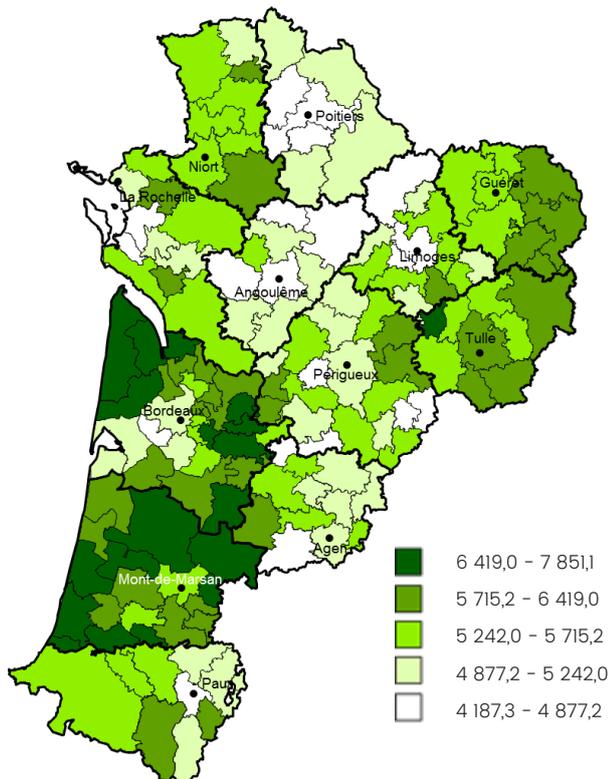
Une surmortalité par cancer de la prostate est observée dans deux départements de Nouvelle-Aquitaine : la Vienne et la Creuse. En revanche, les Pyrénées-Atlantiques et la Gironde affichent une sous-mortalité par rapport au niveau national. Globalement, les territoires les plus urbanisés présentent des taux plus faibles.

La prévalence des maladies cardio-vasculaires

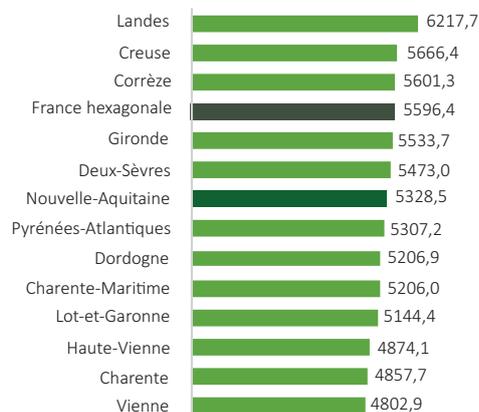
Une prévalence en ALD pour maladies cardiovasculaires inférieure à la plupart des autres régions françaises

Taux standardisés de prévalence des ALD pour maladies cardiovasculaires en 2014 (pour 100 000 habitants)

en Nouvelle-Aquitaine par EPCI



en Nouvelle-Aquitaine par départements



LA PLUS FAIBLE PRÉVALENCE EN ALD APRÈS L'ÎLE-DE-FRANCE

En 2014, 358 266 personnes sont prises en charge en ALD pour une maladie de l'appareil circulatoire en Nouvelle-Aquitaine. Avec un taux standardisé de 5 329 bénéficiaires pour 100 000 habitants, la région se situe au 12^e rang des 13 régions françaises, derrière l'Île-de-France, avec un taux inférieur à celui observé au niveau national (5 596).

MAIS DES ÉCARTS AU NIVEAU DES TERRITOIRES

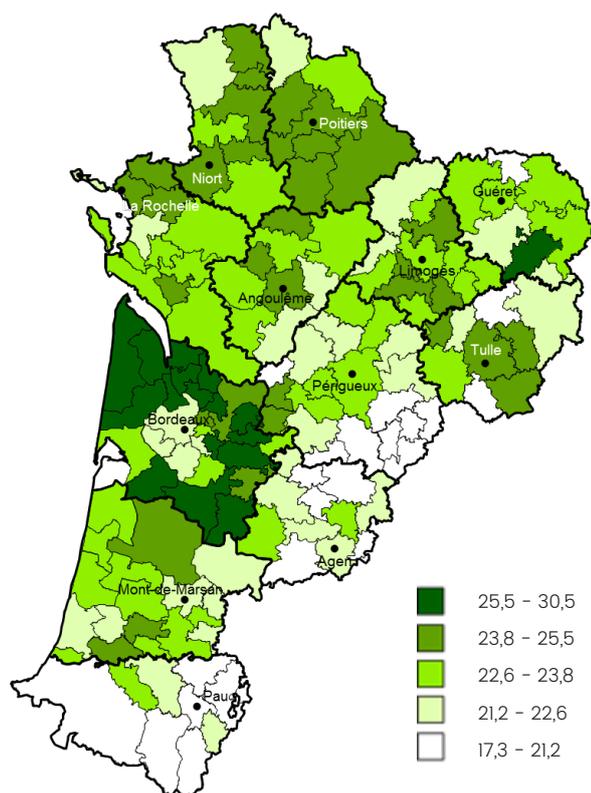
Au sein de la région, 9 départements présentent une prévalence inférieure au taux national. La prévalence est plus élevée dans les Landes où le taux est supérieur à la moyenne hexagonale.

À l'échelle infra-départementale, les prévalences les plus basses se situent dans certains territoires urbains comme Limoges, Poitiers, Angoulême ou Pau. Les taux les plus élevés concernent des territoires des Landes et de Gironde (Médoc).

La prévalence des maladies cardio-vasculaires

Taux standardisés de bénéficiaires d'au moins un remboursement d'antihypertenseurs en 2016 (pour 100 habitants)

en Nouvelle-Aquitaine par EPCI



12 % DES NÉO-AQUITAINS REMBOURSÉS POUR UN HYPOLIPÉMIANT EN 2016

689 687 assurés de Nouvelle-Aquitaine ont bénéficié en 2016 d'au moins un remboursement d'hypolipémiants. Le taux standardisé de prévalence est de 11,7 % et varie selon les départements : de 10,4 % en Lot-et-Garonne à 13,1 % dans les Deux-Sèvres.

À l'échelle infra-départementale, les taux de prévalence les plus élevés se situent dans le Médoc, le nord des Landes ou dans le pays Niortais. À l'inverse, des taux de remboursements relativement faibles se retrouvent dans le Périgord ou dans le nord de Lot-et-Garonne.

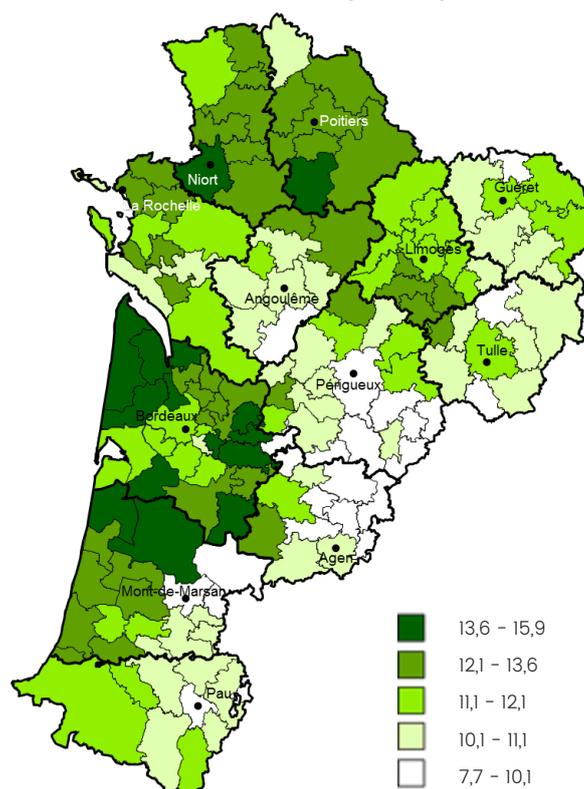
23 % DE NÉO-AQUITAINS REMBOURSÉS POUR UN ANTIHYPERTENSEUR EN 2016

1 363 474 assurés de Nouvelle-Aquitaine ont obtenu au moins un remboursement d'antihypertenseurs en 2016. Le taux standardisé de prévalence s'établit à 23,2 % dans la région et varie relativement peu selon les départements, de 21,1 % en Pyrénées-Atlantiques à 24,2% dans les Deux-Sèvres.

À l'échelle des territoires, des taux élevés sont observés en Gironde, sauf sur l'aire urbaine de Bordeaux. Une grande partie des territoires des Pyrénées-Atlantiques, de Lot-et-Garonne et du sud de la Dordogne possèdent, eux, les taux de bénéficiaires les plus faibles.

Taux standardisés de bénéficiaires d'au moins un remboursement d'hypolipémiants en 2016 (pour 100 habitants)

en Nouvelle-Aquitaine par EPCI



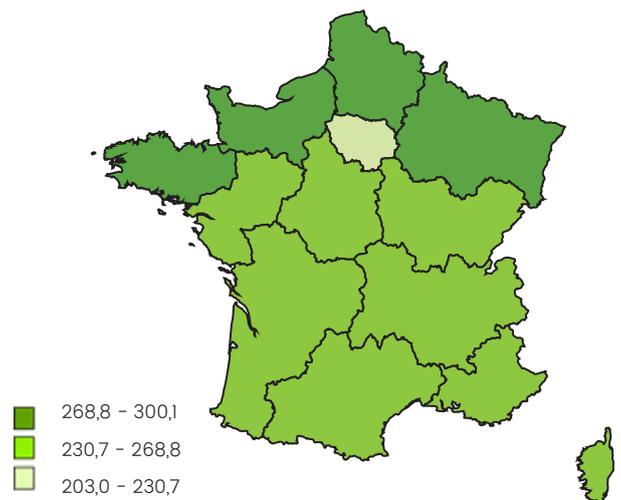
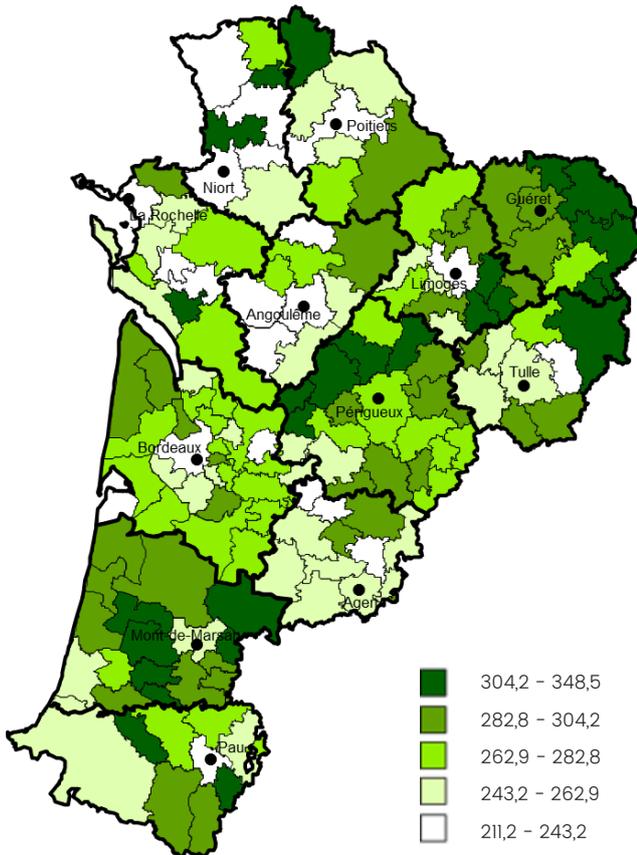
La mortalité par maladies cardiovasculaires

Une surmortalité par maladies cardiovasculaires en Nouvelle-Aquitaine

Taux standardisés de mortalité par maladies cardiovasculaires en 2005-2014 (pour 100 000 habitants)

en Nouvelle-Aquitaine par EPCI

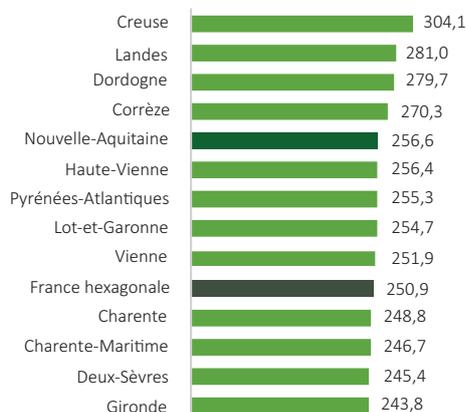
en France par régions



UNE SURMORTALITÉ PAR RAPPORT À LA FRANCE HEXAGONALE...

Avec 16 633 décès par maladies cardiovasculaires chaque année en moyenne en Nouvelle-Aquitaine, la région possède un taux standardisé de mortalité de 257 décès pour 100 000 habitants. Ce taux est supérieur au taux national (251) et situe la Nouvelle-Aquitaine au 6^e rang des 13 régions françaises.

en Nouvelle-Aquitaine par départements



UNE SITUATION QUI SE RETROUVE DANS LA MOITIÉ DES DÉPARTEMENTS

Cette surmortalité par maladies cardiovasculaires est observée dans six départements de la région : les Pyrénées-Atlantiques, la Haute-Vienne, la Corrèze, la Dordogne, les Landes et la Creuse. Ce dernier département possède d'ailleurs le deuxième taux départemental le plus élevé de France, derrière le Pas-de-Calais. La Charente-Maritime, les Deux-Sèvres et la Gironde sont au contraire en sous-mortalité par rapport au niveau national.

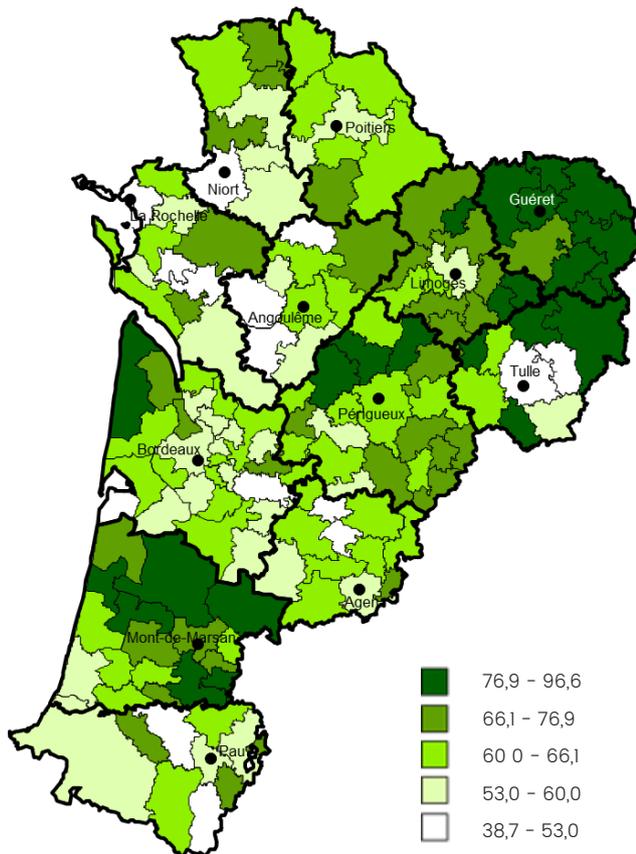
La plupart des pôles urbains semblent en situation plutôt favorable à l'exception de Guéret.

La mortalité par cardiopathies ischémiques

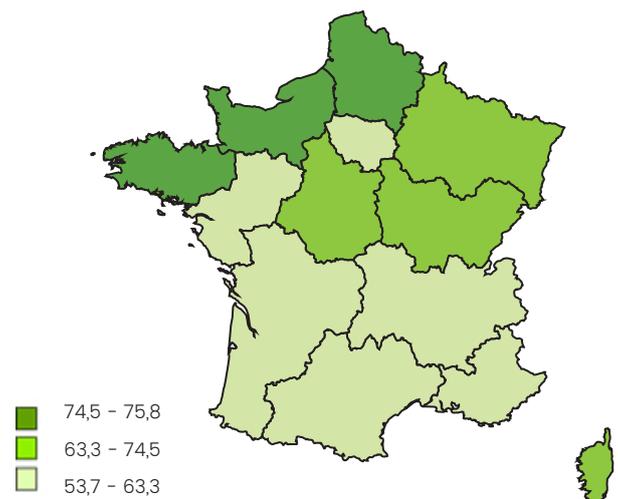
Un taux de mortalité par cardiopathies ischémiques inférieur au taux national

Taux standardisés de mortalité par cardiopathies ischémiques en 2005-2014 (pour 100 000 habitants)

en Nouvelle-Aquitaine par EPCI



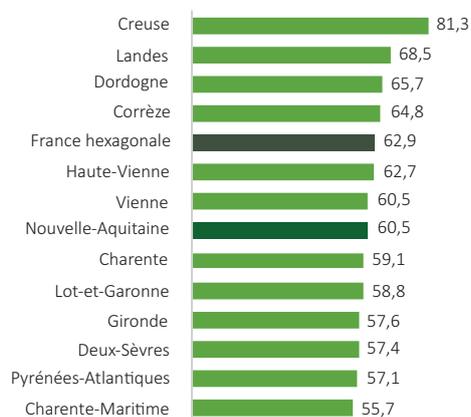
en France par régions



UNE SOUS-MORTALITÉ PAR RAPPORT À LA FRANCE HEXAGONALE

Chaque année en Nouvelle-Aquitaine, 3 926 décès par cardiopathies ischémiques surviennent en moyenne sur la période 2005-2014. La région se situe au 9^e rang des 13 régions françaises avec un taux standardisé de mortalité de 60 décès pour 100 000 habitants, taux inférieur au niveau national (63).

en Nouvelle-Aquitaine par départements



UNE SITUATION MOINS FAVORABLE EN CREUSE, EN DORDOGNE ET DANS LES LANDES

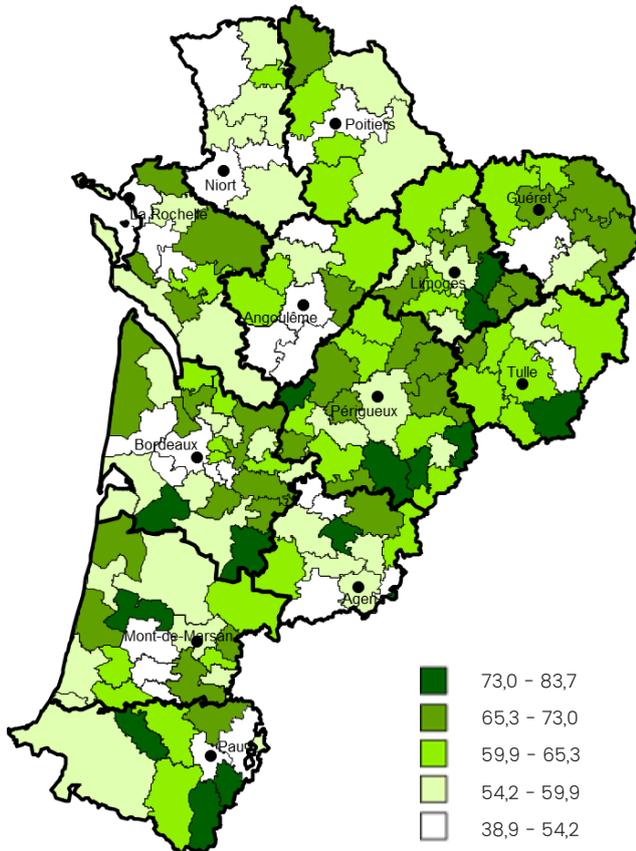
Si sept départements sont en sous-mortalité par cardiopathies ischémiques, la Dordogne, les Landes et la Creuse sont eux en situation défavorable, avec un taux de mortalité supérieur à celui de la France hexagonale. Les territoires les plus urbains sont en situation plus favorable (Tulle, Niort, La Rochelle), sauf Mont-de-Marsan et Guéret. Les taux les plus élevés se situent en Creuse, en Haute-Corrèze, dans le Médoc et une partie des territoires des Landes.

La mortalité par maladies vasculaires cérébrales

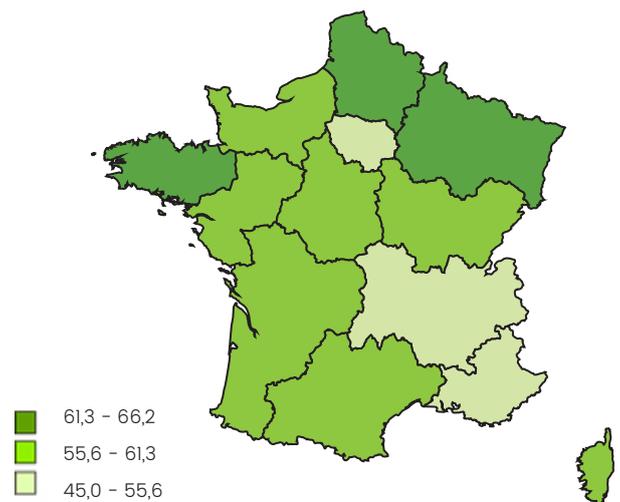
Une surmortalité par maladies vasculaires cérébrales

Taux standardisés de mortalité par maladies vasculaires cérébrales en 2005-2014 (pour 100 000 habitants)

en Nouvelle-Aquitaine par EPCI



en France par régions



UNE SURMORTALITÉ PAR RAPPORT À LA FRANCE HEXAGONALE...

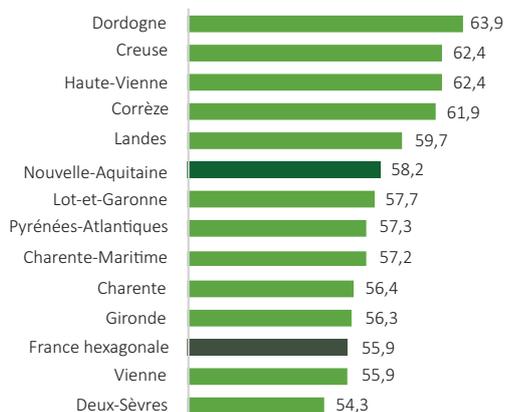
Chaque année, près de 3 800 décès par maladies vasculaires cérébrales surviennent en moyenne en Nouvelle-Aquitaine. La région possède un taux standardisé de mortalité de 58 décès pour 100 000 habitants, soit le 4^e taux régional le plus élevé de France (le taux le plus élevé est de 66,2 pour les Hauts-de-France). Une surmortalité est observée par rapport à la France hexagonale (56).

UNE SURMORTALITÉ DANS 5 DÉPARTEMENTS

Une surmortalité par maladies vasculaires cérébrales est observée dans cinq départements de la région : les Landes, la Corrèze, la Haute-Vienne, la Creuse et la Dordogne.

À l'échelle infra-départementale, les taux de mortalité varient du simple ou double selon les territoires. Les grandes villes ont des taux de mortalité relativement bas (Bordeaux, Pau, Angoulême, Niort, Poitiers) à l'exception de Guéret.

en Nouvelle-Aquitaine par départements

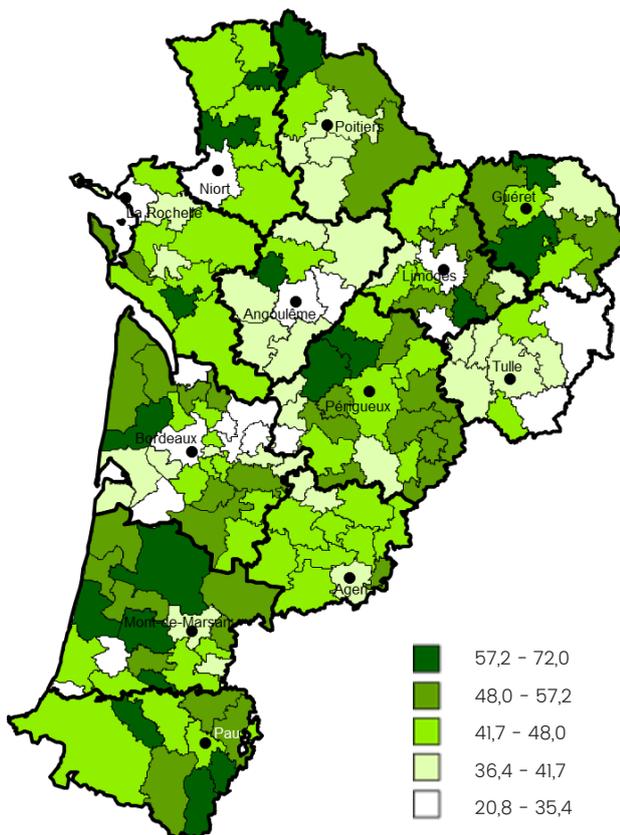


La mortalité par insuffisance cardiaque

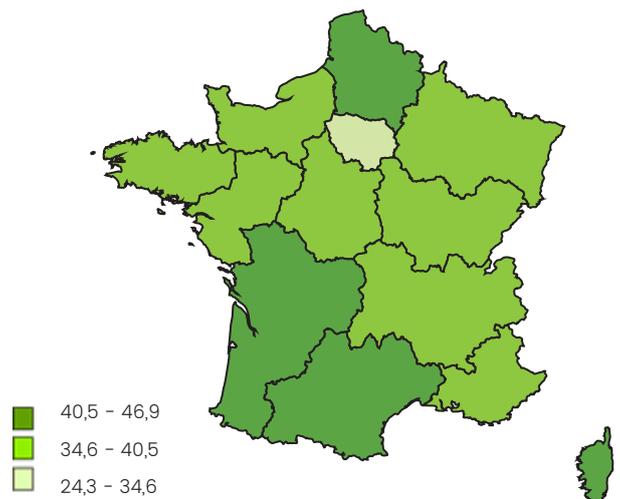
Une surmortalité par insuffisance cardiaque en Nouvelle-Aquitaine

Taux standardisés de mortalité par insuffisance cardiaque en 2005-2014 (pour 100 000 habitants)

en Nouvelle-Aquitaine par EPCI



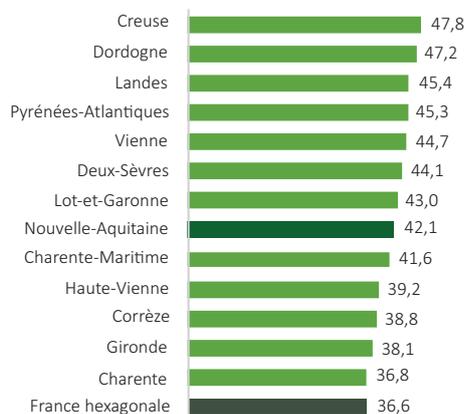
en France par régions



LE TROISIÈME TAUX DE MORTALITÉ LE PLUS ÉLEVÉ DES RÉGIONS FRANÇAISES

2 707 décès par insuffisance cardiaque sont relevés chaque année en moyenne en Nouvelle-Aquitaine sur la période 2005-2014. Le taux standardisé de mortalité est de 42 décès pour 100 000 habitants, le troisième plus élevé des régions françaises derrière la Corse et les Hauts-de-France.

en Nouvelle-Aquitaine par départements



UNE SURMORTALITÉ GLOBALEMENT SUR TOUT LE TERRITOIRE

À l'exception de la Charente, tous les départements présentent une surmortalité par insuffisance cardiaque par rapport au niveau national.

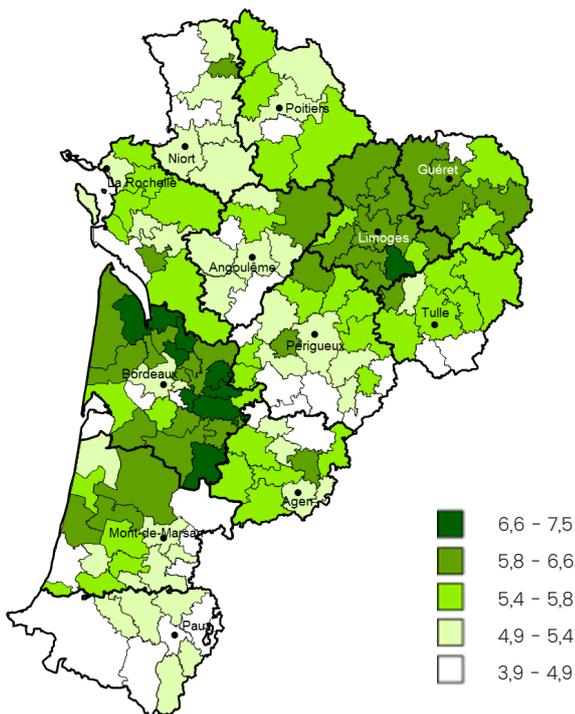
À l'échelle infra-départementale, des taux plus faibles sont observés sur une grande partie des pôles urbains : Bordeaux, Limoges, Angoulême, Niort, La Rochelle.

Le diabète, prise en charge et mortalité

Environ 5 % de la population de la région sont traités pour un diabète

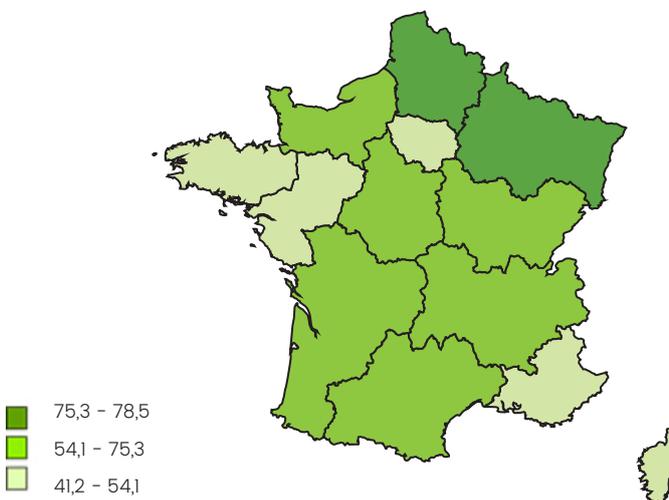
Taux standardisés de bénéficiaires d'au moins un remboursement d'antidiabétiques en 2016
(pour 100 habitants)

en Nouvelle-Aquitaine par EPCI



Taux standardisés de mortalité par diabète en 2014
(pour 100 000 habitants)

en France par régions



PLUS DE 300 000 PERSONNES TRAITÉES POUR DIABÈTE

En 2016, 317 274 néo-aquitains ont bénéficié d'au moins un remboursement d'antidiabétiques, soit un taux standardisé de prévalence de 5,4 %. Au niveau départemental, ce taux varie de 4,7 % en Pyrénées-Atlantiques à 6,2 % en Haute-Vienne.

Les taux de prévalence les plus forts sont relevés sur certains territoires situés en Gironde et en Haute-Vienne.

UNE SOUS-MORTALITÉ PAR RAPPORT À LA FRANCE HEXAGONALE

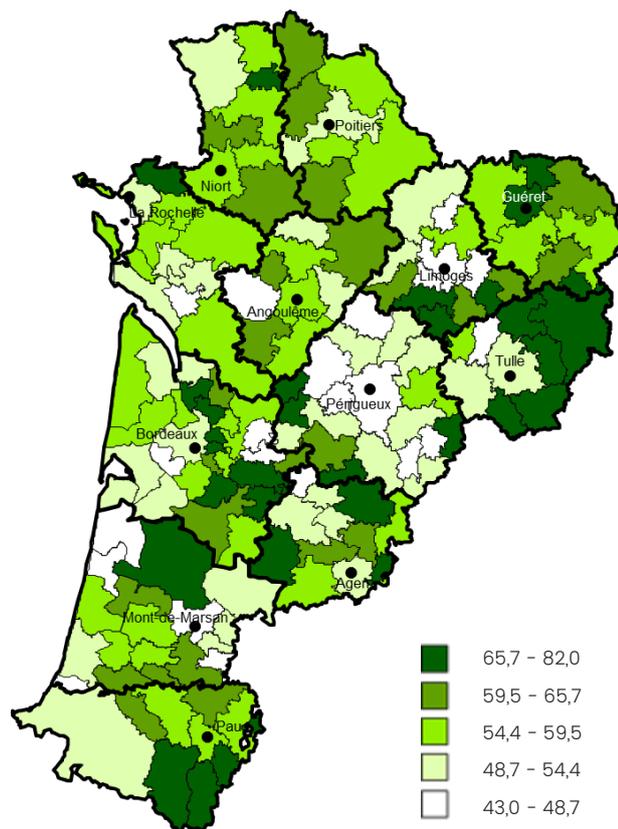
Sur la période 2005-2014, le diabète est responsable de 3 551 décès chaque année en moyenne en Nouvelle-Aquitaine. Avec un taux standardisé de mortalité de 54 décès pour 100 000 habitants, la région se situe au 8^e rang des 13 régions françaises avec un taux inférieur au niveau national (56).

La mortalité par maladies respiratoires

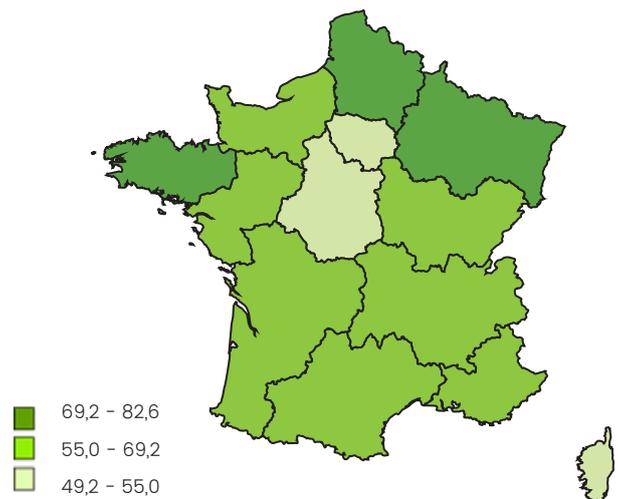
Une sous-mortalité par maladies de l'appareil respiratoire en Nouvelle-Aquitaine

Taux standardisés de mortalité par maladies respiratoires en 2005-2014 (pour 100 000 habitants)

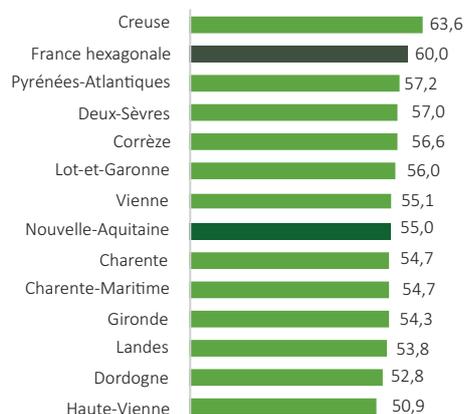
en Nouvelle-Aquitaine par EPCI



en France par régions



en Nouvelle-Aquitaine par départements



UNE SITUATION FAVORABLE PAR RAPPORT À LA MOYENNE NATIONALE

On relève 3 563 décès par maladies respiratoires chaque année en moyenne en Nouvelle-Aquitaine sur la période 2005-2014. Avec un taux standardisé de mortalité de 55 décès pour 100 000 habitants, la région se situe au 10^e rang des 13 régions françaises avec un taux inférieur au niveau national (60).

UNE SITUATION RETROUVÉE DANS LA QUASI-TOTALITÉ DES DÉPARTEMENTS

Tous les départements de Nouvelle-Aquitaine sont en sous-mortalité par maladies de l'appareil respiratoire à l'exception de la Creuse.

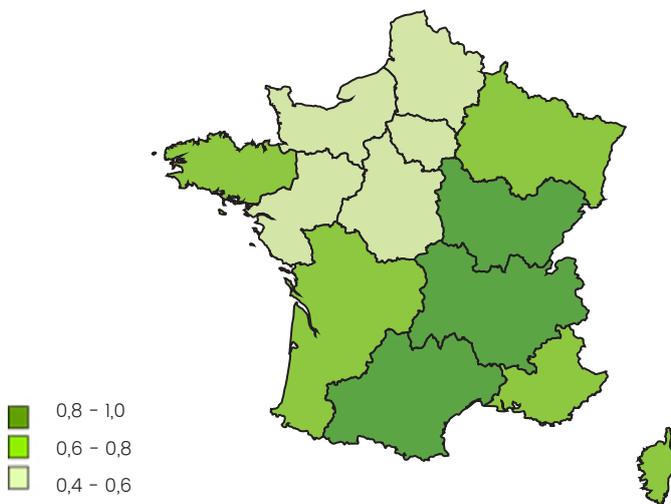
À l'échelle infra-départementale, les taux de mortalité varient presque du simple au double selon les territoires.

La mortalité par grippe

41 décès par grippe en Nouvelle-Aquitaine chaque année

Taux standardisés de mortalité par grippe en 2005-2014 (pour 100 000 habitants)

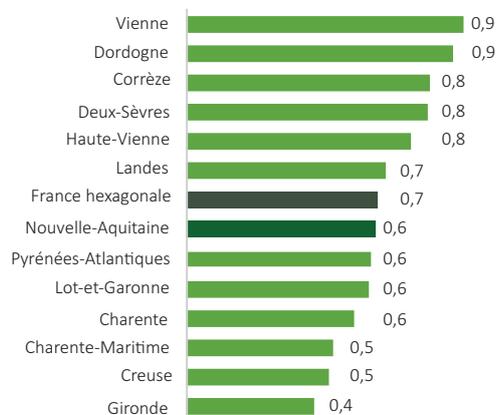
en France par régions



UNE MORTALITÉ RÉGIONALE COMPARABLE À CELLE DE LA FRANCE HEXAGONALE

En moyenne, 41 personnes décèdent chaque année de la grippe en Nouvelle-Aquitaine sur la période 2005-2014. Avec un taux standardisé de mortalité de 0,65 décès pour 100 000 habitants, la région se situe au 7^e rang des 13 régions françaises avec un taux de mortalité proche du niveau national.

en Nouvelle-Aquitaine par départements

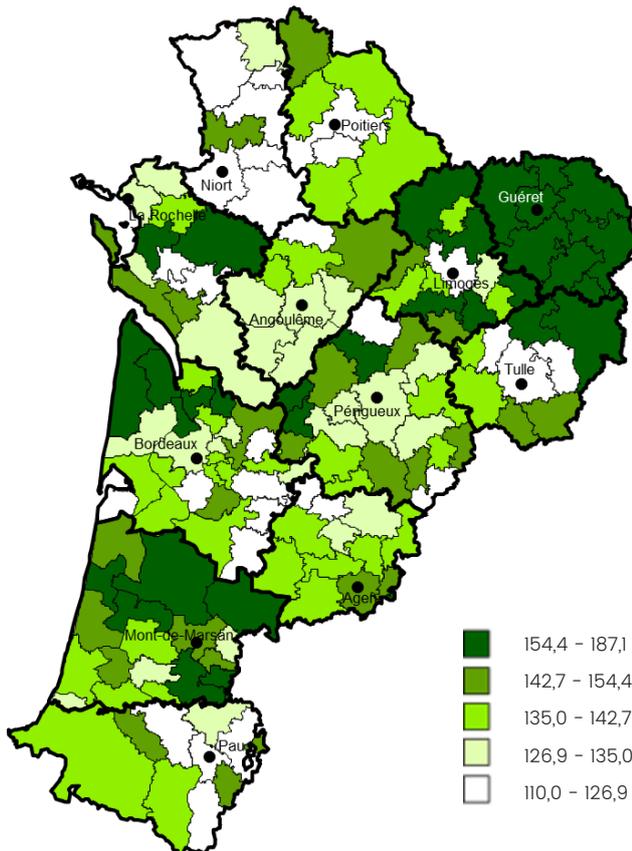


La mortalité par pathologies liées au tabac

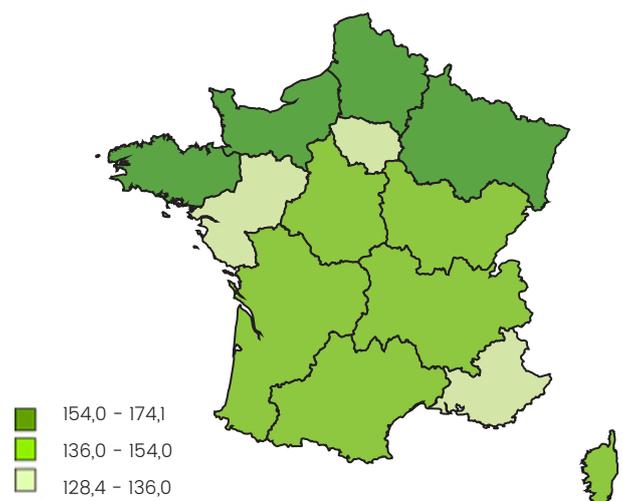
Une sous-mortalité par pathologies liées au tabac en Nouvelle-Aquitaine

Taux standardisés de mortalité par pathologies dont le tabac est un facteur de risque majeur en 2005-2014 (pour 100 000 habitants)

en Nouvelle-Aquitaine par EPCI



en France par régions



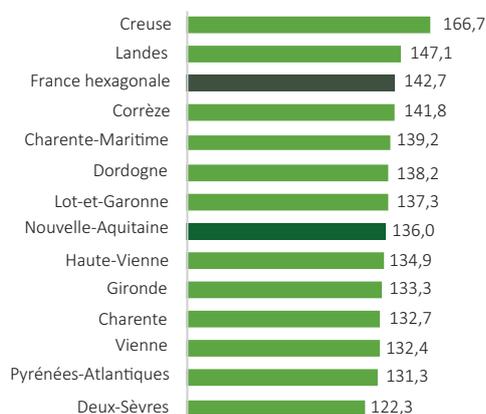
UNE SOUS-MORTALITÉ PAR RAPPORT À LA FRANCE HEXAGONALE...

8 764 décès par pathologies liées à la consommation de tabac (voir définition) surviennent en moyenne chaque année en Nouvelle-Aquitaine. Avec un taux standardisé de mortalité de 136 décès pour 100 000 habitants, la région se situe au 10^e rang des 13 régions françaises avec un taux inférieur au niveau national (143).

... MAIS UNE SITUATION MOINS FAVORABLE EN CREUSE ET DANS LES LANDES

Malgré une sous-mortalité majoritaire des territoires, des taux de mortalité importants sont enregistrés sur toute la Creuse, la Haute-Corrèze, le Haut-Limousin, le Médoc et une partie des Landes. À l'inverse, des taux relativement faibles sont observés dans certains territoires urbains : Limoges, Tulle, Poitiers, Niort ou Pau.

en Nouvelle-Aquitaine par départements

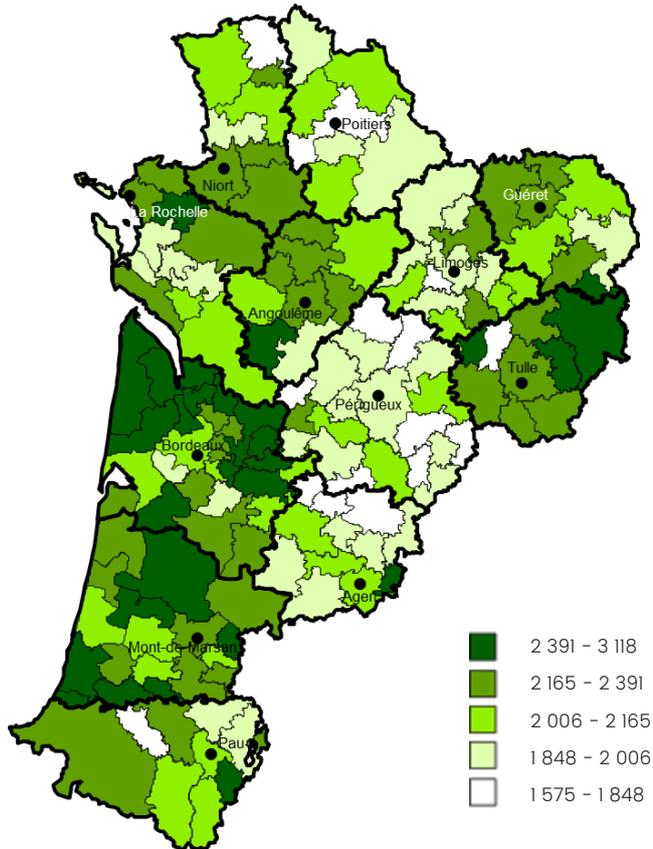


La prévalence des ALD pour pathologies liées au tabac

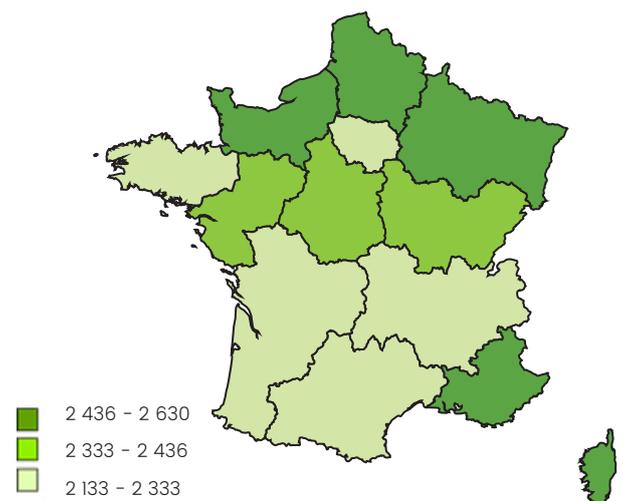
La plus faible prévalence des affections de longue durée en lien avec le tabac des régions françaises

Taux standardisés de prévalence des ALD pour pathologies dont le tabac est un facteur de risque majeur en 2014 (pour 100 000 habitants)

en Nouvelle-Aquitaine par EPCI



en France par régions



UNE SITUATION RÉGIONALE FAVORABLE

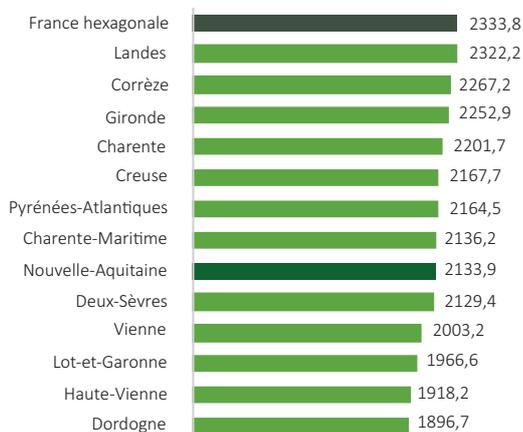
En 2014, 142 380 personnes bénéficient d'une prise en charge en ALD pour une pathologie liée à la consommation de tabac en Nouvelle-Aquitaine. Avec un taux standardisé de 2 134 bénéficiaires pour 100 000 habitants, la Nouvelle-Aquitaine possède le taux standardisé de prévalence le plus bas de France.

MAIS DES ÉCARTS IMPORTANTS SELON LES TERRITOIRES

La situation favorable se retrouve à l'échelle des départements puisque les 12 départements ont un taux standardisé de prévalence inférieur au taux national. La Dordogne, la Haute-Vienne et le Lot-et-Garonne sont parmi les 10 départements les moins touchés de France (respectivement au 3^e, 5^e et 8^e rang).

Toutefois, quelques territoires infra-départementaux sont en situation moins favorable (Haute-Corrèze, Landes) et 8 des 10 taux de prévalence les plus élevés sont des territoires de la Gironde.

en Nouvelle-Aquitaine par départements

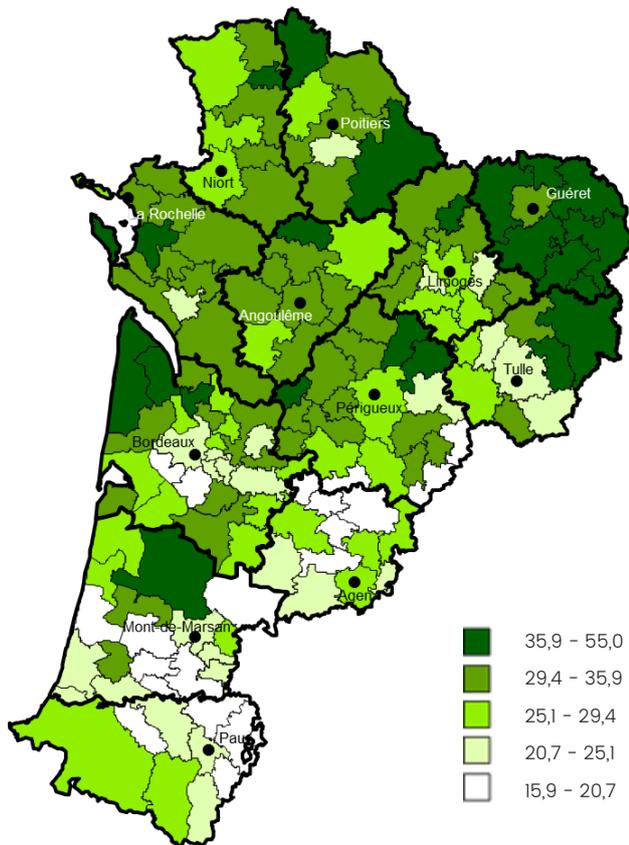


La mortalité par pathologies liées à l'alcool

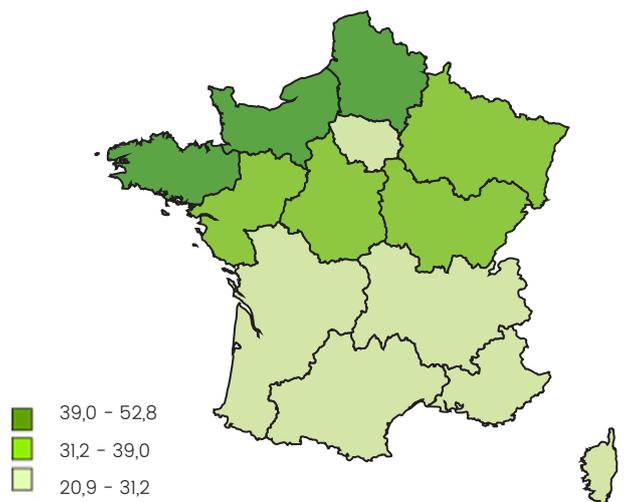
Une sous-mortalité par maladies liées à la consommation d'alcool en Nouvelle-Aquitaine

Taux standardisés de mortalité par pathologies dont l'alcool est un facteur de risque majeur en 2005-2014 (pour 100 000 habitants)

en Nouvelle-Aquitaine par EPCI



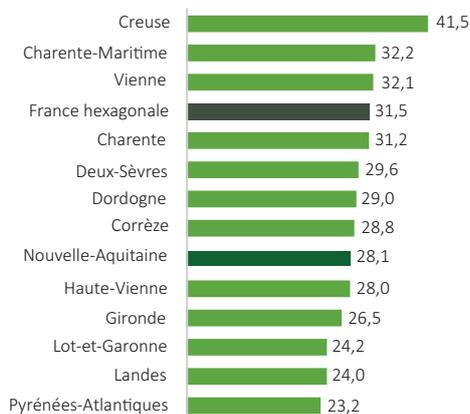
en France par régions



UNE SITUATION FAVORABLE PAR RAPPORT AU NIVEAU NATIONAL

Chaque année en Nouvelle-Aquitaine, 1 747 décès sont imputables à des pathologies liées à la consommation d'alcool (voir définition). Avec un taux standardisé de mortalité de 28 décès pour 100 000 habitants, la région se situe au 8^e rang des 13 régions françaises avec un taux inférieur au niveau national (31).

en Nouvelle-Aquitaine par départements



UNE SURMORTALITÉ EN CREUSE

Huit départements affichent un taux standardisé de mortalité inférieur à celui de la France hexagonale. La Creuse, au contraire, présente une surmortalité par rapport au niveau national avec un taux de 41,5 décès pour 100 000 habitants.

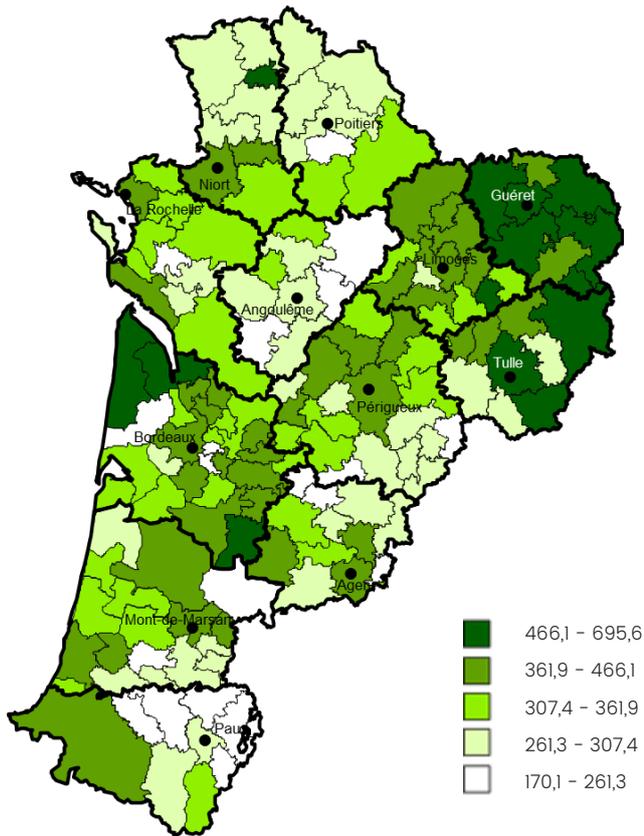
À l'échelle infra-départementale, les écarts sont importants, variant de 15,9 à 55,0 selon les territoires. Les territoires creusois sont en situation défavorable tout comme la Haute-Corrèze, le Médoc et le Périgord. À l'inverse, 4 des 5 territoires avec les taux les plus bas appartiennent au Lot-et-Garonne.

La prévalence des ALD pour pathologies liées à l'alcool

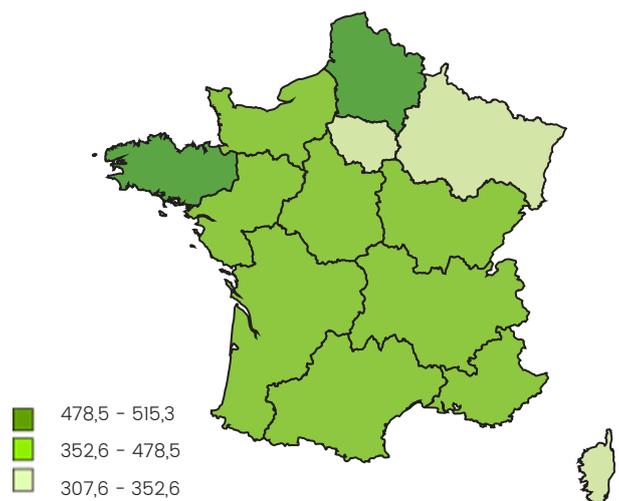
22 000 personnes en affection de longue durée pour une pathologie liée à la consommation d'alcool en Nouvelle-Aquitaine

Taux standardisés de prévalence des ALD pour pathologies dont l'alcool est un facteur de risque majeur en 2014 (pour 100 000 habitants)

en Nouvelle-Aquitaine par EPCI



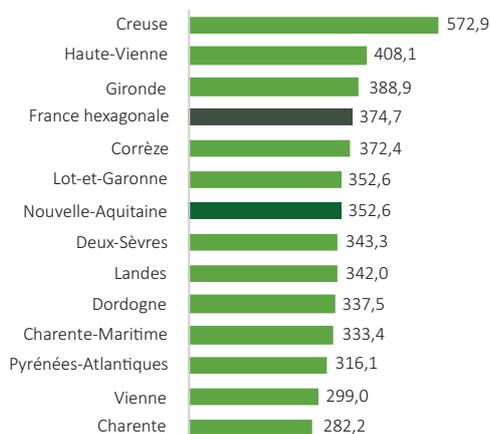
en France par régions



UN TAUX DE PRÉVALENCE INFÉRIEUR AU TAUX NATIONAL

Avec une prévalence de 22 034 personnes bénéficiant d'une ALD pour une pathologie liée à la consommation d'alcool en 2014, la Nouvelle-Aquitaine se situe au 10^e rang des 13 régions de la métropole. Le taux régional standardisé de 353 bénéficiaires pour 100 000 habitants est inférieur à celui observé au niveau national (375).

en Nouvelle-Aquitaine par départements



LA CREUSE : PLUS FORT TAUX DE PRÉVALENCE DÉPARTEMENTAL EN FRANCE EN 2014

Au sein de la région, les écarts sont importants. En effet, 3 départements ont une prévalence en ALD supérieure au niveau national : la Gironde, la Haute-Vienne et la Creuse, département français ayant le taux le plus élevé en 2014. À l'inverse, 8 départements ont une prévalence inférieure à la moyenne de la France hexagonale. La Vienne et la Charente font partie des 10 départements ayant les taux les plus bas de France (respectivement 9^e et 3^e rang sur 96 départements).

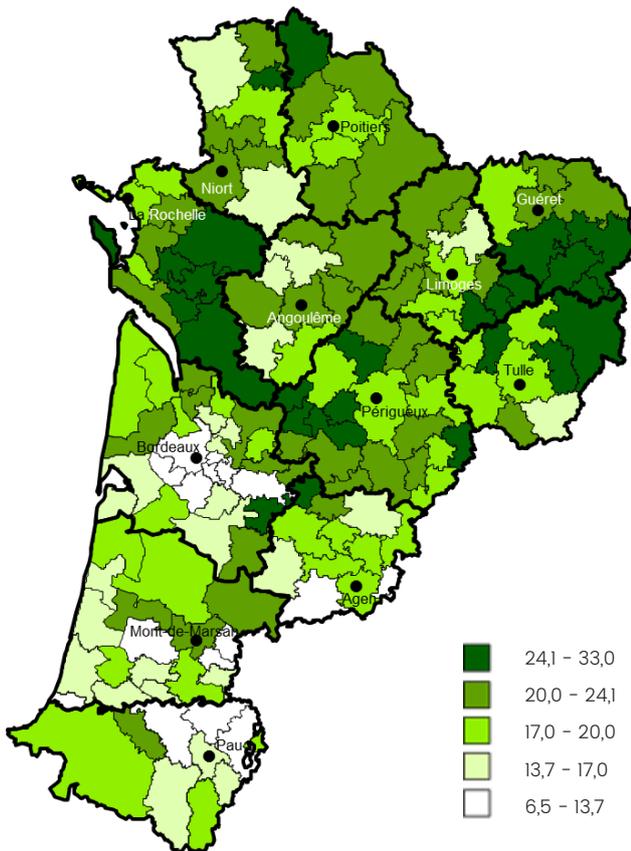
À l'échelle infra-départementale, les taux standardisés varient dans un rapport de 1 à 4. La Creuse, une partie de la Corrèze et le Médoc ont les taux les plus élevés.

La mortalité par suicide

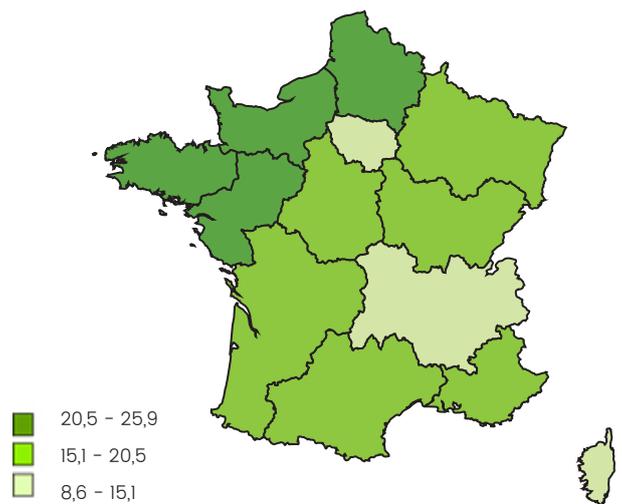
Une surmortalité par suicide en Nouvelle-Aquitaine

Taux standardisés de mortalité par suicide en 2005-2014 (pour 100 000 habitants)

en Nouvelle-Aquitaine par EPCI



en France par régions



ENVIRON 1 100 DÉCÈS PAR SUICIDE CHAQUE ANNÉE EN NOUVELLE-AQUITAINE

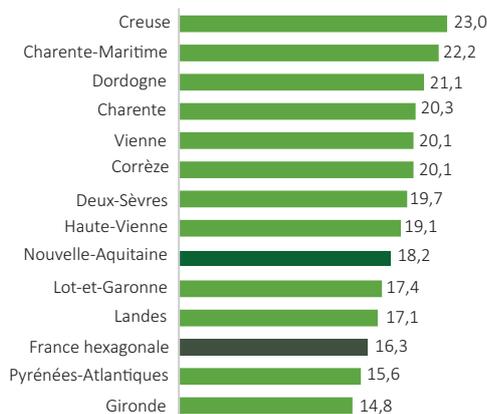
En moyenne, 1 103 décès par suicide ont été relevés chaque année en Nouvelle-Aquitaine sur la période 2005-2014. Avec un taux standardisé de mortalité par suicide de 18,2 décès pour 100 000 habitants, la région se place au 7^e rang des 13 régions françaises. Une surmortalité est observée par rapport au niveau national (16,3).

UNE SURMORTALITÉ PAR SUICIDE DANS 8 DES 12 DÉPARTEMENTS

Sur les 12 départements de la région, 8 sont marqués par une surmortalité par suicide par rapport à la moyenne de la France métropolitaine : la Haute-Vienne, les Deux-Sèvres, la Corrèze, la Vienne, la Charente, la Dordogne, la Charente-Maritime et la Creuse (10^e taux le plus élevé des départements français).

À l'échelle infra-départementale, les écarts sont très importants puisque les taux varient de 6,5 à 33,0, soit dans un rapport de 1 à 5. Des taux très élevés sont relevés en Haute-Corrèze, en Creuse et dans l'est de la Charente-Maritime. L'agglomération bordelaise et celle de Pau présentent des taux particulièrement faibles. Sur 10 territoires avec les taux les plus bas, 6 sont girondins.

en Nouvelle-Aquitaine par départements

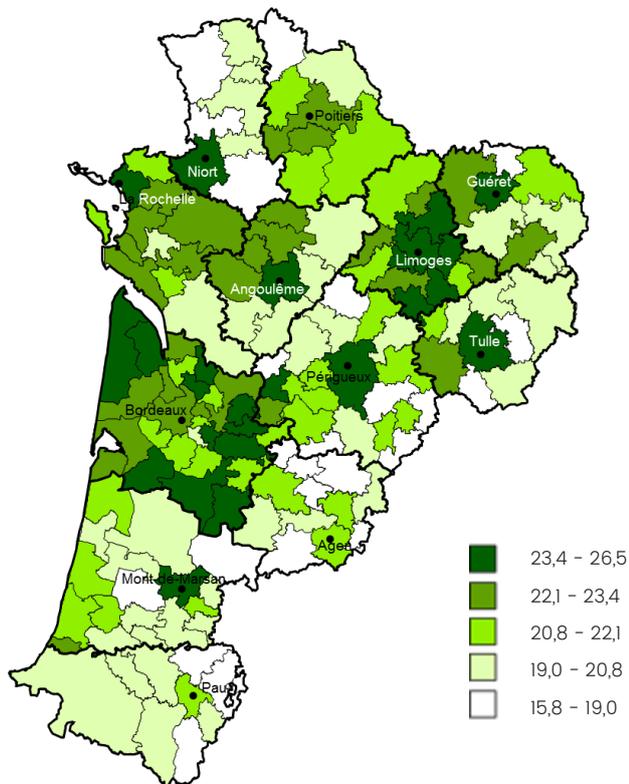


La consommation de psychotropes

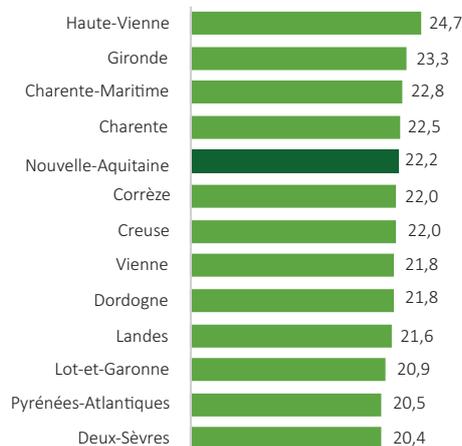
Plus d'un assuré sur cinq a bénéficié en 2016 d'au moins un remboursement de psychotropes en Nouvelle-Aquitaine

Taux standardisés de prévalence des bénéficiaires d'au moins un remboursement de psychotropes en 2016 (pour 100 habitants)

en Nouvelle-Aquitaine par EPCI



en Nouvelle-Aquitaine par départements



22 % DES NÉO-AQUITAINS REMBOURSÉS POUR UN PSYCHOTROPE EN 2016

1 303 235 assurés de Nouvelle-Aquitaine ont bénéficié d'au moins un remboursement de psychotropes en 2016. Le taux standardisé de prévalence s'établit à 22,2 % dans la région et varie au niveau départemental de 20,4 % dans les Deux-Sèvres à 24,7 % en Haute-Vienne.

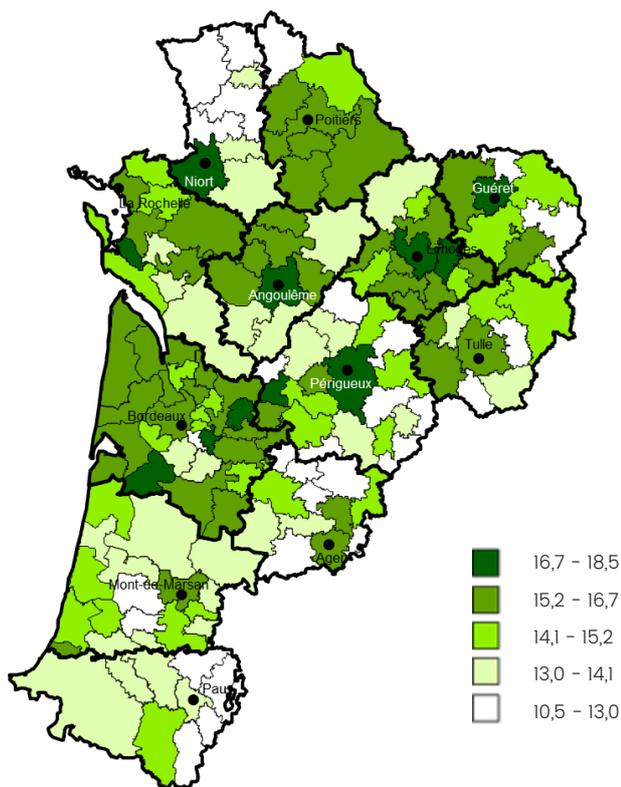
À l'échelle infra-départementale, de forts écarts existent entre territoires : de 15,8 % à 26,5 %. Les taux les plus élevés de consommation sont relevés dans les territoires les plus urbains (Guéret, Limoges, Tulle, Angoulême, Niort, La Rochelle, Périgueux, Mont-de-Marsan) et, plus globalement, sur une grande partie des territoires de la Haute-Vienne et de la Gironde.

La consommation de psychotropes – les tranquillisants

Plus d'un assuré sur 7 a bénéficié d'au moins un remboursement de tranquillisants en Nouvelle-Aquitaine

Taux standardisés de prévalence des bénéficiaires d'au moins un remboursement de tranquillisants en 2016 (pour 100 habitants)

en Nouvelle-Aquitaine par EPCI

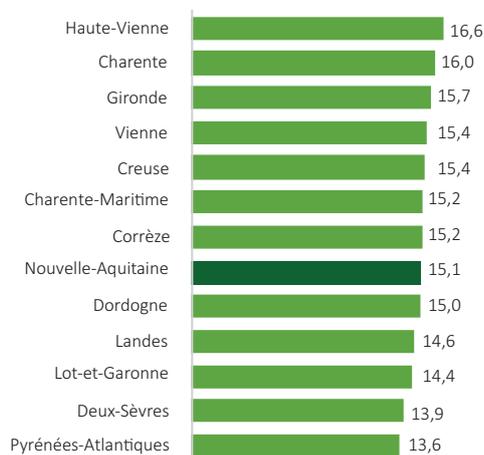


15 % DES NÉO-AQUITAINS REMBOURSÉS POUR UN TRANQUILLISANT EN 2016

D'après les données de consommation inter-régimes, 887 770 assurés de Nouvelle-Aquitaine ont bénéficié d'au moins un remboursement de tranquillisants en 2016. Le taux standardisé de prévalence s'élève à 15,1 % dans la région et varie peu selon les départements, de 13,6 % dans les Pyrénées-Atlantiques à 16,6 % en Haute-Vienne.

À l'échelle infra-départementale, les taux les plus élevés sont sur les territoires les plus urbains (Limoges, Guéret, Niort, Angoulême, Périgueux) à l'exception de Pau.

en Nouvelle-Aquitaine par départements



Sources : ARS N-A (SNDS DCIR, 2016), Insee (RP 2014)

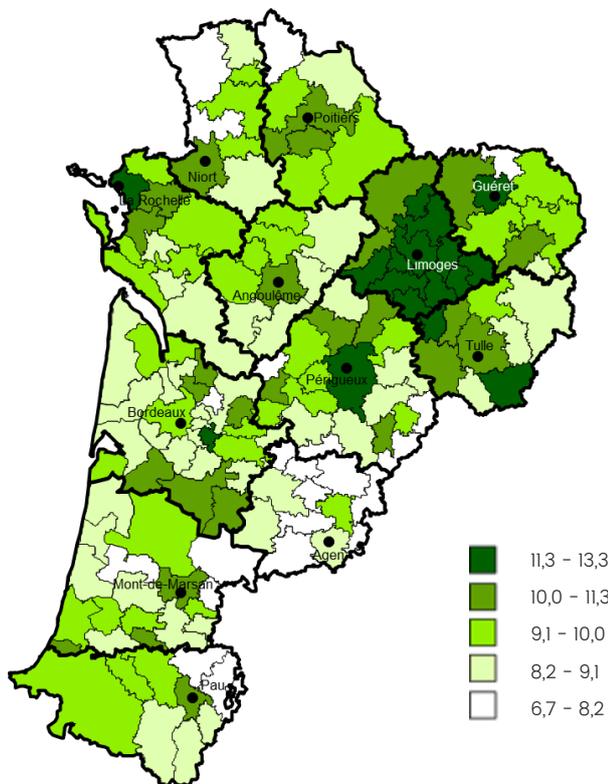
Réalisation : ARS N-A, ORS N-A

La consommation de psychotropes – les antidépresseurs

Un assuré sur dix a bénéficié en 2016 d'au moins un remboursement d'antidépresseurs en Nouvelle-Aquitaine

Taux standardisés de prévalence des bénéficiaires d'au moins un remboursement d'antidépresseurs en 2016 (pour 100 habitants)

en Nouvelle-Aquitaine par EPCI

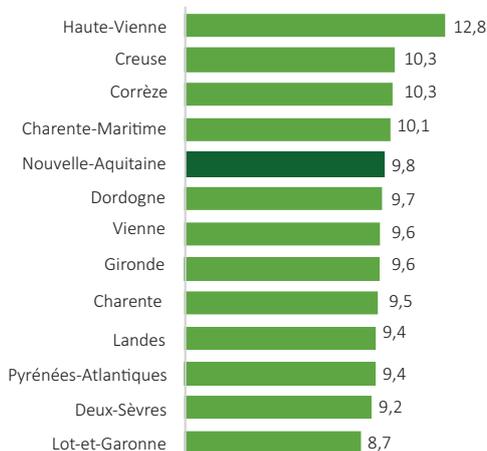


10 % DES NÉO-AQUITAINS REMBOURSÉS POUR UN ANTIDÉPRESSEUR EN 2016

575 124 assurés de Nouvelle-Aquitaine ont bénéficié d'au moins un remboursement d'antidépresseurs en 2016. Le taux standardisé de prévalence s'élève à 9,8 % et varie selon les départements de 8,7 % en Lot-et-Garonne à 12,8 % en Haute-Vienne.

À l'échelle infra-départementale, les taux de prévalence les plus forts sont relevés dans les territoires de la Haute-Vienne, ainsi que dans quelques territoires urbains : Guéret, Périgueux et La Rochelle.

en Nouvelle-Aquitaine par départements

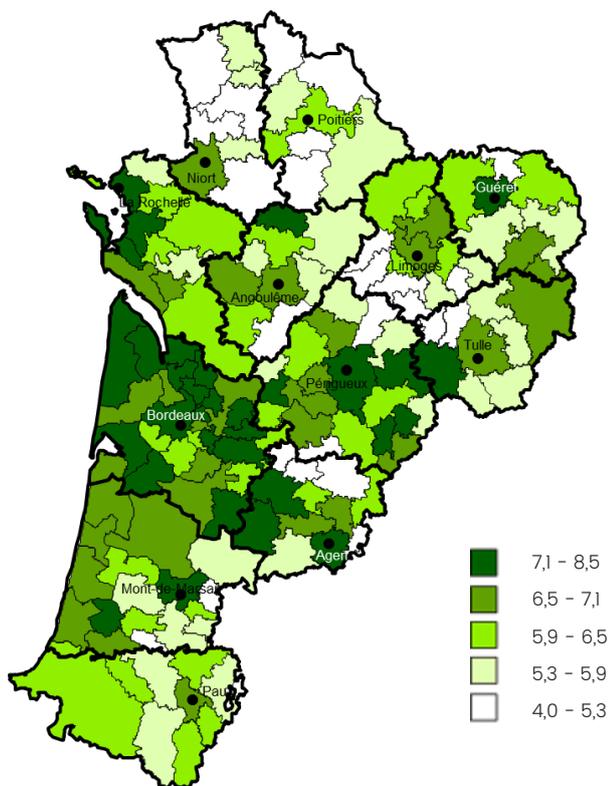


La consommation de psychotropes – les hypnotiques

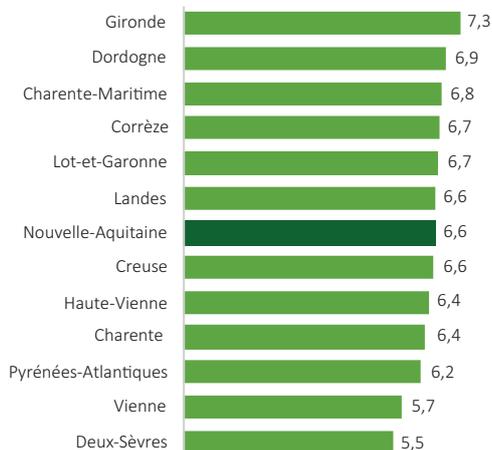
Environ 7 % des Néo-Aquitains ont bénéficié en 2016 d'au moins un remboursement d'hypnotiques

Taux standardisés de prévalence des bénéficiaires d'au moins un remboursement d'hypnotiques en 2016 (pour 100 habitants)

en Nouvelle-Aquitaine par EPCI



en Nouvelle-Aquitaine par départements



PRES DE 390 000 HABITANTS REMBOURSÉS POUR UN HYPNOTIQUE EN 2016

388 387 assurés de Nouvelle-Aquitaine ont bénéficié d'au moins un remboursement d'hypnotiques en 2016. Le taux standardisé de prévalence s'élève à 6,6 %. Ce taux varie selon les départements : de 5,5 % dans les Deux-Sèvres à 7,3 % en Gironde.

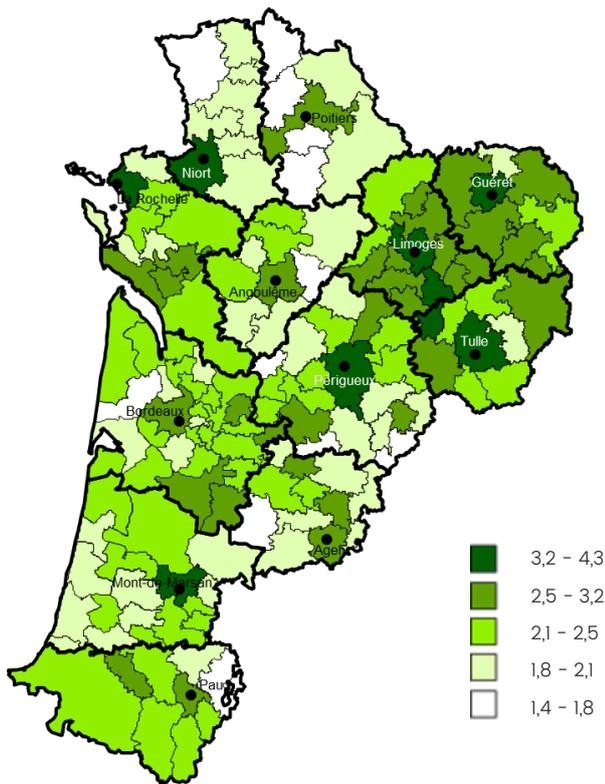
À l'échelle infra-départementale, les taux de prévalence varient de 4,0 % à 8,5 % soit du simple au double. Les territoires les plus urbains de la région sont marqués par des taux relativement élevés (Guéret, Périgueux, La Rochelle, Bordeaux, Agen, Dax). Au contraire, une grande partie des territoires du nord de la région, dans les Deux-Sèvres et dans la Vienne, se caractérise par de faibles taux de consommation.

La consommation de psychotropes – les neuroleptiques

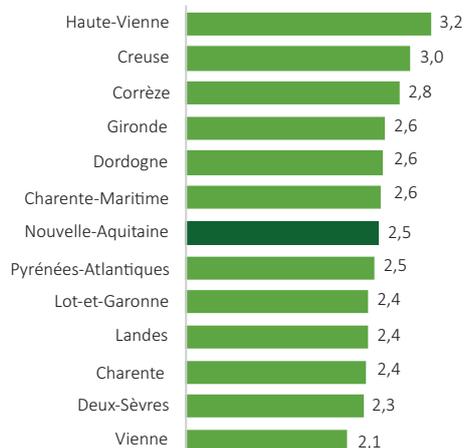
150 000 assurés ont bénéficié en 2016 d'au moins un remboursement de neuroleptiques en Nouvelle-Aquitaine

Taux standardisés de prévalence des bénéficiaires d'au moins un remboursement de neuroleptiques en 2016 (pour 100 habitants)

en Nouvelle-Aquitaine par EPCI



en Nouvelle-Aquitaine par départements



3 % DES NÉO-AQUITAINS ONT CONSOMMÉ UN NEUROLEPTIQUE EN 2016

149 656 assurés de Nouvelle-Aquitaine ont bénéficié d'un remboursement d'au moins un neuroleptique en 2016. Le taux standardisé de prévalence s'établit à 2,5 % dans la région et varie, au niveau départemental : de 2,1 % dans la Vienne à 3,2 % en Haute-Vienne.

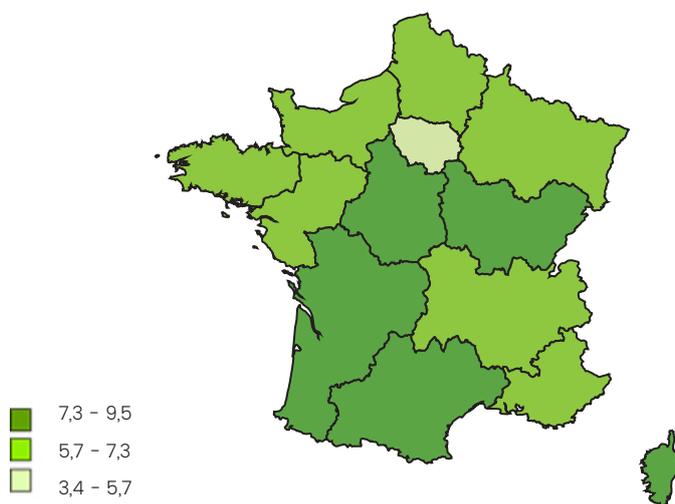
À l'échelle infra-départementale, les taux de prévalence les plus forts sont relevés principalement dans l'ex-région Limousin ainsi que dans les territoires les plus urbains.

La mortalité par accident de la circulation

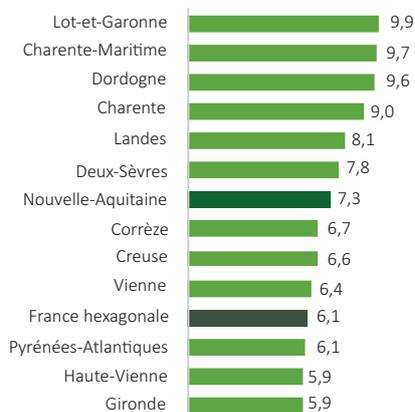
Une surmortalité par accident de la circulation en Nouvelle-Aquitaine

Taux standardisés de mortalité par accident de la circulation en 2005-2014
(pour 100 000 habitants)

en France par régions



en Nouvelle-Aquitaine par départements



UNE RÉGION EN SURMORTALITÉ PAR RAPPORT À LA FRANCE HEXAGONALE...

En moyenne, 422 décès par accident de la circulation surviennent chaque année en Nouvelle-Aquitaine sur la période 2005-2014. Avec un taux standardisé de mortalité de 7,3 décès pour 100 000 habitants, la région se situe au 5^e rang des 13 régions françaises avec un taux supérieur au taux national (6,1).

LA MOITIÉ DES DÉPARTEMENTS EN SURMORTALITÉ

Une surmortalité par accident de la circulation est observée dans la moitié des départements de Nouvelle-Aquitaine : les Deux-Sèvres, les Landes, la Charente, la Dordogne, la Charente-Maritime et le Lot-et-Garonne. Tous les autres départements affichent un taux de mortalité comparable à celui de la France métropolitaine.



3 ■ Offre de soins

Introduction

Éléments de contexte

Thématiques

Médecine de ville et soins ambulatoires : Fiches 3.1 à 3.14

Offre hospitalière : Fiches 3.15 et 3.22

Structures médico-sociales pour les personnes âgées :
Fiches 3.23 et 3.25

Structures médico-sociales pour les personnes en
situation de handicap : Fiches 3.26 à 3.32

Introduction

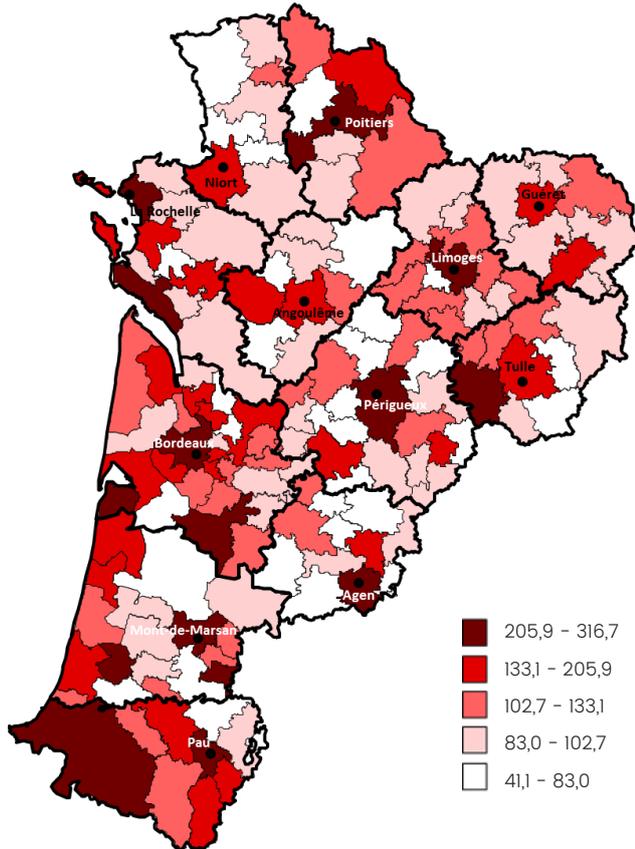
Si les facteurs sociodémographiques jouent un rôle majeur dans la détermination de l'état de santé d'une population, l'accès à l'offre de soins est l'un des enjeux forts des politiques de santé. Les préoccupations actuelles autour de la démographie des professionnels de santé et du renouvellement des générations en exercice conduisent à de nouvelles organisations qui essaient peu à peu sur l'ensemble du territoire régional. La répartition des soins de ville reste cependant très inégale. Parallèlement, les établissements de santé et structures médico-sociales doivent obéir à une répartition géographique spécifique à leurs missions : soins urgents, courts séjours hospitaliers, obstétrique, soins de suite, santé mentale, prises en charge des personnes âgées ou des personnes en situation de handicap...

Les médecins généralistes : vue d'ensemble

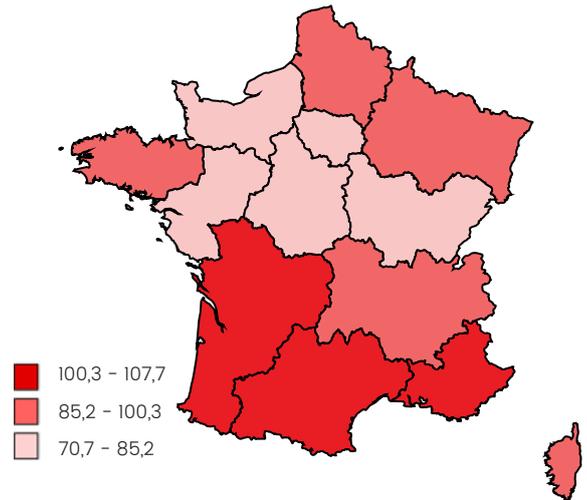
Des inégalités de densités en médecins généralistes très fortes entre les territoires

Densité en médecins généralistes libéraux en 2017 (pour 100 000 habitants)

en Nouvelle-Aquitaine par EPCI



en France par régions



UNE DES 3 RÉGIONS LES MIEUX DOTÉES

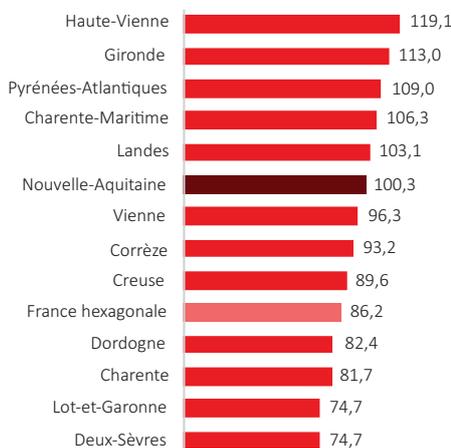
En 2017, 5 900 médecins généralistes exercent une activité libérale dans la région Nouvelle-Aquitaine, soit une densité moyenne proche de 100 pour 100 000 habitants pour une densité nationale de 86. La région appartient aux 3 régions présentant les densités les plus élevées avec l'Occitanie et la Provence-Alpes-Côte d'Azur.

LES TERRITOIRES URBAINS ET LITTORAUX SONT LES MIEUX POURVUS

La répartition territoriale des médecins généralistes libéraux est très hétérogène. Ainsi, les densités varient de 1 à 8 à l'échelle infra-départementale. Les communautés de communes les plus urbanisées ainsi que celles situées sur le littoral présentent globalement des densités supérieures à la moyenne régionale, tandis qu'une grande partie des territoires les plus ruraux ont des densités plus faibles alors même que leurs populations sont plus âgées et plus demandeuses de soins. Le département de la Haute-Vienne compte cependant la densité la plus élevée de Nouvelle-Aquitaine devant la Gironde, tandis que les Deux-Sèvres et le Lot-et-Garonne ont les densités les plus faibles.

Depuis 2010, en France, le nombre de médecins généralistes libéraux diminue chaque année. Cette baisse devrait se poursuivre jusqu'en 2025, date à laquelle l'effectif d'omnipraticiens libéraux serait inférieur de 8 % à celui de 2009.

en Nouvelle-Aquitaine par départements



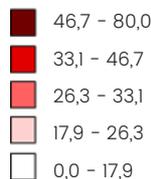
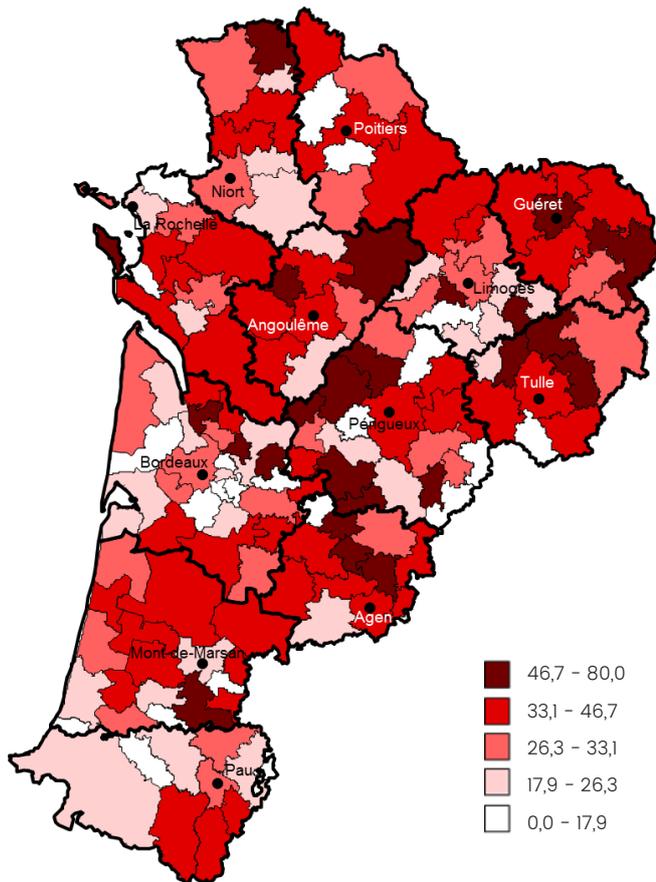
Sources : ARS N-A (RPPS 2017), Insee (RP 2014)
Réalisation : ARS N-A, ORS N-A

Les médecins généralistes : perspectives démographiques

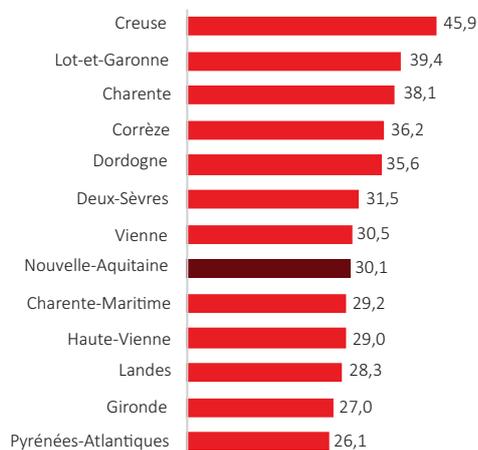
Trois médecins généralistes libéraux sur dix sont âgés d'au moins 60 ans en Nouvelle-Aquitaine

Proportion de médecins généralistes libéraux âgés de 60 ans ou plus en 2017 (pour 100 médecins généralistes libéraux)

en Nouvelle-Aquitaine par EPCI



en Nouvelle-Aquitaine par départements



PLUS DE 1 770 GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX SONT ÂGÉS D'AU MOINS 60 ANS

En 2017, un peu plus de trois médecins généralistes libéraux sur dix de Nouvelle-Aquitaine, soit 1 777, sont âgés d'au moins 60 ans. La proportion est maximale dans le département de la Creuse où elle atteint 45,9 %. Selon les projections de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), l'âge moyen des médecins français (quelle que soit la spécialité) devrait fortement diminuer jusqu'en 2035 pour se rapprocher des 45 ans, contre plus de 50 ans aujourd'hui.

14 % DES TERRITOIRES INFRA-DÉPARTEMENTAUX ONT LA MOITIÉ DE LEURS GÉNÉRALISTES ÂGÉS D'AU MOINS 60 ANS

La proportion de médecins généralistes libéraux âgés d'au moins 60 ans est supérieure à 50 % dans un territoire sur sept. Ce sont majoritairement des territoires ruraux, à l'exception de Guéret. La proportion atteint même 80 % dans un territoire de Lot-et-Garonne. À l'inverse, un quart des territoires a une proportion de médecins généralistes libéraux âgés de 60 ans ou plus inférieure à 25 %.

Les médecins généralistes : accessibilité et nouvelle forme d'exercice

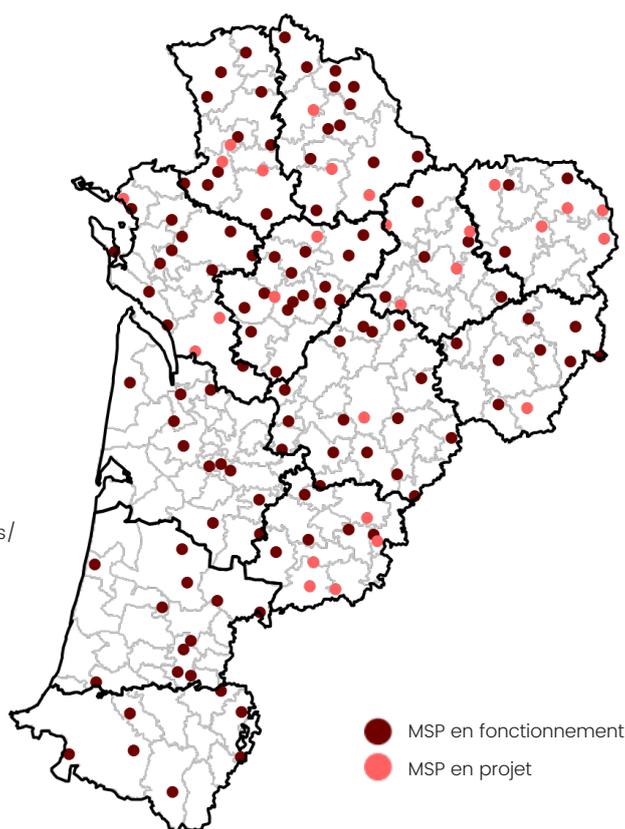
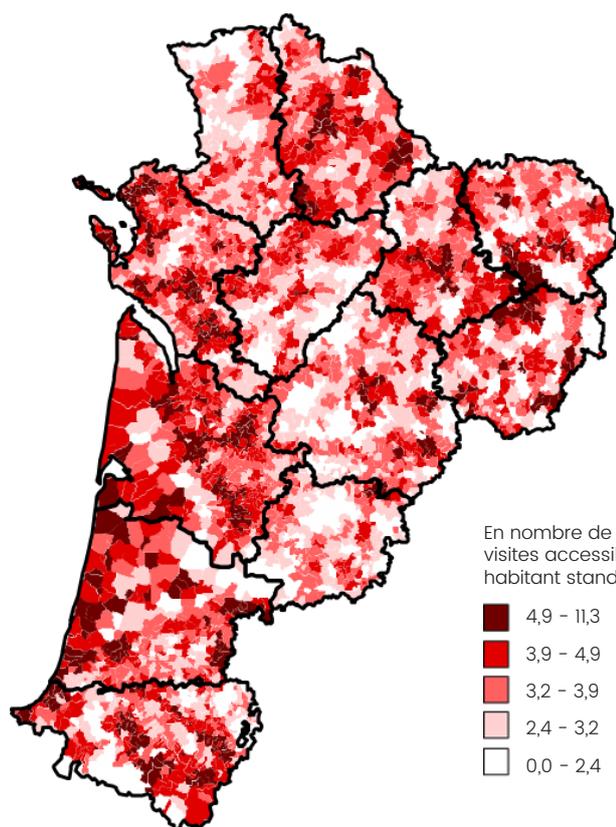
150 maisons de santé pluriprofessionnelles en fonctionnement ou en projet en Nouvelle-Aquitaine

Indicateur d'Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes (APL) en 2016

Maisons de santé pluri professionnelles (MSP) en 2017

en Nouvelle-Aquitaine par communes

en Nouvelle-Aquitaine par communes



EN 2016, 18 % DES COMMUNES EN SOUS-DENSITÉ, SOIT ENVIRON 6 % DES HABITANTS DE LA RÉGION

L'accessibilité potentielle localisée (APL) est un indicateur développé par la Drees et l'Irdes (voir définition). C'est un indicateur local de densité flottante disponible au niveau communal, qui tient compte de l'offre et des demandes issues des communes environnantes. En 2015, 8,1 % de la population française vivaient dans une commune dont l'APL était inférieure au seuil de 2,5 consultations par an par habitant (seuil fixant la limite de sous-densité). En Nouvelle-Aquitaine, la proportion était de 6,0 % (5^e rang parmi les régions de métropole). Selon les données 2016, 18 % des communes de la région avaient une APL inférieure au seuil de 2,5.

Les maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) sont des structures de soins de premier recours réunissant des professionnels médicaux (au moins deux médecins) et paramédicaux. Elles reposent sur une coordination des soins, formalisée par un projet de santé, et se distinguent en cela d'un simple regroupement de professionnels. En juin 2018, 146 MSP sont en fonctionnement en Nouvelle-Aquitaine et 9 sont en projet. Le développement de l'exercice coordonné est important avec un passage au niveau national de 43 % de médecins généralistes libéraux qui exerçaient en groupe en 2001 à 52 % d'entre eux en 2016.

Les départements de la Charente et de la Dordogne regroupent chacun plus de 13 % des MSP en fonctionnement (pour respectivement 5 % et 6 % des généralistes en activité dans la région). À l'inverse, la Gironde, qui regroupe près de 30 % des omnipraticiens libéraux ne détient que 9 % des MSP en fonctionnement.

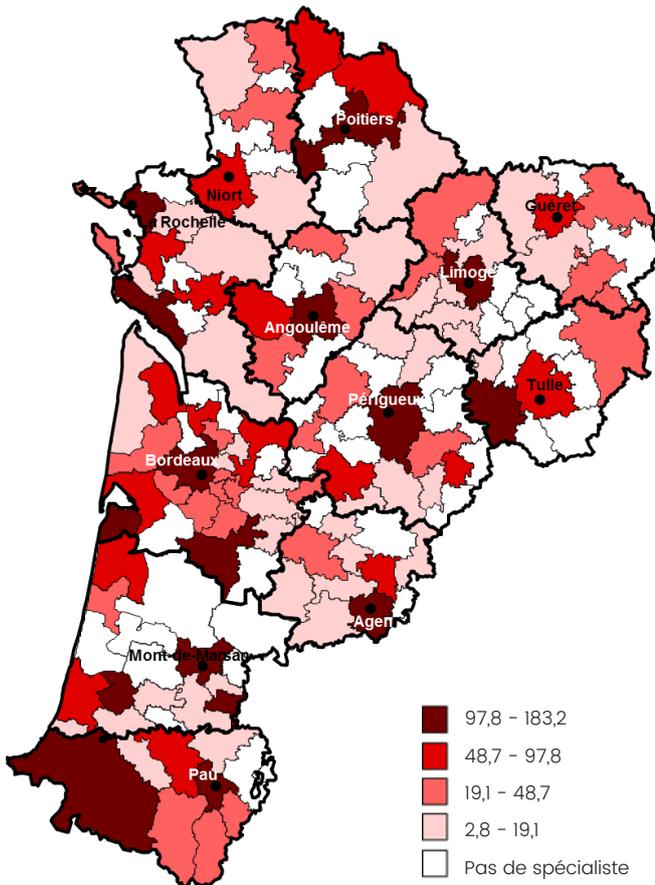
Sources : SNIIR-AM 2016, EGB 2016, CNAM-TS ; populations par sexe et âge 2014, distancier METRIC, INSEE ; traitements Drees. ARS-NA (DOSAs, Observatoire national des MSP 2017), Drees (APL 2013)
Réalisation : ORS N-A

Les médecins spécialistes (hors médecine générale)

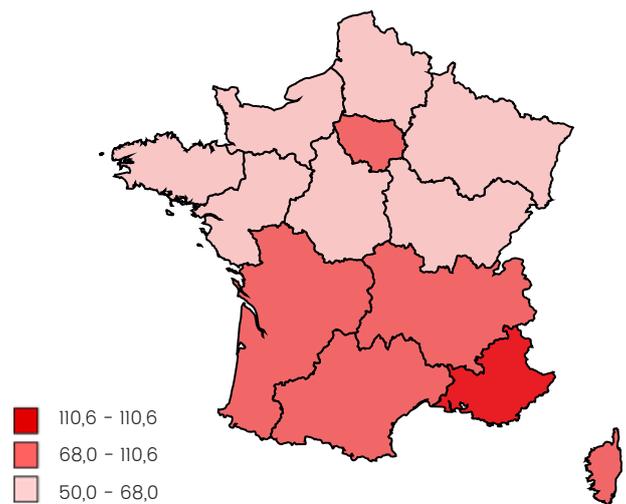
Une densité régionale de spécialistes supérieure à celle de la France

Densité en médecins spécialistes libéraux en 2017 (pour 100 000 habitants)

en Nouvelle-Aquitaine par EPCI



en France par régions



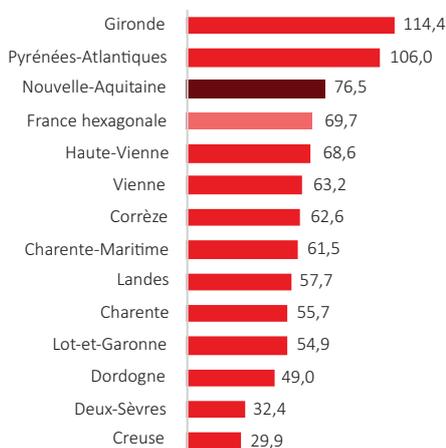
4 500 MÉDECINS SPÉCIALISTES LIBÉRAUX TRÈS INÉGALEMENT RÉPARTIS AU SEIN DE LA RÉGION

En 2017, près de 4 500 médecins libéraux exercent en Nouvelle-Aquitaine une spécialité autre que la médecine générale, soit une densité de près de 77 médecins pour 100 000 habitants pour une moyenne nationale de 70. Les inégalités territoriales de densités sont encore plus marquées que pour la médecine générale. Ainsi, de nombreuses intercommunalités rurales des départements des ex-régions Poitou-Charentes et Limousin, de la Dordogne et des Landes ont une offre en spécialistes très faible voire inexistante, tandis que les villes principales présentent des densités plus élevées.

UNE DENSITÉ PRÈS DE 4 FOIS MOINS IMPORTANTE EN CREUSE QU'EN GIRONDE

À l'échelle départementale, les écarts restent importants avec une densité près de 4 fois moindre dans la Creuse ou les Deux-Sèvres qu'en Gironde. Aussi, plus d'un médecin spécialiste libéral (hors médecine générale) sur deux exerce soit en Gironde, soit dans les Pyrénées-Atlantiques tandis que ces 2 départements ne regroupent que 37 % des habitants.

en Nouvelle-Aquitaine par départements

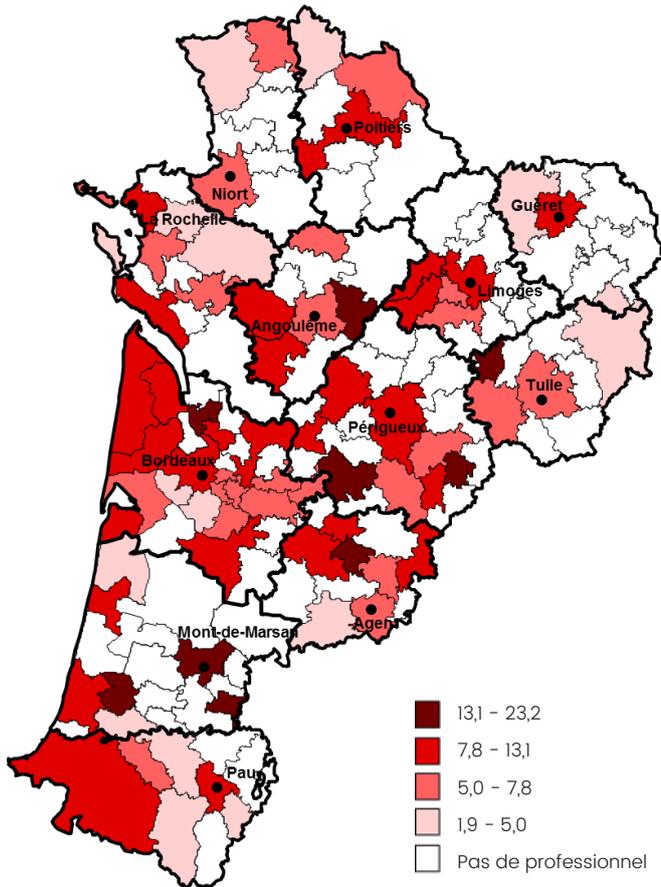


Les ophtalmologues

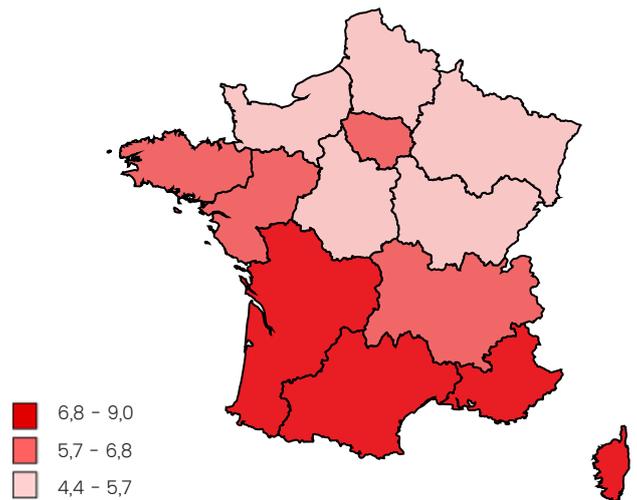
La région Nouvelle-Aquitaine est l'une des mieux dotées en ophtalmologues libéraux

Densité en ophtalmologues libéraux en 2017 (pour 100 000 habitants)

en Nouvelle-Aquitaine par EPCI



en France par régions



UNE DENSITÉ RÉGIONALE LÉGÈREMENT SUPÉRIEURE À CELLE DE L'HEXAGONE

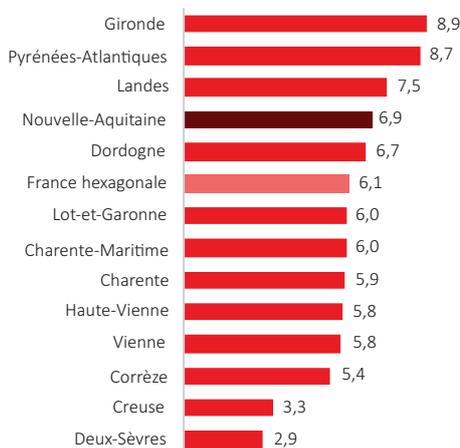
En 2017, un peu plus de 400 ophtalmologues exercent une activité libérale au sein de la région Nouvelle-Aquitaine, soit une densité de près de 7 pour 100 000 habitants, contre 6 en France. La région fait partie des 4 régions hexagonales qui présentent les plus fortes densités avec la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, l'Occitanie et la Corse. Comme pour les gynécologues ou les psychiatres, qui sont également des spécialités en accès direct (ne nécessitant pas de consultation préalable devant le médecin traitant), le nombre d'ophtalmologues diminue au niveau national depuis les années 2010. Cette baisse pourrait se poursuivre jusqu'en 2025.

DES OPHTALMOLOGUES INSTALLÉS EN VILLE ET SUR LE LITTORAL

La répartition spatiale des spécialistes en accès direct est plus inégalitaire que celle des médecins généralistes. Ainsi, la moitié des territoires intercommunaux ne dispose pas d'ophtalmologue tandis qu'un sur cinq en possède un seul. Les ophtalmologues sont principalement installés sur des territoires urbains ou littoraux.

Les densités départementales varient dans une proportion allant de 1 à 3 avec aux extrêmes les Deux-Sèvres et la Creuse pour les valeurs les plus faibles et la Gironde et les Pyrénées-Atlantiques pour les plus fortes.

en Nouvelle-Aquitaine par départements



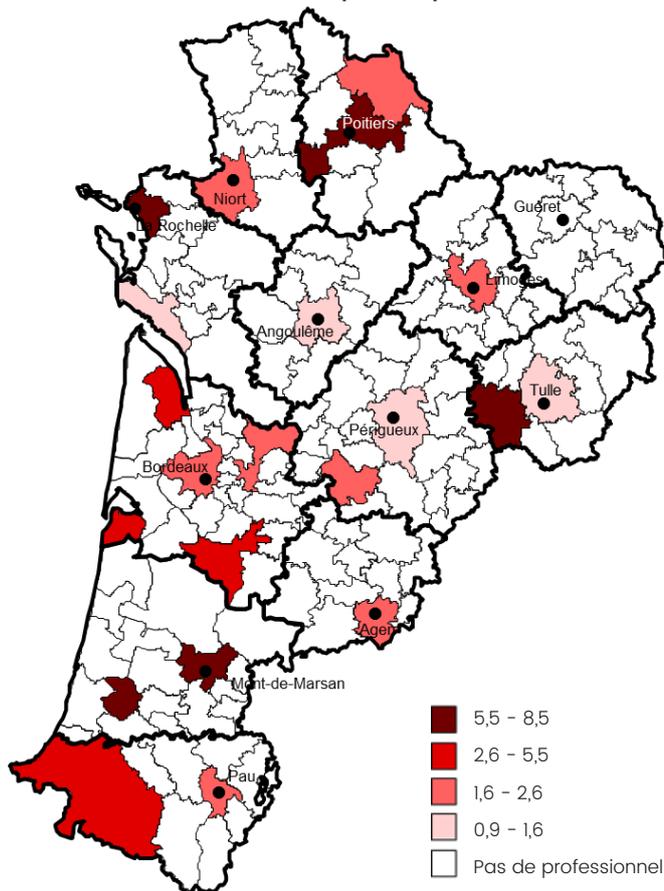
Sources : ARS N-A (RPPS 2017), Insee (RP 2014)
Réalisation : ARS N-A, ORS N-A

Les neurologues

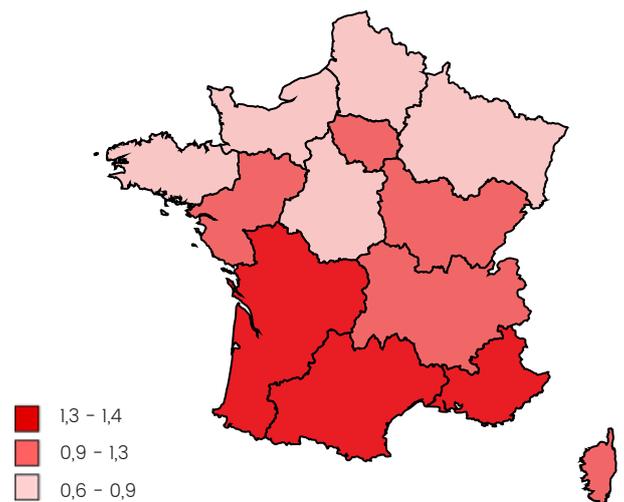
Une région bien dotée mais avec de fortes disparités départementales

Densité en neurologues libéraux en 2017 (pour 100 000 habitants)

en Nouvelle-Aquitaine par EPCI



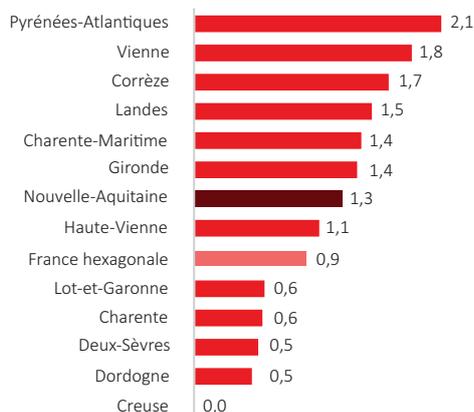
en France par régions



LES RÉGIONS MÉRIDIONALES SONT LES MIEUX DOTÉES

En 2017, 74 neurologues exercent une activité libérale au sein de la région Nouvelle-Aquitaine. La densité régionale est ainsi de 1,3 pour 100 000 habitants contre une valeur nationale légèrement inférieure à 1. Comme pour d'autres spécialités, les régions du sud de la France sont les mieux pourvues.

en Nouvelle-Aquitaine par départements



AUCUN NEUROLOGUE LIBÉRAL EN CREUSE

La quasi-totalité des neurologues libéraux exerce au sein de territoires urbains et plus précisément au sein de territoires intercommunaux qui abritent les préfectures.

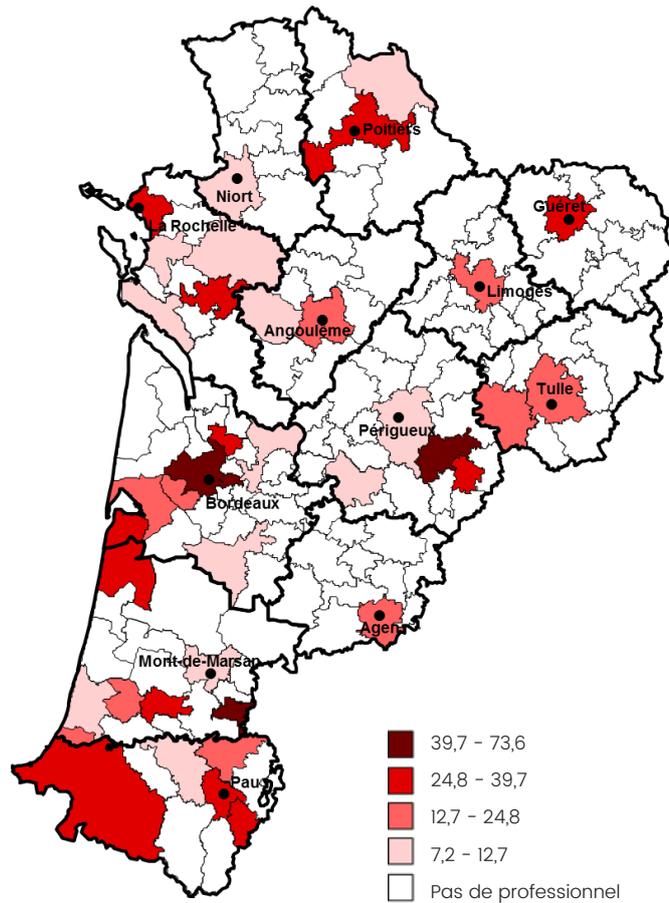
Aucun neurologue libéral n'exerce en Creuse et seulement 2 dans chacun des départements des Deux-Sèvres, de la Dordogne, de la Charente et de Lot-et-Garonne. À l'inverse, la moitié de l'effectif est regroupé dans les deux départements de la Gironde et des Pyrénées-Atlantiques.

Les pédiatres

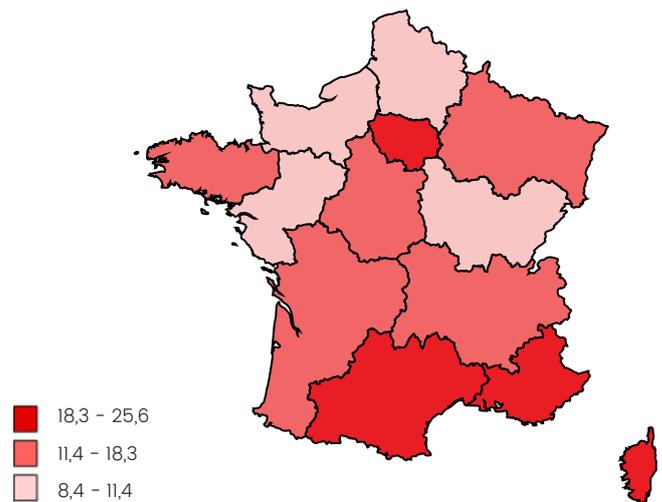
Une densité de pédiatres libéraux un peu plus faible que celle de la France hexagonale

Densité en pédiatres libéraux en 2017 (pour 100 000 enfants de moins de 18 ans)

en Nouvelle-Aquitaine par EPCI



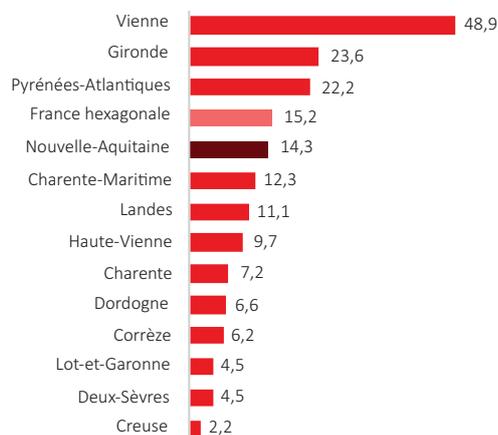
en France par régions



PRÈS DE 170 PÉDIATRES LIBÉRAUX EN NOUVELLE-AQUITAINE EN 2017

La pédiatrie fait partie des spécialités en accès direct, c'est-à-dire ne nécessitant pas de passage préalable devant le médecin traitant. Contrairement aux autres spécialités en accès direct, les effectifs de pédiatres libéraux devraient croître d'ici à 2025. En Nouvelle-Aquitaine, ce sont 167 pédiatres qui exercent une activité libérale soit environ 14 pour 100 000 enfants de moins de 18 ans contre 15 en France hexagonale.

en Nouvelle-Aquitaine par départements



PLUS DE 6 PÉDIATRES LIBÉRAUX SUR 10 EXERCENT EN GIRONDE OU DANS LES PYRÉNÉES-ATLANTIQUES

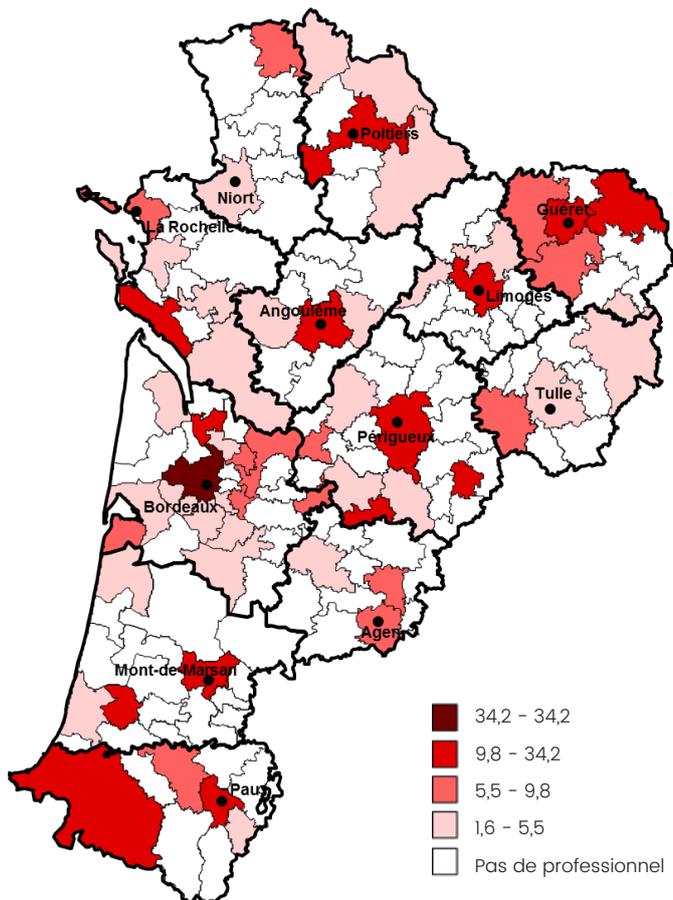
Les pédiatres libéraux sont majoritairement installés dans les territoires les plus urbanisés. Ainsi, les départements ruraux comptent des effectifs de professionnels très faibles : seulement 2 en Creuse et en Deux-Sèvres, 3 en Lot-et-Garonne. À l'inverse, la Gironde et les Pyrénées-Atlantiques regroupent 62 % des professionnels.

Les psychiatres

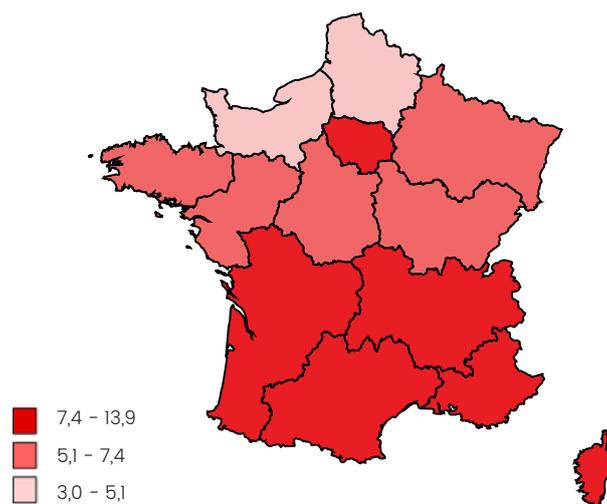
Plus d'un psychiatre libéral sur deux exerce en Gironde

Densité en psychiatres libéraux en 2017 (pour 100 000 habitants)

en Nouvelle-Aquitaine par EPCI



en France par régions



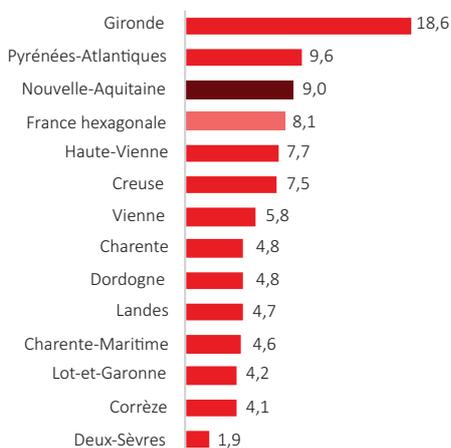
UNE DENSITÉ RÉGIONALE PARMIS LES PLUS ÉLEVÉES

En 2017, un peu moins de 530 psychiatres libéraux exercent dans la région, soit une densité de 9 pour 100 000 habitants, contre 8 pour la France hexagonale. La densité régionale est la 3^e la plus importante derrière la région Île-de-France et la Provence-Alpes-Côte d'Azur. Comme pour les ophtalmologues et les gynécologues, les effectifs de psychiatres libéraux devraient décroître jusqu'en 2025 environ.

DE TRÈS FORTES INÉGALITÉS D'OFFRE ENTRE LES TERRITOIRES

Comme pour les autres spécialités en accès direct (ne nécessitant pas de passage préalable devant le médecin traitant), l'implantation des professionnels est majoritairement urbaine mais de manière moins prononcée que pour les pédiatres ou les neurologues par exemple. Les inégalités d'offre entre les territoires sont très importantes et les densités varient dans un rapport de 1 à 10 entre les Deux-Sèvres (7 professionnels) et la Gironde qui concentre plus de la moitié des professionnels de Nouvelle-Aquitaine (284 professionnels).

en Nouvelle-Aquitaine par départements

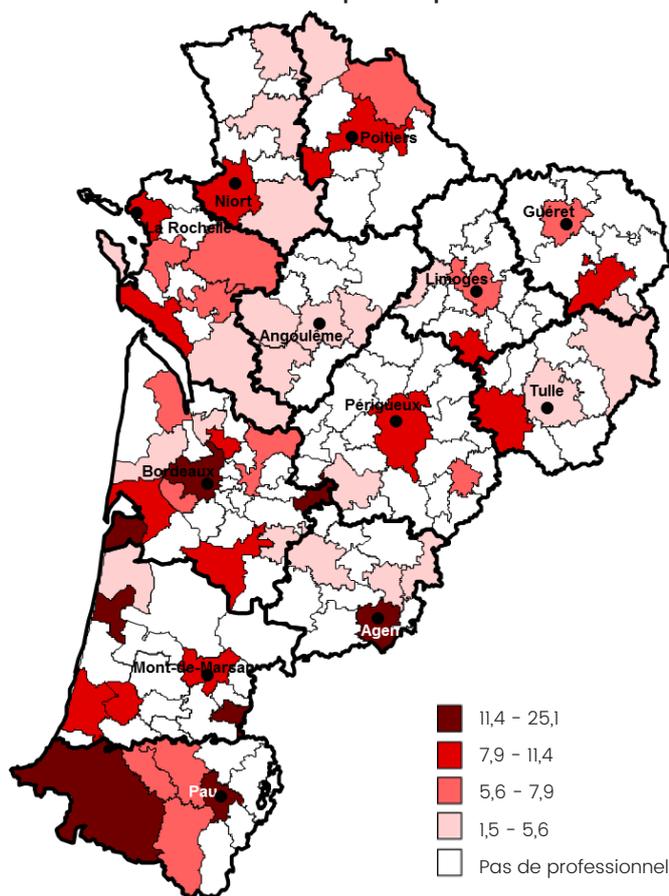


Les cardiologues

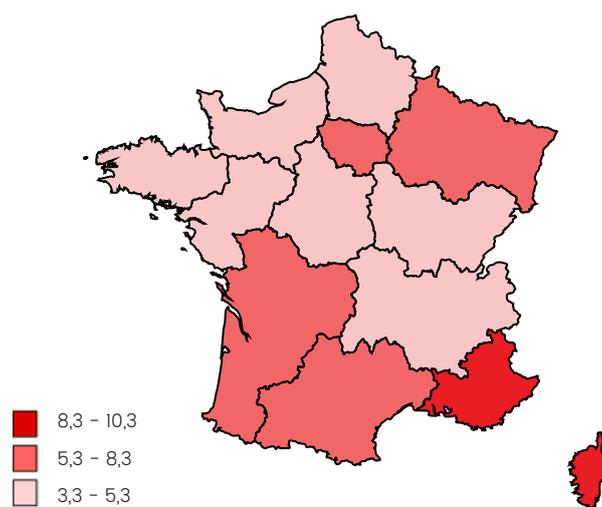
Une densité régionale supérieure à celle de la France hexagonale

Densité en cardiologues libéraux en 2017 (pour 100 000 habitants)

en Nouvelle-Aquitaine par EPCI



en France par régions



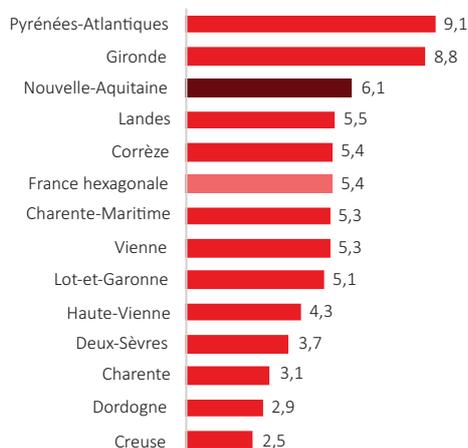
LA NOUVELLE-AQUITAINE EST LA 4^E RÉGION LA MIEUX DOTÉE

En 2017, plus de 360 cardiologues exercent une activité libérale au sein de la région, soit une densité de 6 pour 100 000 habitants contre 5 en France hexagonale. La région se situe ainsi au 4^e rang des régions les mieux dotées derrière la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, la Corse et l'Occitanie.

PLUS D'UN CARDIOLOGUE SUR DEUX EXERCE EN GIRONDE OU EN PYRÉNÉES-ATLANTIQUES

Les inégalités d'offre entre les départements sont relativement importantes. Trois territoires présentent une densité en cardiologues libéraux supérieure à celle de la France : les Pyrénées-Atlantiques et la Gironde (qui regroupent plus d'un professionnel de la région sur 2) et les Landes. À l'inverse, la Haute-Vienne, les Deux-Sèvres, la Charente, la Dordogne et la Creuse ont des densités particulièrement faibles.

en Nouvelle-Aquitaine par départements



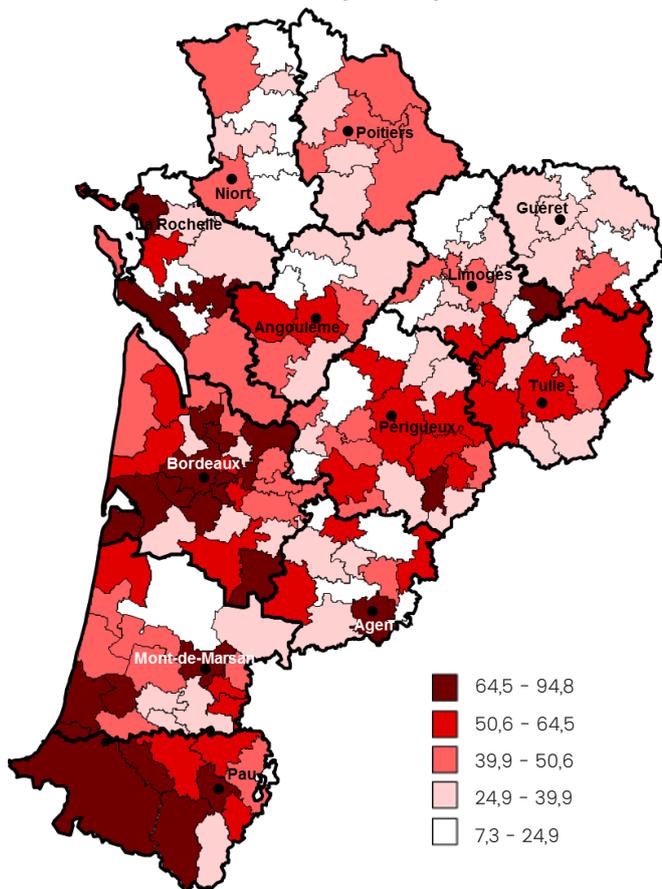
Sources: ARS N-A (RPPS 2017), Insee (RP 2014)
Réalisation : ARS N-A, ORS N-A

Les chirurgiens-dentistes

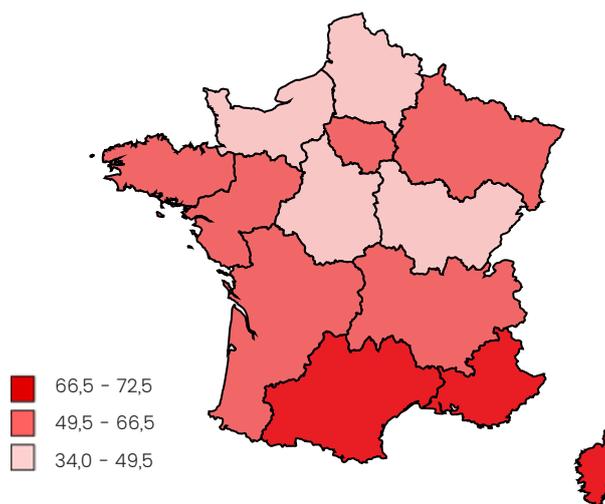
Une densité favorable comparée au niveau national mais très inégale selon les territoires

Densité en chirurgiens-dentistes libéraux (pour 100 000 habitants)

en Nouvelle-Aquitaine par EPCI en 2017



en France par régions en 2016



UNE DENSITÉ LÉGÈREMENT SUPÉRIEURE À LA VALEUR NATIONALE

En 2017, un peu plus de 3 360 chirurgiens-dentistes libéraux exercent en région Nouvelle-Aquitaine soit une densité de 57 pour 100 000 habitants, contre 53,2 en France. La région se situe au 5^e rang des régions hexagonales, derrière la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, la Corse, l'Occitanie et la Bretagne.

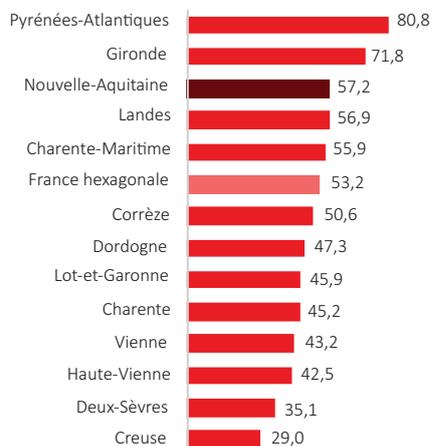
Près de 36 % des chirurgiens-dentistes de la région sont âgés de 55 ans ou plus. Cependant, la profession se rajeunit, en raison notamment d'un accroissement du nombre de places disponibles au numerus clausus et de l'arrivée de professionnels diplômés à l'étranger.

UNE DENSITÉ PRÈS DE 3 FOIS MOINS IMPORTANTE EN CREUSE QUE DANS LES PYRÉNÉES-ATLANTIQUES

À l'échelle des départements, la Creuse présente une densité 2,8 fois moins élevée que celle des Pyrénées-Atlantiques. Près d'un professionnel sur deux (49 %) exerce en Gironde ou dans les Pyrénées-Atlantiques.

Tous les territoires infra-départementaux possèdent au moins un chirurgien-dentiste en exercice mais les écarts entre territoires sont très élevés : les densités varient de 7,3 dentistes pour 100 000 habitants dans l'est de la Creuse à plus de 90 autour du bassin d'Arcachon ou dans le Pays Basque.

en Nouvelle-Aquitaine par départements en 2017

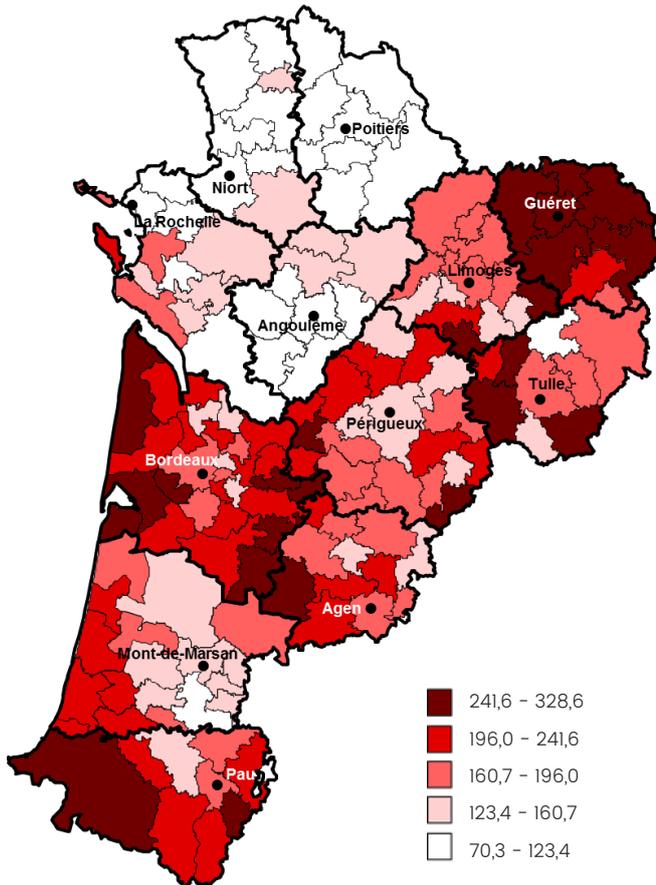


Les infirmiers

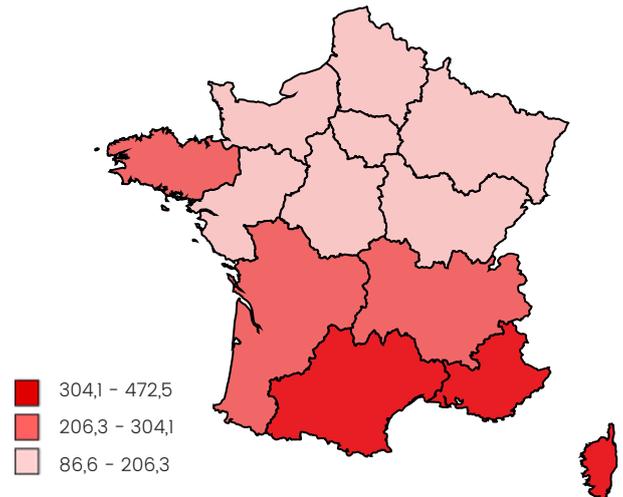
Une répartition très inégale des infirmiers libéraux dans la région

Densité en infirmiers libéraux en 2017 (pour 100 000 habitants)

en Nouvelle-Aquitaine par EPCI



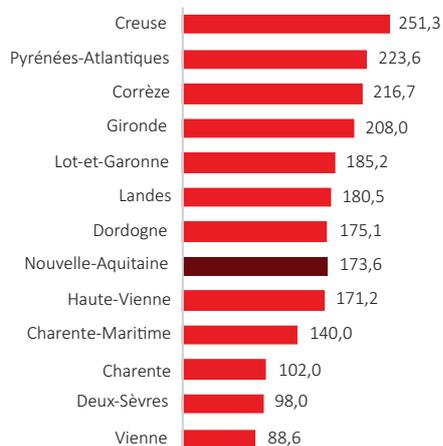
en France par régions



UNE DENSITÉ RÉGIONALE SUPÉRIEURE À LA VALEUR NATIONALE

Plus de 10 200 infirmiers libéraux exercent en région Nouvelle-Aquitaine en 2017, soit près de 174 pour 100 000 habitants. Si l'on inclut les remplaçants, ce sont près de 12 600 professionnels qui exercent dans la région, pour une densité supérieure au niveau national : 214 versus 181 infirmiers pour 100 000 habitants. La Nouvelle-Aquitaine se situe au 5^e rang des régions de l'Hexagone derrière la Corse, la Provence-Alpes-Côte d'Azur, l'Occitanie et la Bretagne.

en Nouvelle-Aquitaine par départements



DE FAIBLES DENSITÉS DANS L'EX-RÉGION POITOU-CHARENTES

Contrairement aux autres professions libérales, les infirmiers exercent plus fréquemment en milieu rural où les personnes âgées constituent une part importante de leur patientèle. La Creuse présente ainsi la densité la plus élevée de l'ensemble des départements de Nouvelle-Aquitaine. L'ex-région Poitou-Charentes est marquée par de faibles voire très faibles densités par rapport aux autres départements : la Vienne a une densité près de 3 fois plus faible que la Creuse.

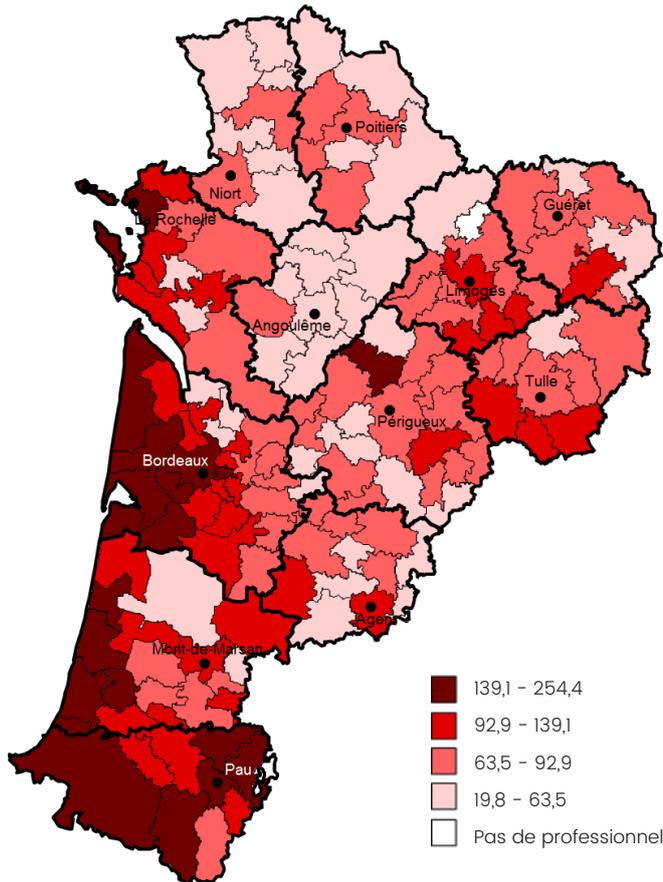
Les territoires intercommunaux des départements de l'ex-région Poitou-Charentes présentent presque tous des densités faibles tandis que les territoires les mieux dotés se situent en Creuse, en Corrèze, en Pays Basque ou sur le Bassin d'Arcachon.

Les masseurs-kinésithérapeutes

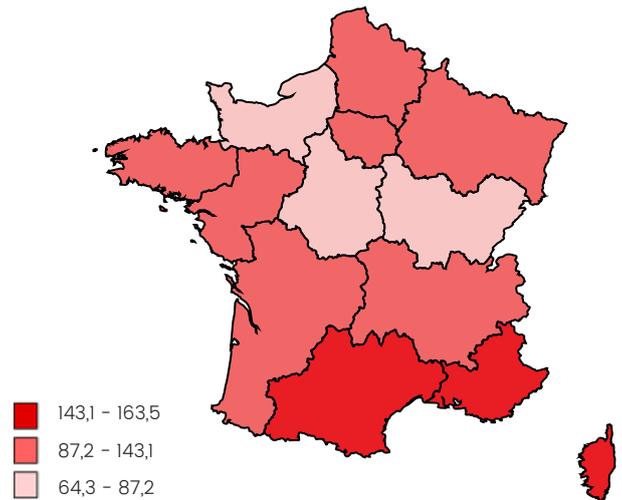
À l'image des régions du sud, une densité favorable par rapport au niveau national

Densité en masseurs-kinésithérapeutes libéraux en 2016 (pour 100 000 habitants)

en Nouvelle-Aquitaine par EPCI



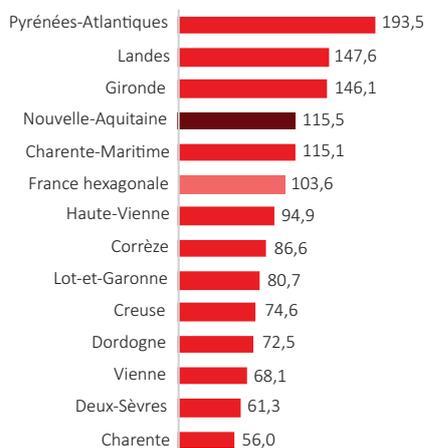
en France par régions



LES RÉGIONS DU SUD DE LA FRANCE ET LA BRETAGNE SONT LES MIEUX DOTÉES

En 2016, près de 6 800 masseurs-kinésithérapeutes libéraux exercent en Nouvelle-Aquitaine, soit une densité de 115 pour 100 000 habitants, contre 104 au niveau national. La France présente un profil assez marqué s'agissant de cette profession avec des densités plus importantes dans les 5 régions du sud de la France hexagonale et la Bretagne et des densités plus faibles dans les régions du nord. La Nouvelle-Aquitaine se situe au 6^e rang des régions les mieux dotées.

en Nouvelle-Aquitaine par départements



DES PROFESSIONNELS SUR-REPRÉSENTÉS SUR LE LITTORAL

Les départements de l'ex-région Poitou-Charentes (hormis la Charente-Maritime) sont peu dotés tout comme l'ex-région Limousin. Plus de la moitié des masseurs-kinésithérapeutes de la région exercent en Gironde ou dans les Pyrénées-Atlantiques.

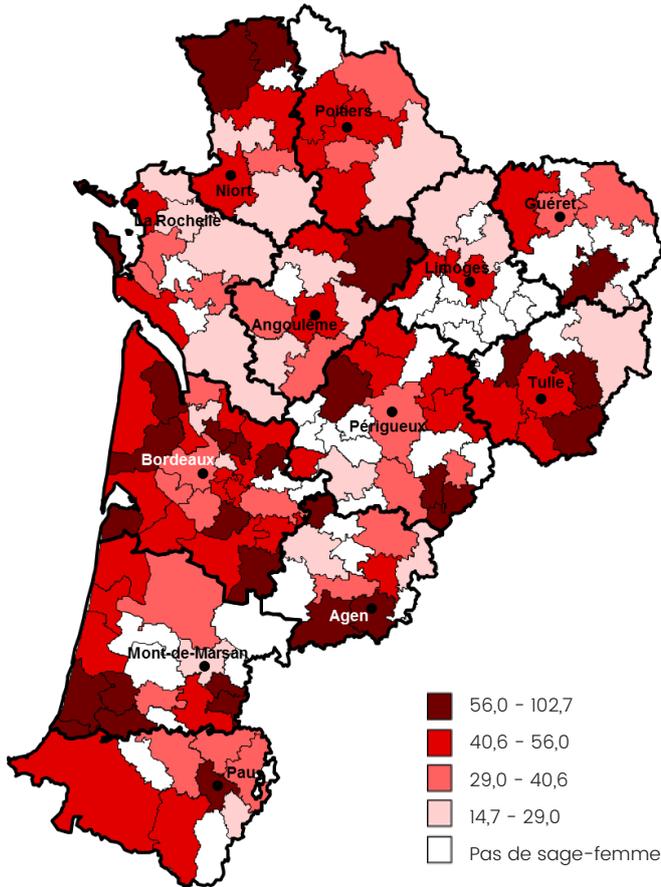
À l'échelle infra-départementale, l'héliotropisme est particulièrement marqué pour cette profession avec des densités importantes sur les territoires littoraux ou à leur proximité. À l'instar de ce qui est observé pour les infirmiers libéraux, les intercommunalités rurales de l'ex-Poitou-Charentes présentent des densités parmi les plus faibles de la région.

Les sages-femmes

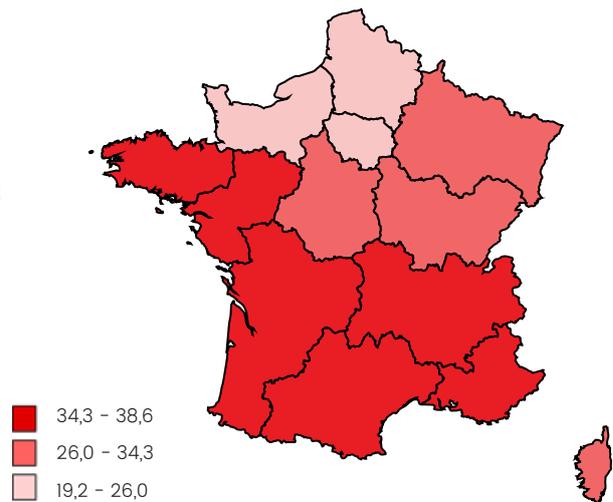
Une densité supérieure au niveau national mais une offre absente dans certains territoires

Densité en sages-femmes libérales en 2017 (pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans)

en Nouvelle-Aquitaine par EPCI



en France par régions



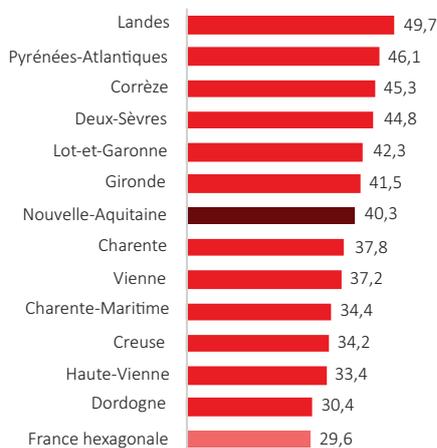
PRÈS DE 500 SAGES-FEMMES LIBÉRALES EN EXERCICE EN NOUVELLE-AQUITAINE

Si la profession de sage-femme est principalement exercée en établissement, l'activité libérale se développe plus rapidement et les effectifs de la profession s'accroissent à un rythme soutenu depuis près de quinze ans. Les sages-femmes libérales en Nouvelle-Aquitaine sont au nombre de 489 en 2017. Ainsi, rapportée au nombre de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans), la densité régionale est de 40 pour 100 000, contre 30 en France métropolitaine.

UNE OFFRE ABSENTE DANS CERTAINS TERRITOIRES

Près d'un quart des territoires intercommunaux ne possède aucune sage-femme. C'est particulièrement le cas en Haute-Vienne, en Creuse, en Dordogne, dans le Lot-et-Garonne et dans les Landes. À l'inverse, certains territoires sont plus attractifs, en particulier sur le littoral et dans la plupart des principales villes et agglomérations. Comparativement à d'autres professions, les variations de densités à l'échelle départementale sont relativement faibles : de 30 pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en Dordogne à près de 50 dans celui des Landes.

en Nouvelle-Aquitaine par départements

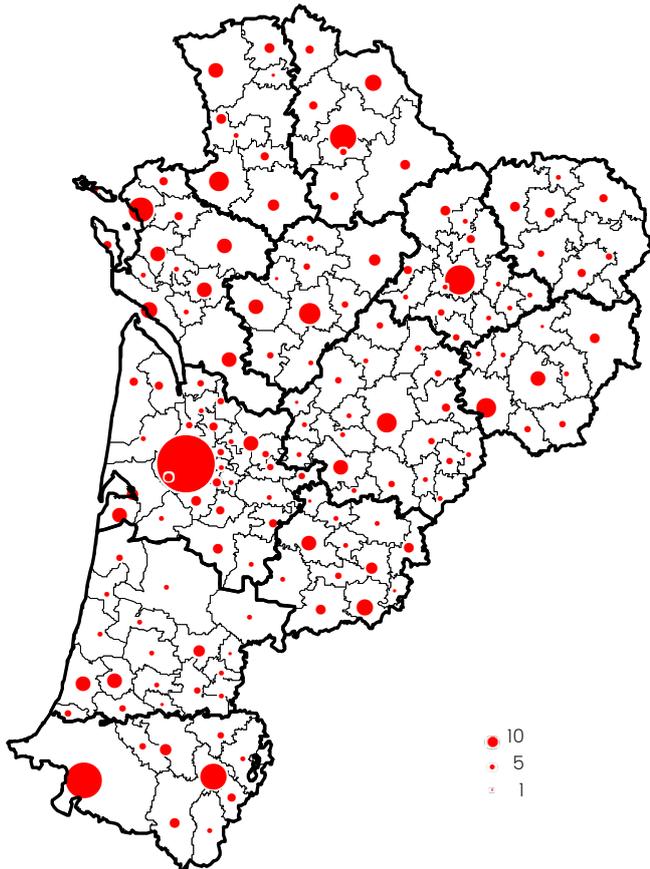


Les pharmacies d'officine

La troisième région la mieux dotée en pharmacies d'officine

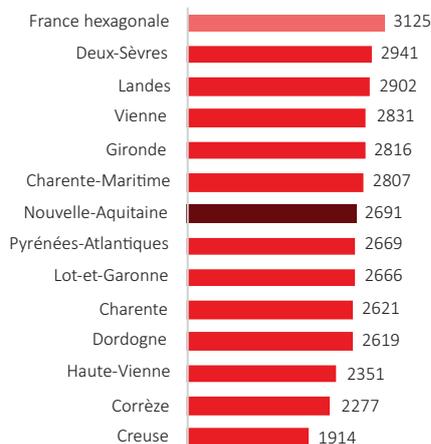
Nombre de pharmacies d'officine en 2018

en Nouvelle-Aquitaine par EPCI



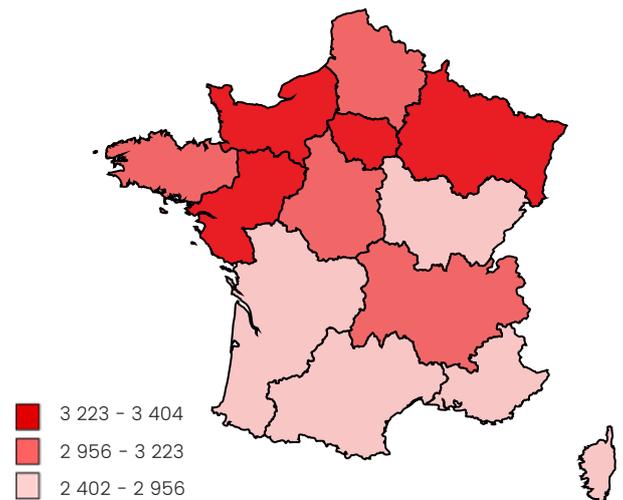
Nombre d'habitants par pharmacie d'officine en 2018

en Nouvelle-Aquitaine par départements



Nombre d'habitants par pharmacie d'officine en 2018

en France par régions



2 185 PHARMACIES D'OFFICINE EN NOUVELLE-AQUITAINE

L'implantation des pharmacies est encadrée et soumise à des quotas de population : l'ouverture d'une pharmacie est possible dans les communes qui comptent plus de 2 500 habitants. Ensuite, l'ouverture ou le transfert de nouvelles pharmacies sont autorisés par tranche de 4 500 habitants. En 2018, la région compte 2 185 pharmacies d'officine qui desservent chacune en moyenne 2 691 habitants contre 3 125 habitants par pharmacie au niveau national.

DES DENSITÉS SUPÉRIEURES AU NIVEAU NATIONAL MAIS DES ÉCARTS ENTRE LES DÉPARTEMENTS

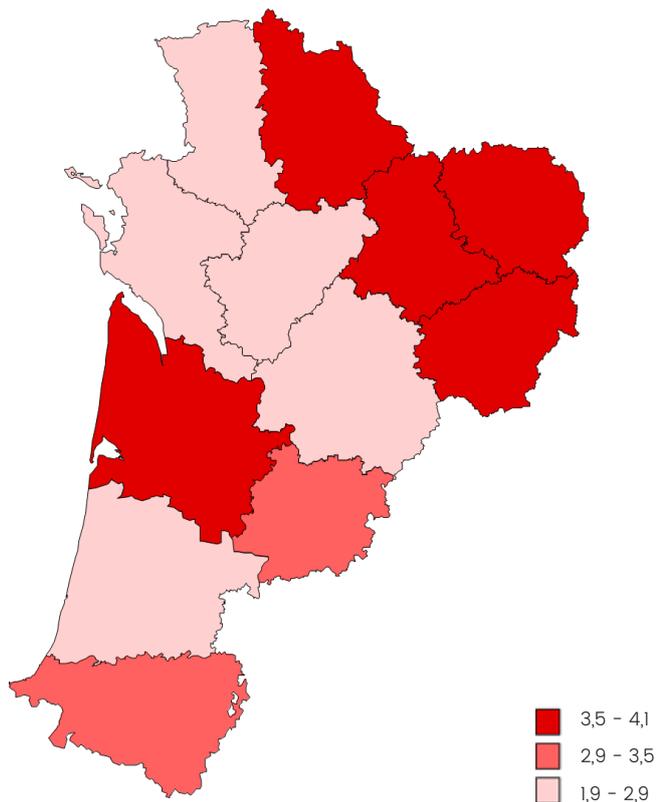
Au sein de la région, les écarts sont relativement importants puisque une pharmacie dessert en moyenne plus de 2 900 habitants dans les Landes ou les Deux-Sèvres mais seulement 1 914 habitants en Creuse.

La médecine et la chirurgie (hospitalisation à temps complet)

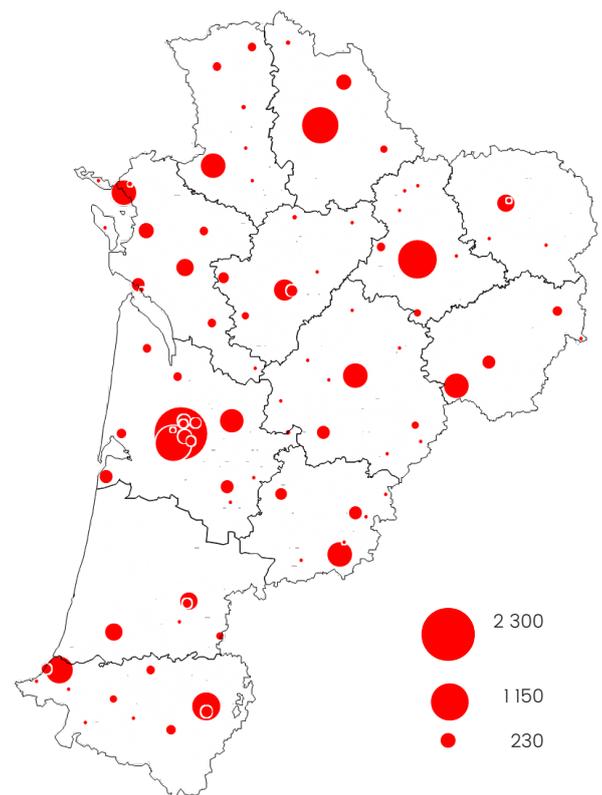
Des taux d'équipement plus importants dans l'ex-Limousin, la Vienne et la Gironde

Équipement en lits de médecine et de chirurgie à temps complet en 2016

Taux d'équipement par départements
(pour 1 000 habitants)



Nombre de lits par communes

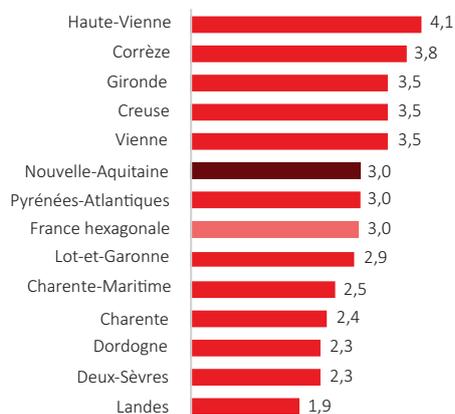


UN TAUX D'ÉQUIPEMENT COMPARABLE AU NIVEAU NATIONAL

La Nouvelle-Aquitaine compte plus de 17 600 lits d'hospitalisation complète en médecine et en chirurgie, soit un taux d'équipement de 3 lits pour 1 000 habitants. Ce taux est identique au taux national.

Avec des taux d'équipement compris entre 3,5 et 4,1, les départements de l'ex-région Limousin, ainsi que la Vienne et la Gironde, présentent les offres en lits de médecine et de chirurgie à temps complet les plus élevées. Les écarts sont importants entre les départements : le taux d'équipement est plus de deux fois plus faible dans les Landes que dans la Haute-Vienne.

Taux d'équipement par départements
(pour 1 000 habitants)



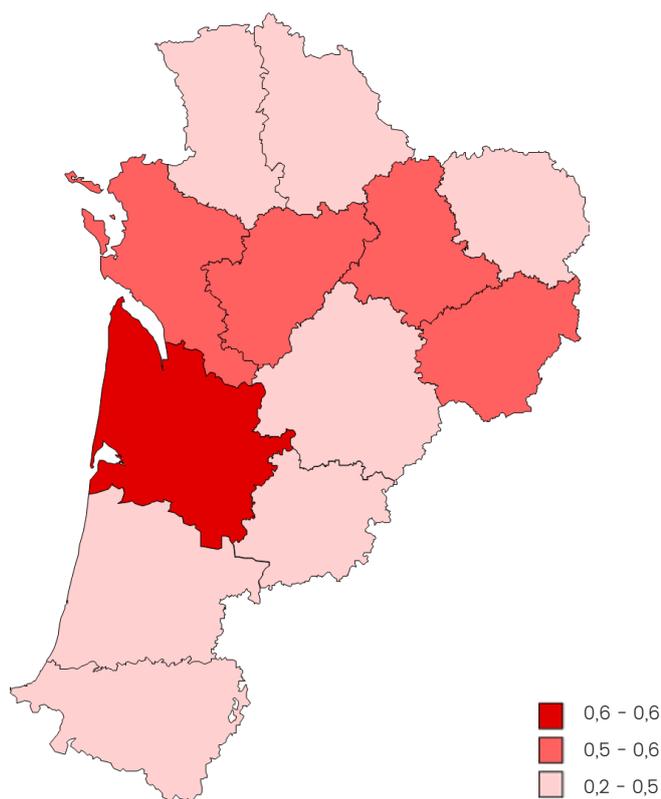
Sources: ARS N-A, Drees (SAE 2016), Insee (RP 2014)
Réalisation : ARS N-A, ORS N-A

La médecine et la chirurgie (hospitalisation à temps partiel)

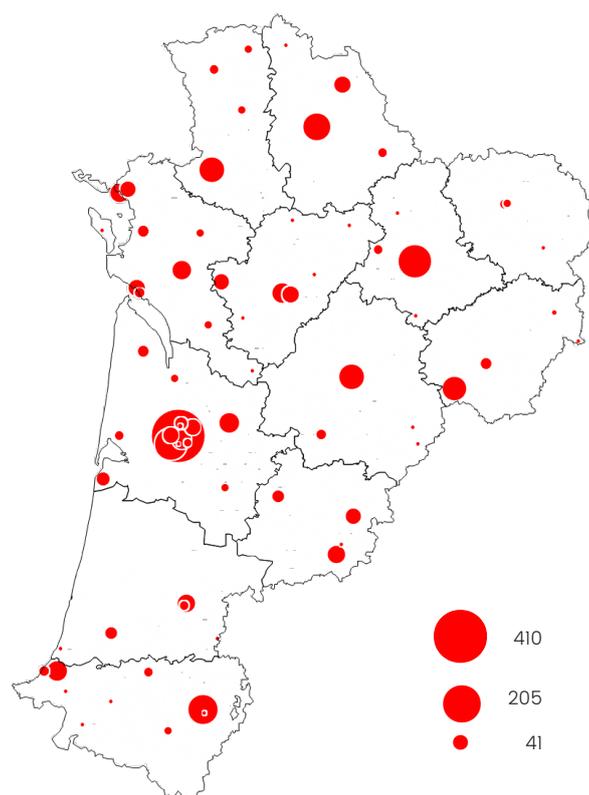
Un tiers des places sont installées en Gironde

Équipement en places de médecine et de chirurgie à temps partiel en 2016

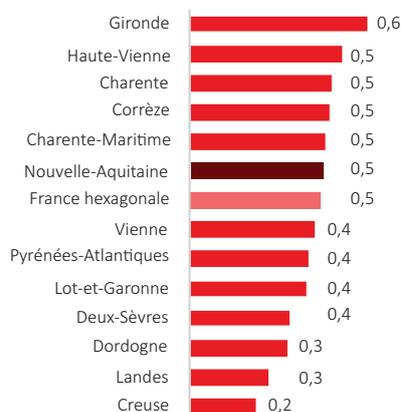
Taux d'équipement par départements
(pour 1 000 habitants)



Nombre de places par communes



Taux d'équipement par départements
(pour 1 000 habitants)



UN TAUX D'ÉQUIPEMENT 3 FOIS PLUS ÉLEVÉ EN GIRONDE QU'EN CREUSE

En 2016, la Nouvelle-Aquitaine dispose de 2 762 places d'hospitalisation à temps partiel en médecine et en chirurgie. Le taux d'équipement régional est identique au taux national avec 0,5 place pour 1 000 habitants. Au sein de la région, les écarts sont élevés. Avec un taux d'équipement de 0,6 place pour 1 000 habitants, la Gironde est le département le mieux équipé et comptabilise 947 places, soit un tiers de la capacité totale en Nouvelle-Aquitaine. Plus de 40 % de ces places sont situées à Bordeaux.

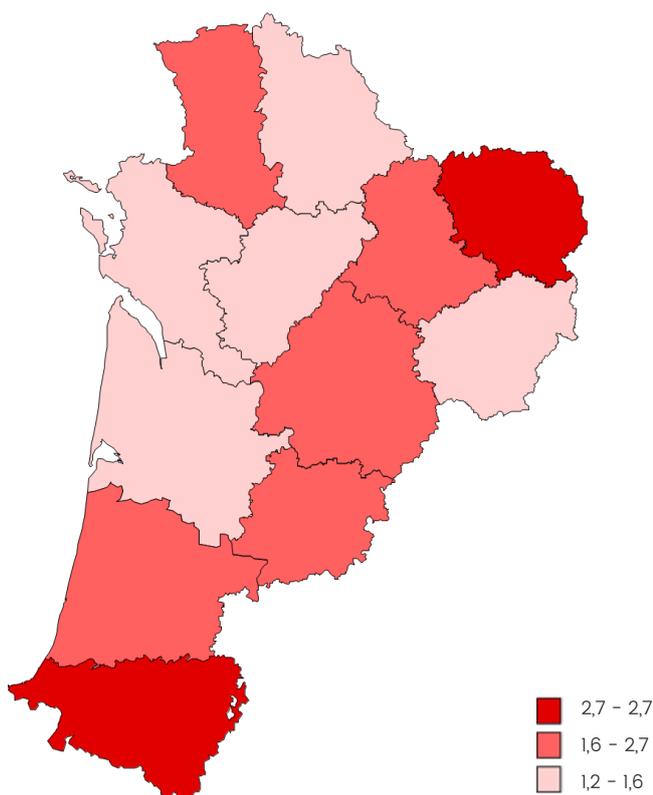
En Creuse, le taux d'équipement est trois fois inférieur à celui de la Gironde avec 0,23 place pour 1 000 habitants. Le département comptabilise seulement 28 places.

Les soins de suite et de réadaptation (hospitalisation à temps complet)

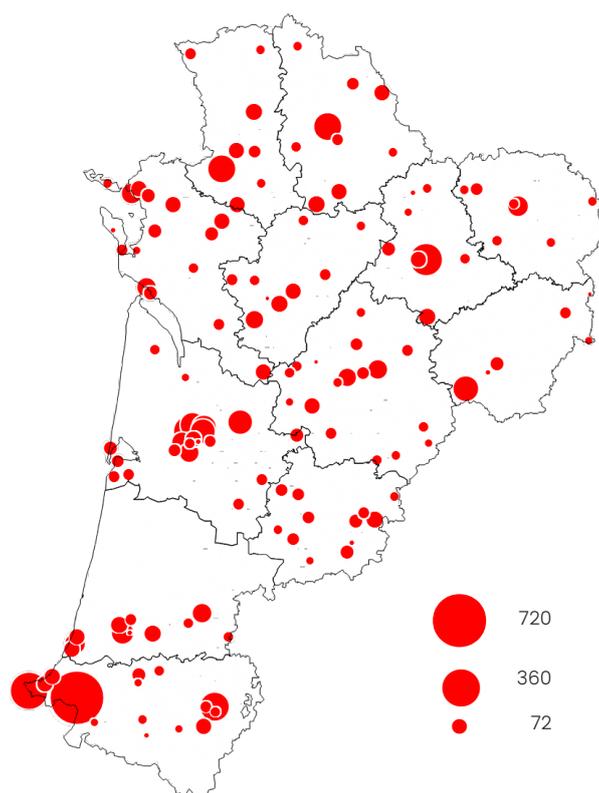
La Creuse et les Pyrénées-Atlantiques les mieux dotées

Équipement en lits de soins de suite et de réadaptation en hospitalisation complète en 2016

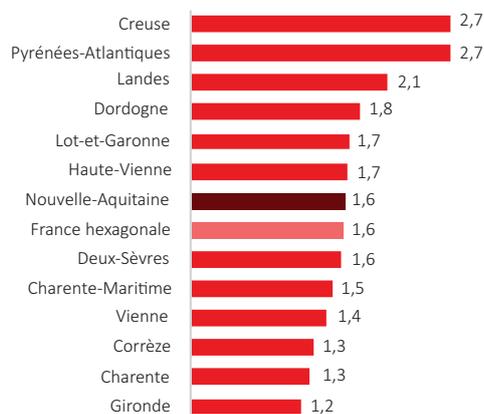
Taux d'équipement par départements
(pour 1 000 habitants)



Nombre de lits par communes



Taux d'équipement par départements
(pour 1 000 habitants)



DES DIFFÉRENCES DÉPARTEMENTALES MARQUÉES

La Nouvelle-Aquitaine compte 9 613 lits d'hospitalisation complète en soins de suite et de réadaptation (voir définition), soit un taux d'équipement de 1,6 lit pour 1 000 habitants identique au taux national.

Deux départements ont des taux d'équipement importants : la Creuse et les Pyrénées-Atlantiques avec 2,7 lits pour 1 000 habitants.

À l'opposé, la Gironde, malgré un nombre important de lits (1 826 lits), possède le taux d'équipement le plus faible : 1,2 lit pour 1 000 habitants.

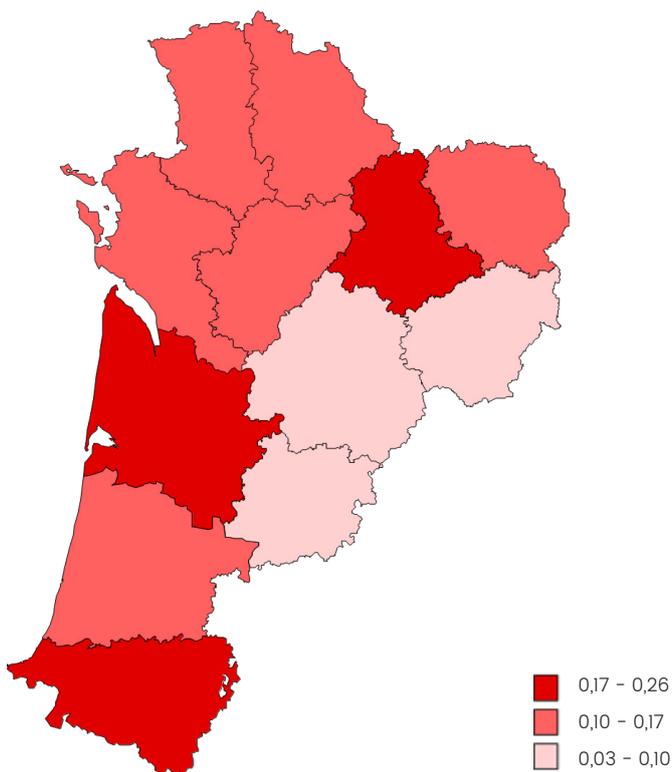
Bien que plus nombreux dans les grands centres urbains, la distribution géographique des lits couvre également des territoires plus ruraux.

Les soins de suite et de réadaptation (hospitalisation à temps partiel)

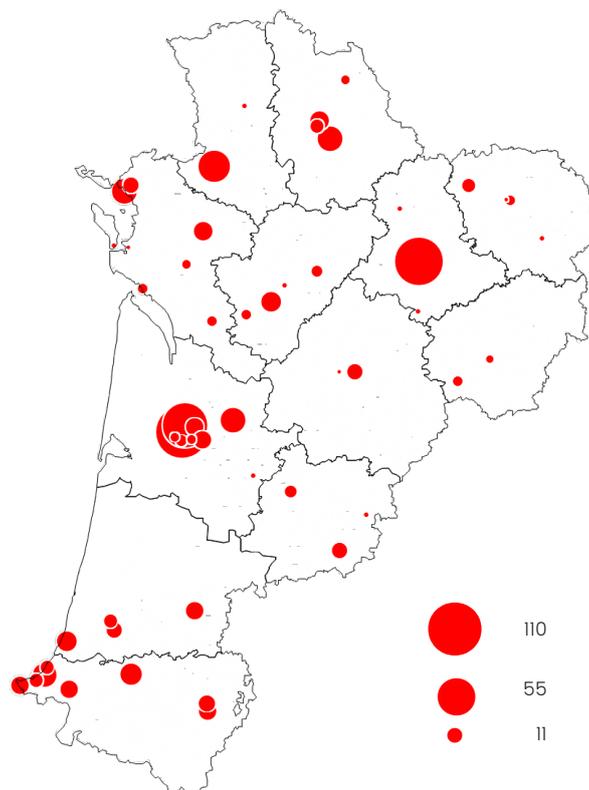
Un peu plus de 800 places installées en Nouvelle-Aquitaine

Équipement en places de soins de suite et de réadaptation en hospitalisation à temps partiel en 2016

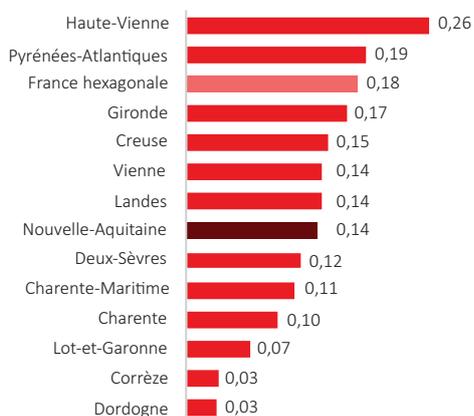
Taux d'équipement par départements
(pour 1 000 habitants)



Nombre de places par communes



Taux d'équipement par départements
(pour 1 000 habitants)



UNE OFFRE PLUS FAIBLE EN CORRÈZE ET EN DORDOGNE

La région dispose de 813 places en soins de suite et de réadaptation en hospitalisation à temps partiel (voir définition), soit un taux d'équipement proche du taux national : 0,14 place pour 1 000 habitants contre 0,18 en France métropolitaine.

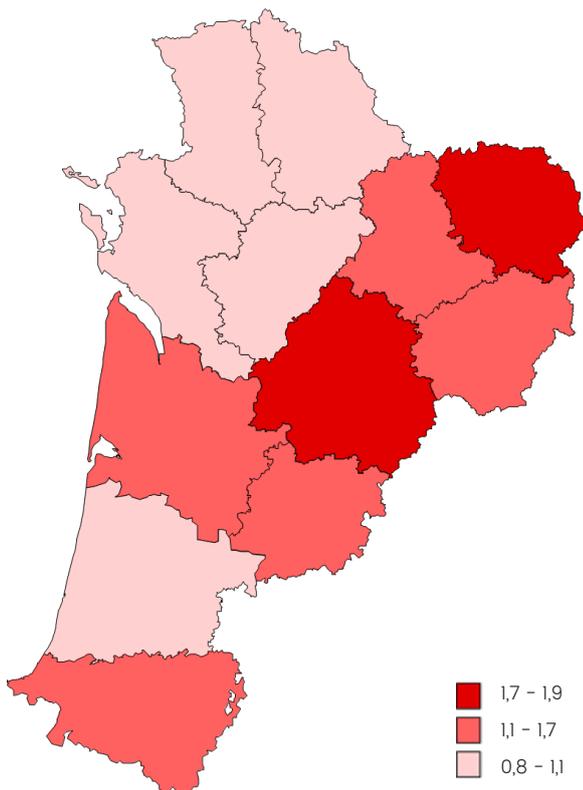
Avec 0,26 place pour 1 000 habitants, la Haute-Vienne est le département le mieux doté, devant les Pyrénées-Atlantiques et la Gironde. La Corrèze et la Dordogne possèdent les taux d'équipement les plus bas de la région.

La psychiatrie générale (hospitalisation à temps complet)

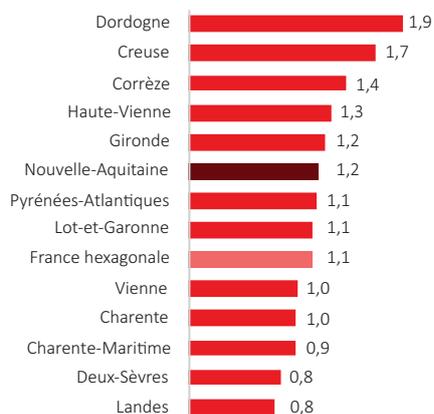
Les départements de l'ex-Poitou-Charentes et des Landes les moins bien pourvus

Équipement en lits ou places installés en hospitalisation à temps complet en 2016

Taux d'équipement par départements
(pour 1 000 habitants de plus de 16 ans)



Taux d'équipement par départements
(pour 1 000 habitants de plus de 16 ans)



UNE OFFRE DEUX FOIS MOINS IMPORTANTE POUR LES DÉPARTEMENTS LES MOINS DOTÉS

La Nouvelle-Aquitaine dispose de 5 638 lits ou places d'hospitalisation à temps complet en psychiatrie, soit un taux d'équipement de 1,2 lit ou place pour 1 000 habitants de plus de 16 ans, taux comparable au taux national (1,1).

Deux départements, la Dordogne et la Creuse, ont des taux d'équipement élevés par rapport à celui observé sur le territoire régional. Avec 650 places ou lits installés en hospitalisation complète, la Dordogne compte 1,9 lit pour 1 000 habitants. La Creuse, avec 168 lits, compte 1,7 lit pour 1 000 habitants de plus de 16 ans.

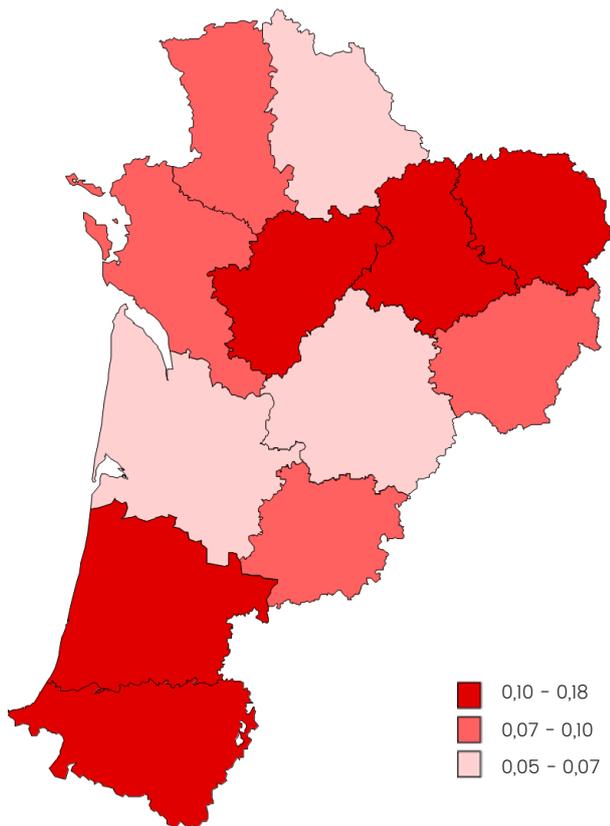
Les Landes et les Deux-Sèvres sont les départements ayant les taux d'équipement les plus faibles de la région avec 0,8 lit ou place installé en hospitalisation complète.

La psychiatrie générale (offre ambulatoire)

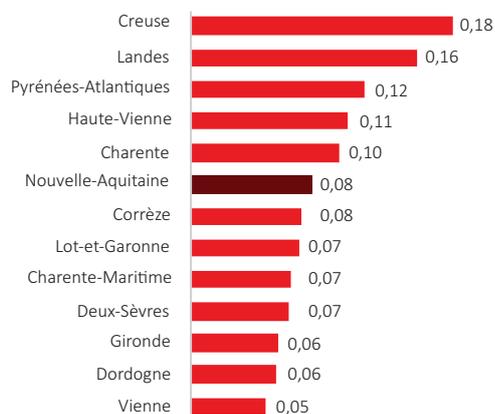
Une offre homogène sur les territoires

Équipement en nombre de centres médico-psychologiques (CMP) et centres d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP) en 2016

Taux d'équipement par départements
(pour 1 000 habitants de 18 ans ou plus)



Taux d'équipement par départements
(pour 1 000 habitants de 18 ans ou plus)



DES DIFFÉRENCES PEU MARQUÉES SELON LE DÉ- PARTEMENT

L'offre ambulatoire en psychiatrie s'articule principalement autour du CMP (Centre Médico Psychologique), unité de coordination et d'accueil en milieu ouvert spécialisée dans le traitement des pathologies mentales, et du CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel), qui vise à maintenir ou à favoriser une existence autonome par des actions de soutien et thérapies de groupe (voir définition). En psychiatrie générale, cette offre diffère très peu d'un département à l'autre. Le taux d'équipement varie de 0,05 CMP ou CATTP pour 1 000 habitants de 18 ans ou plus dans la Vienne, à 0,18 dans la Creuse, pour une valeur régionale se situant à 0,08.

Dans la région Nouvelle-Aquitaine, 396 structures ont été recensées en 2016. Le département en comptant le plus grand nombre est la Gironde avec 73 structures, devant les Pyrénées-Atlantiques avec 64 structures. La Corrèze en compte le moins avec 15 structures recensées, la Creuse et la Vienne en comptant 18.

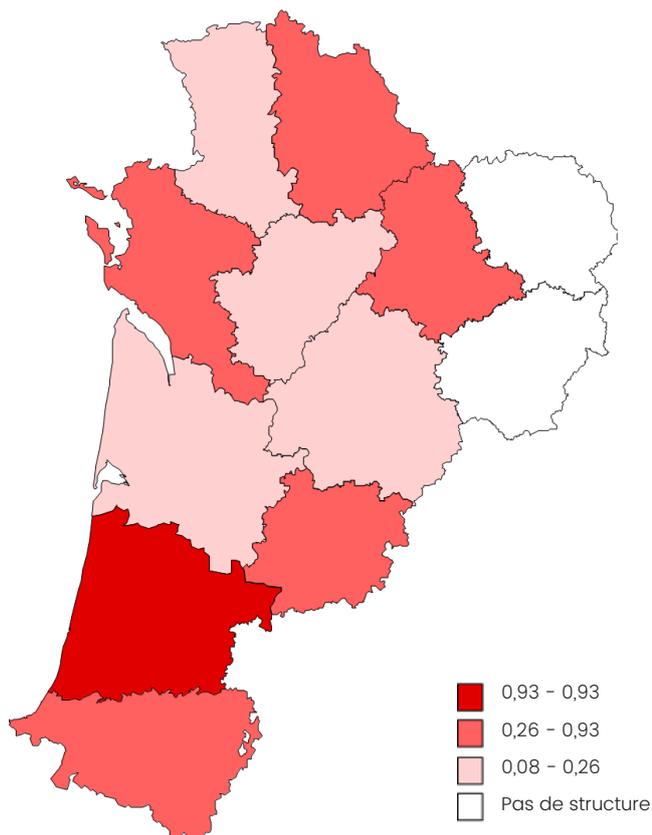
La psychiatrie infanto-juvénile (hospitalisation à temps complet)

Un taux d'équipement régional légèrement supérieur au taux national

Équipement en lits ou places installés en hospitalisation à temps complet en 2016

Taux d'équipement par départements

(pour 1 000 habitants de moins de 18 ans)



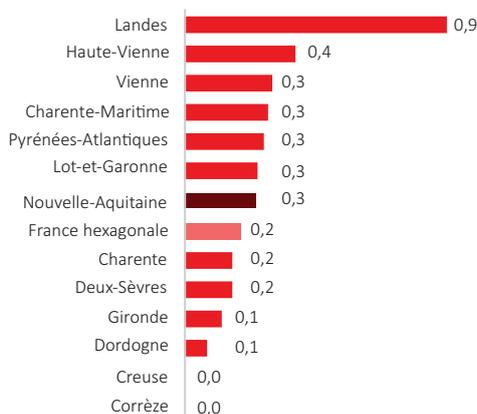
UN FORT TAUX D'ÉQUIPEMENT DANS LES LANDES

Avec 75 places, le département des Landes compte le plus fort taux d'équipement en nombre de places ou lits installés : 0,9 pour 1 000 habitants de moins de 18 ans. Ce taux est de 0,25 pour 1 000 habitants de moins de 18 ans sur la Nouvelle-Aquitaine, taux légèrement supérieur au taux national.

Deux départements ne sont pas pourvus d'une offre d'hospitalisation psychiatrique à temps complet dédiée aux enfants et adolescents : la Corrèze et la Creuse.

Taux d'équipement par départements

(pour 1 000 habitants de moins de 18 ans)



Sources: ARS N-A, Drees (SAE 2016), Insee (RP 2014)

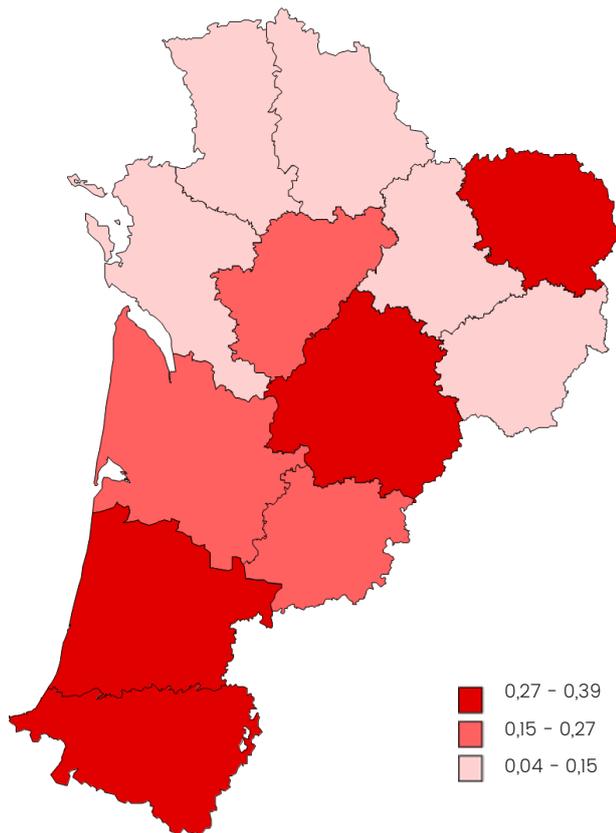
Réalisation : ARS N-A, ORS N-A

La psychiatrie infanto-juvénile (offre ambulatoire)

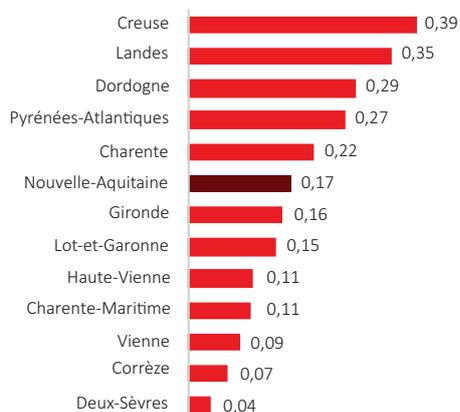
Une offre plus faible dans les Deux-Sèvres

Équipement en nombre de centres médico-psychologiques (CMP) et centres d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP) en 2016

Taux d'équipement par départements
(pour 1 000 habitants de moins de 18 ans)



Taux d'équipement par départements
(pour 1 000 habitants de moins de 18 ans)



UNE OFFRE UN PEU PLUS FAIBLE DANS LE NORD DE LA RÉGION

L'offre ambulatoire en psychiatrie s'articule principalement autour du CMP (Centre Médico Psychologique), unité de coordination et d'accueil en milieu ouvert spécialisée dans le traitement des pathologies mentales, et du CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel), qui vise à maintenir ou à favoriser une existence autonome par des actions de soutien et thérapies de groupe (voir définition). En psychiatrie infanto-juvénile, cette offre est plus importante dans le département de la Creuse. Avec huit structures dédiées à la prise en charge des enfants dans ce département (quatre CMP et quatre CATTP), le taux d'équipement pour 1 000 habitants de moins de 18 ans est de 0,39 structure.

Ce taux est deux fois plus important que le taux régional, de 0,17, pour un total de 204 structures (dont 145 CMP et 59 CATTP).

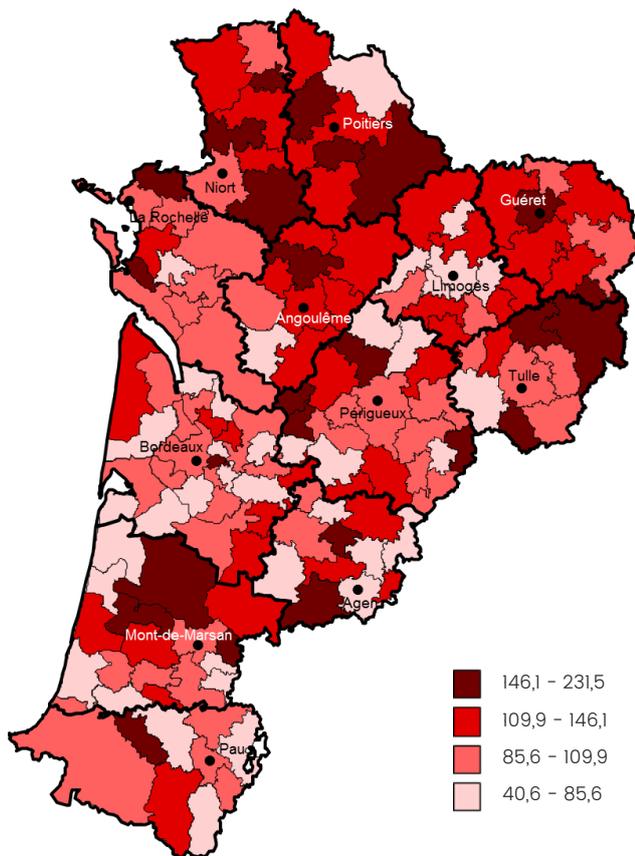
C'est dans les Deux-Sèvres que l'offre est la plus faible. À l'instar de la Corrèze moins peuplée, seules trois structures destinées à la prise en charge ambulatoire en psychiatrie infanto-juvénile ont été comptabilisées dans ce département, soit un taux ramené à 1 000 habitants de moins de 18 ans ne dépassant pas 0,04 structure.

L'hébergement complet pour les personnes âgées

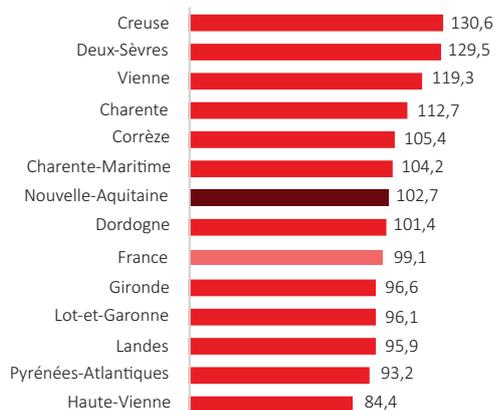
Près de 69 000 places en hébergement à temps complet en Nouvelle-Aquitaine en 2017

Taux d'équipement en hébergement complet pour personnes âgées dépendantes
(pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus)

en Nouvelle-Aquitaine par départements



en Nouvelle-Aquitaine par départements



UN TAUX D'ÉQUIPEMENT LÉGÈREMENT SUPÉRIEUR AU TAUX NATIONAL

Avec 68 790 places en hébergement complet (voir définition), la région Nouvelle-Aquitaine possède un taux d'équipement de 102,7 places pour 1 000 habitants âgés de 75 ans ou plus. Ce taux est légèrement supérieur au taux national (99,1).

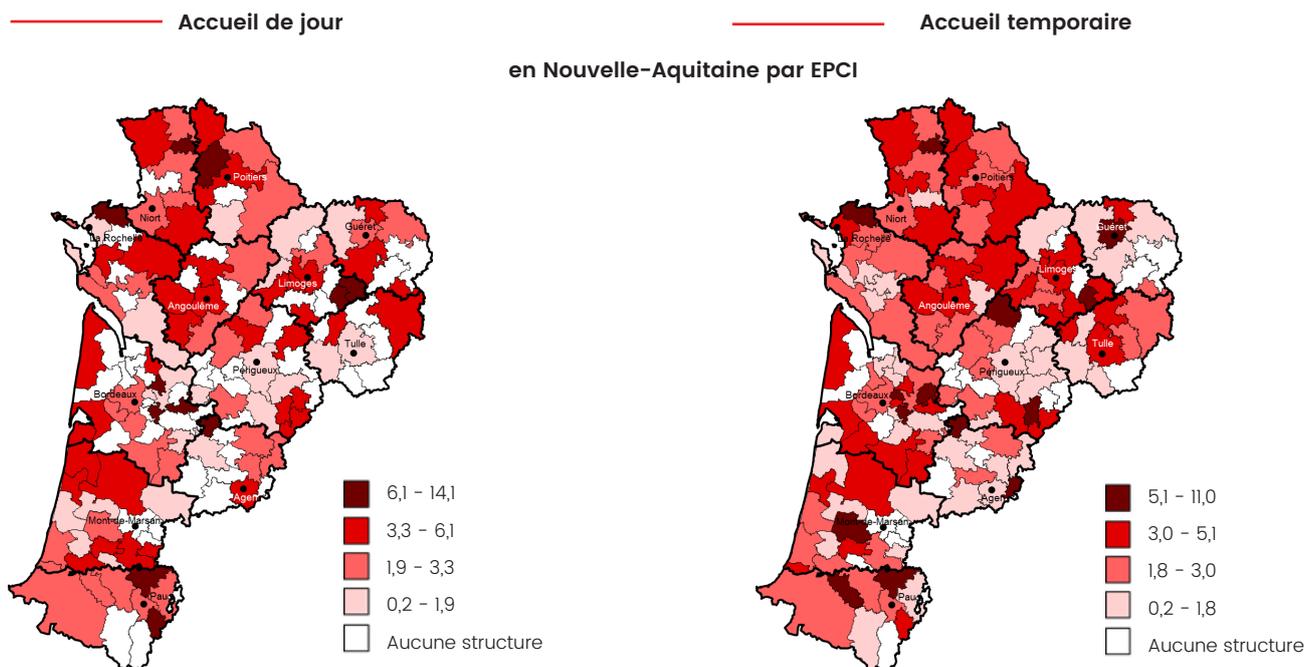
DES ÉCARTS ENTRE LES DÉPARTEMENTS

Au sein de la région, le taux d'équipement varie de 84 en Haute-Vienne à près de 131 dans la Creuse. La Haute-Vienne et les 4 départements les plus au sud ont un taux d'hébergement inférieur au taux national. À l'inverse, la Vienne, les Deux-Sèvres et la Creuse sont bien dotés. Les écarts sont encore plus importants à l'échelle des territoires, le taux d'équipement variant de 41 places pour 1 000 personnes âgées (dans la CC Sarlat-Périgord Noir) à plus de 230 (dans la CC du Pays de Saint Aulaye), soit dans un rapport de 1 à 6.

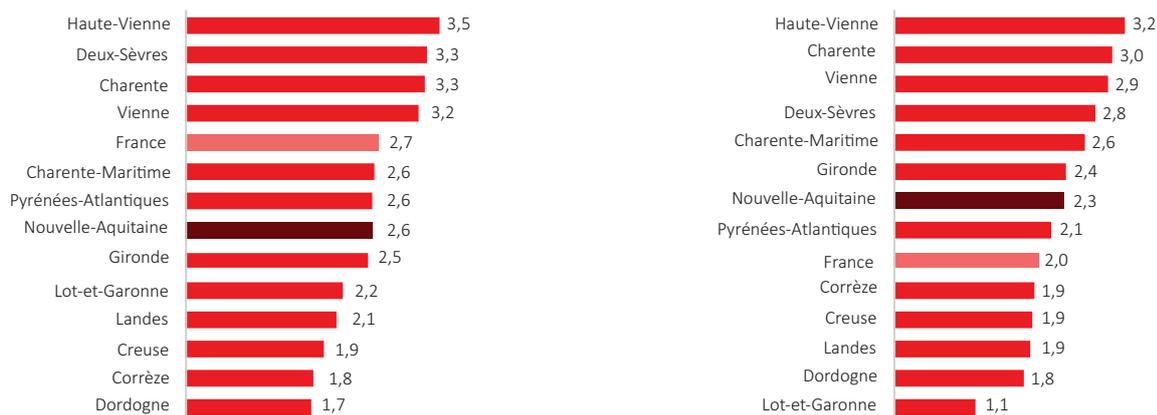
L'accueil de jour et l'hébergement temporaire pour les personnes âgées

Un accueil de jour et temporaire absent dans certains territoires en 2017

Taux d'équipement en structures pour personnes âgées dépendantes
(places installées pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus)



en Nouvelle-Aquitaine par départements



UNE OFFRE TRÈS VARIABLE À L'ÉCHELLE INFRA-RÉGIONALE

En Nouvelle-Aquitaine, 1 718 places en accueil de jour et 1 559 places en hébergement temporaire sont installées dans les structures pour personnes âgées dépendantes. Les taux d'équipement en Nouvelle-Aquitaine sont proches de ceux de la France pour l'accueil de jour comme pour l'accueil temporaire.

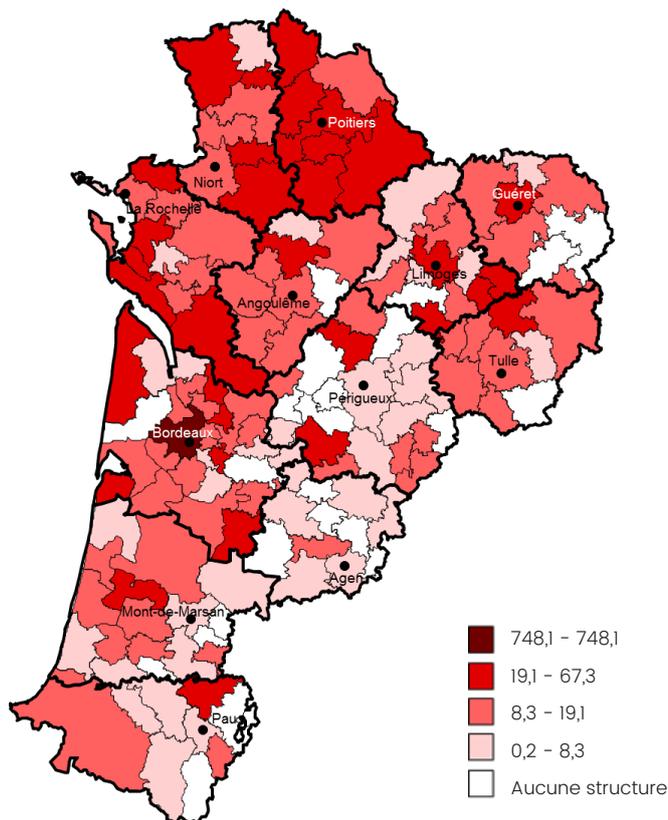
L'offre varie de façon importante entre les départements puisque le taux d'équipement en accueil de jour est 2 fois plus élevé en Haute-Vienne qu'en Dordogne, et le taux d'équipement en accueil temporaire est près de 3 fois supérieur en Haute-Vienne que dans le Lot-et-Garonne. Enfin, un tiers des territoires infra-départementaux ne dispose d'aucune place en accueil de jour, et 15 % d'aucune place en accueil temporaire.

L'accueil des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés

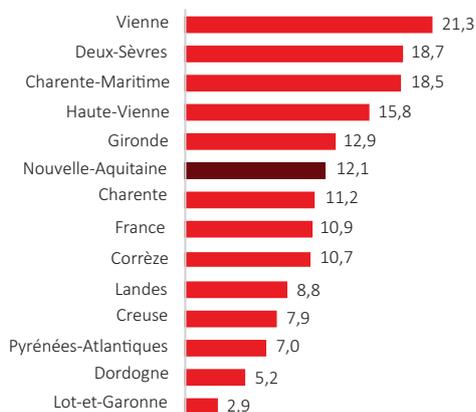
Un taux d'équipement régional favorable mais de fortes inégalités entre les territoires

Taux d'équipement en structures pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en 2017
(pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus)

en Nouvelle-Aquitaine par départements



en Nouvelle-Aquitaine par départements



PRÈS DE 8 100 PLACES POUR MALADES ALZHEIMER

La Nouvelle-Aquitaine dispose de 8 096 places pour malades Alzheimer dans les structures pour personnes âgées dépendantes, soit un taux d'équipement de 12,1 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus, taux supérieur au taux national (10,9).

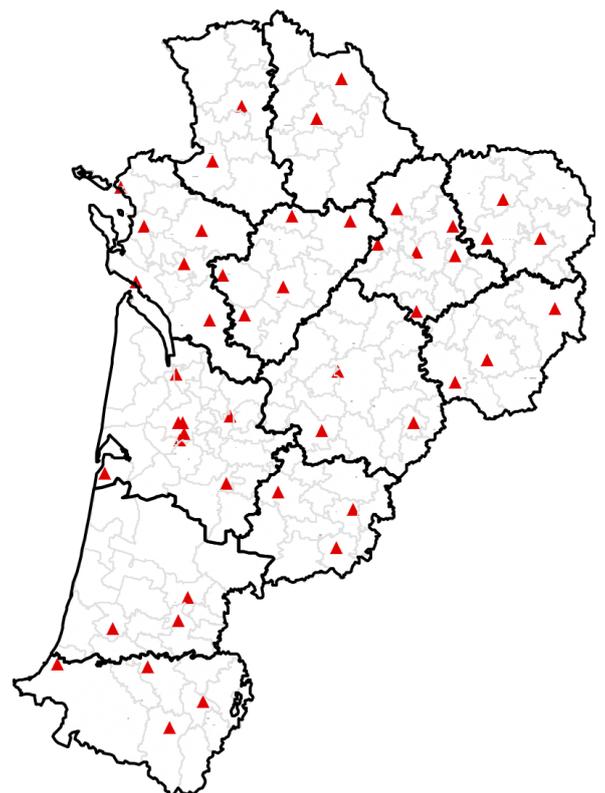
UNE RÉPARTITION INÉGALE SUR LE TERRITOIRE

Si le taux d'équipement est bien au-dessus de la moyenne nationale en Haute-Vienne, Charente-Maritime, Deux-Sèvres et dans la Vienne (avec un taux plus de 2 fois supérieur au taux national), il est très faible en Dordogne et surtout dans le Lot-et-Garonne (2,9).

Vingt-trois des 153 territoires infra-départementaux ne possèdent aucune place pour des malades Alzheimer (6 en Dordogne, 5 en Lot-et-Garonne) alors que 10 % de la capacité régionale sont localisés à Bordeaux Métropole.

Consultations mémoire

en Nouvelle-Aquitaine par communes

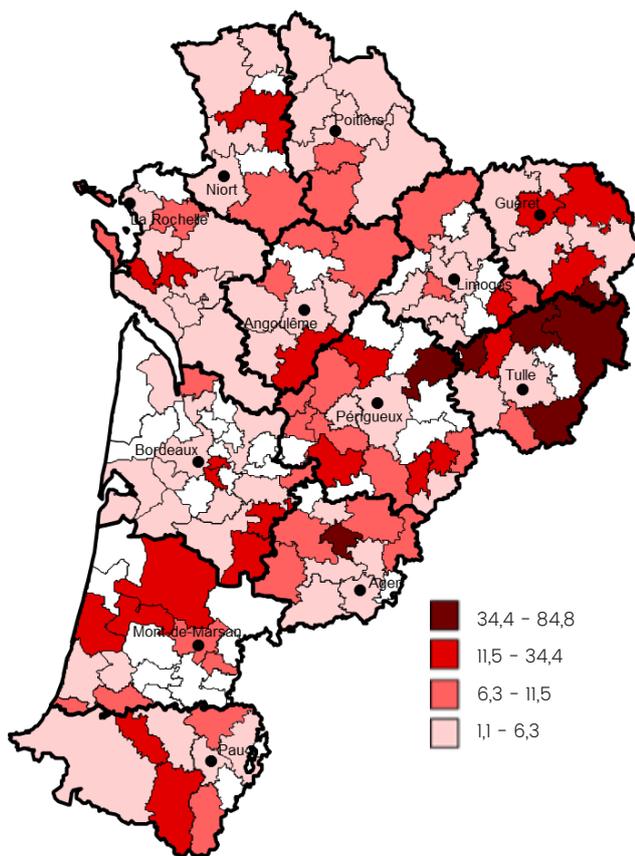


L'hébergement des adultes en situation de handicap

Une répartition inégale au sein de la Nouvelle-Aquitaine

Taux d'équipement en places d'hébergement dans les établissements pour adultes handicapés en 2017
(pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans)

en Nouvelle-Aquitaine par EPCI



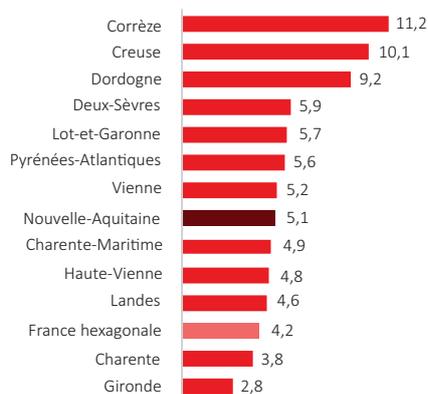
14 607 PLACES D'HÉBERGEMENT EN STRUCTURES ADULTES EN NOUVELLE-AQUITAINE

Le taux d'équipement régional est supérieur au taux national : 5,1 places pour 1 000 personnes âgées de 20-59 ans contre 4,2 au niveau national.

UN TAUX FAIBLE EN CHARENTE ET EN GIRONDE

Le taux d'équipement est supérieur à la valeur nationale dans 10 des 12 départements. Il est même deux fois plus élevé que le taux national dans 3 départements très bien dotés : la Dordogne, la Creuse et la Corrèze. À l'inverse, le taux est inférieur à la valeur nationale en Charente et en Gironde.

en Nouvelle-Aquitaine par départements

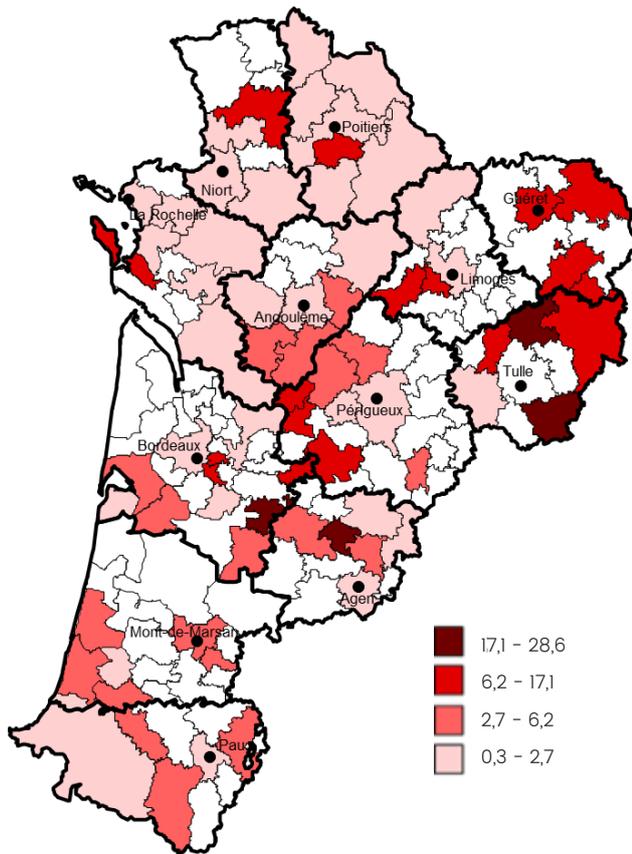


Les places médicalisées pour les adultes en situation de handicap

Un taux d'équipement proche du taux national mais une répartition inégale

Taux d'équipement en places médicalisées dans les établissements pour adultes handicapés en 2017
(pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans)

en Nouvelle-Aquitaine par EPCI



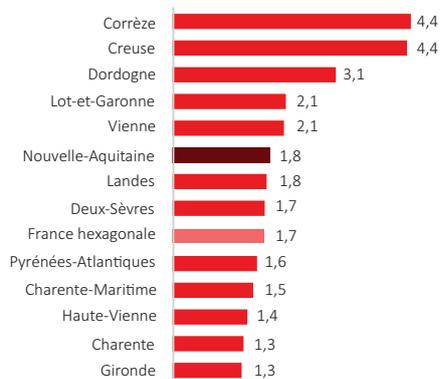
5 232 PLACES MÉDICALISÉES EN NOUVELLE-AQUITAINE

Avec 5 232 places médicalisées en structure pour adultes (Maison d'accueil spécialisée ou Foyer d'accueil médicalisé) (voir définition), la Nouvelle-Aquitaine possède un taux d'équipement proche du taux national : 1,8 place pour 1 000 personnes de 20-59 ans contre 1,7 pour la France hexagonale.

Ce taux est très variable à l'échelle infra régionale puisqu'il est de 1,3 en Gironde et en Charente mais atteint 4,4 en Creuse et en Corrèze.

Parmi les 153 territoires intercommunaux, seuls 74 possèdent une offre médicalisée, soit près d'un territoire sur deux.

en Nouvelle-Aquitaine par départements

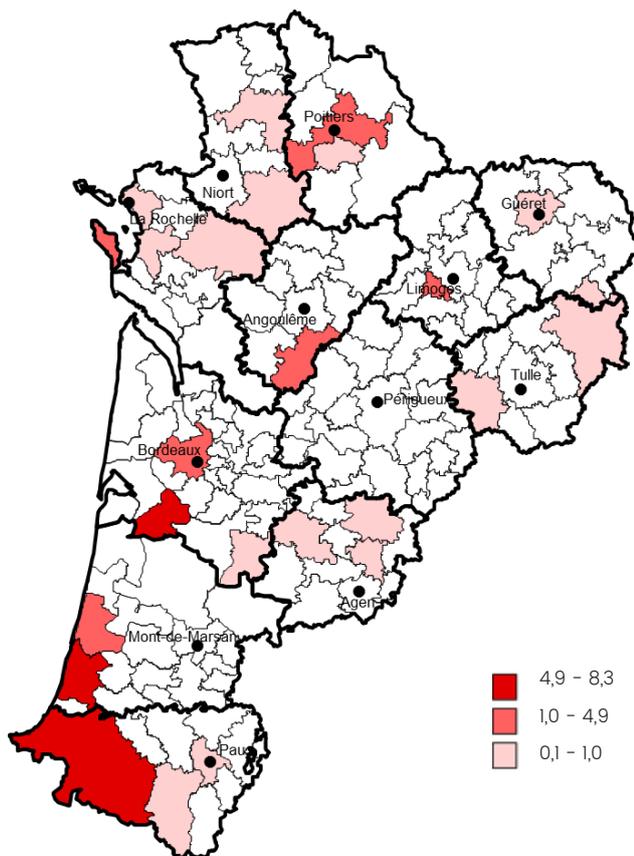


L'offre pour les adultes atteints de troubles autistiques

Un peu moins de 500 places pour adultes autistes en Nouvelle-Aquitaine

Taux d'équipement en places pour adultes atteints de troubles autistiques en 2017
(pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans)

en Nouvelle-Aquitaine par EPCI



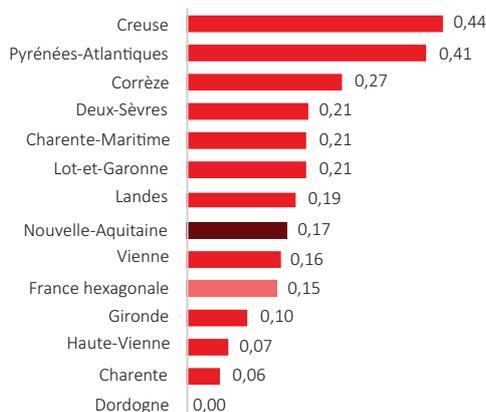
498 PLACES EN ÉTABLISSEMENT POUR DES ADULTES AUTISTES

Le taux d'équipement correspond à 0,17 place pour 1 000 personnes âgées de 20-59 ans. Ce taux est proche du taux national (0,15).

L'offre est très inégalement répartie sur le territoire puisqu'elle est totalement absente en Dordogne alors que 136 des 498 places (soit plus du quart de l'offre) se situent dans les Pyrénées-Atlantiques.

Au sein des départements, seuls 25 territoires disposent d'au moins une place pour adultes autistes. Certains territoires abritant un centre urbain sont dépourvus de cette offre : Tulle, Angoulême, Niort, Périgueux, Agen et Mont-de-Marsan.

en Nouvelle-Aquitaine par départements



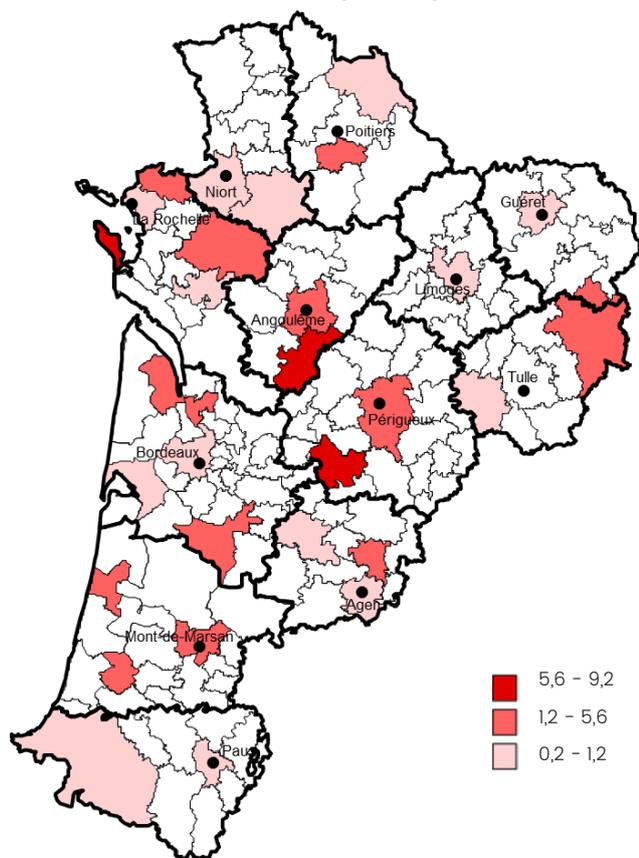
L'offre pour les enfants atteints de troubles autistiques

Une offre pour enfants autistes présente dans chaque département

Taux d'équipement en places pour enfants atteints de troubles autistiques en 2017

(pour 1 000 enfants de moins de 20 ans)

en Nouvelle-Aquitaine par EPCI

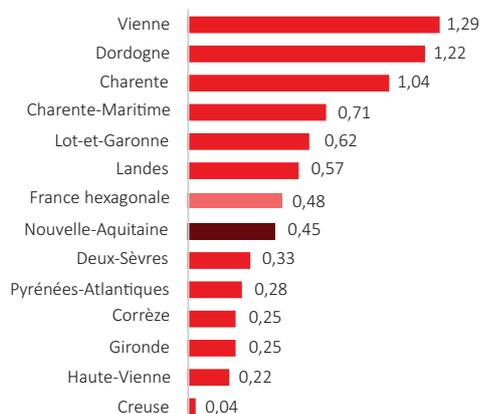


591 PLACES POUR ENFANTS AUTISTES SUR L'ENSEMBLE DE LA RÉGION

Le taux d'équipement régional est relativement proche du taux national : 0,45 place pour 1 000 enfants de moins de 20 ans versus 0,48 en France.

La Vienne, la Dordogne et la Charente ont un taux d'équipement plus de 2 fois supérieur à celui de la France. La Creuse, à l'inverse, possède un taux d'équipement très bas (seulement 4 places sur l'ensemble du département). Chaque département possède au moins deux territoires (EPCI) avec une offre pour enfants autistes à l'exception de la Creuse et de la Haute-Vienne. Au total, 30 des 153 territoires infra-départementaux possèdent une offre, soit 1 sur 5.

en Nouvelle-Aquitaine par départements



Sources: ARS N-A (FINESS 2017), Insee (RP 2014)

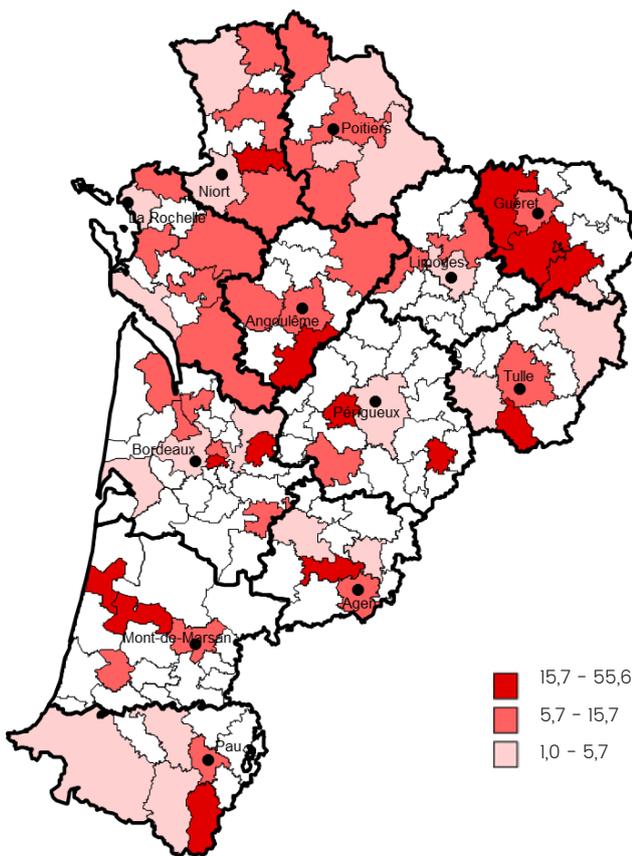
Réalisation : ARS N-A, ORS N-A

L'offre pour les enfants atteints de déficiences intellectuelles

Un taux d'équipement très élevé pour deux départements : les Deux-Sèvres et la Vienne

Taux d'équipement en places dans les établissements pour enfants atteints de déficiences intellectuelles en 2017 (pour 1 000 enfants de moins de 20 ans)

en Nouvelle-Aquitaine par EPCI



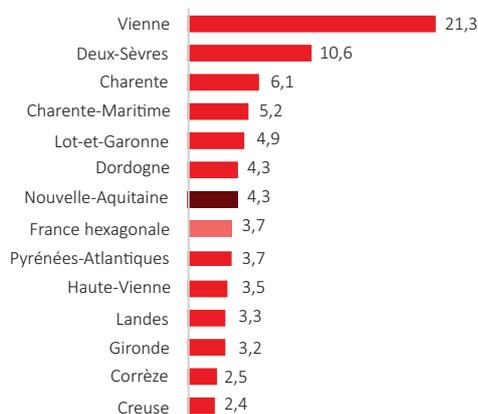
UN TOTAL DE 5 609 PLACES EN NOUVELLE-AQUITAINE

Le taux d'équipement régional est de 4,3 places pour 1 000 enfants âgés de moins de 20 ans, supérieur au taux national (3,7).

Tous les départements disposent d'une offre mais les taux d'équipement varient dans un rapport de 1 à presque 10, de 2,4 places pour 1 000 enfants en Creuse à plus de 21 en Vienne.

Soixante et un des 153 territoires infra-départementaux proposent une offre pour enfants déficients intellectuellement, soit près de 40 % des territoires. L'offre est présente sur tous les pôles urbains mais également sur des territoires plus ruraux, notamment dans les départements de l'ex Poitou-Charentes.

en Nouvelle-Aquitaine par départements

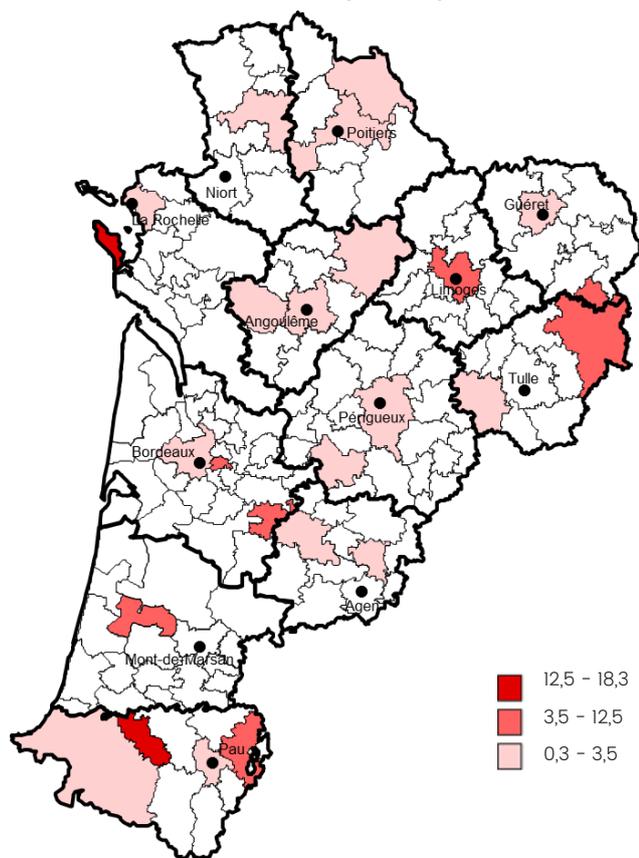


L'offre pour les enfants atteints de polyhandicap et de déficiences motrices

Un taux d'équipement élevé dans la Vienne

Taux d'équipement en places dans les établissements pour enfants atteints de polyhandicap et de déficiences motrices en 2017 (pour 1 000 enfants de moins de 20 ans)

en Nouvelle-Aquitaine par EPCI



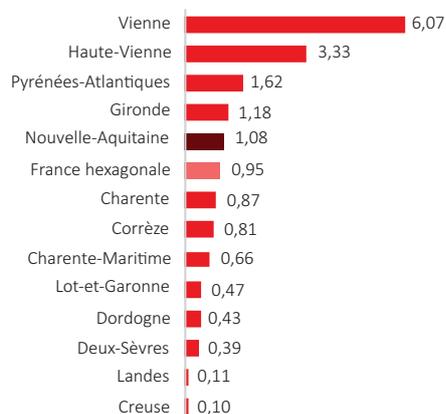
PLUS DE 75 % DE LA CAPACITÉ RÉPARTIE SUR 4 DÉPARTEMENTS

La Nouvelle-Aquitaine compte 1 404 places pour enfants déficients moteurs ou souffrant de polyhandicap. Le taux d'équipement est supérieur au taux national avec 1,1 place pour 1 000 enfants âgés de moins de 20 ans contre 0,95 pour la France hexagonale.

Plus des trois quarts de la capacité totale régionale se situent dans 4 départements : la Vienne, la Haute-Vienne, les Pyrénées-Atlantiques et la Gironde. L'offre est très faible dans les Landes et en Creuse (10 places dans chacun de ces deux départements).

Si chaque département possède des places, elles sont parfois localisées sur un seul territoire au sein du département. C'est le cas dans les Landes, les Deux-Sèvres, la Creuse et la Haute-Vienne. Au total, 24 territoires sur les 153 disposent d'une offre, soit 16 %.

en Nouvelle-Aquitaine par départements

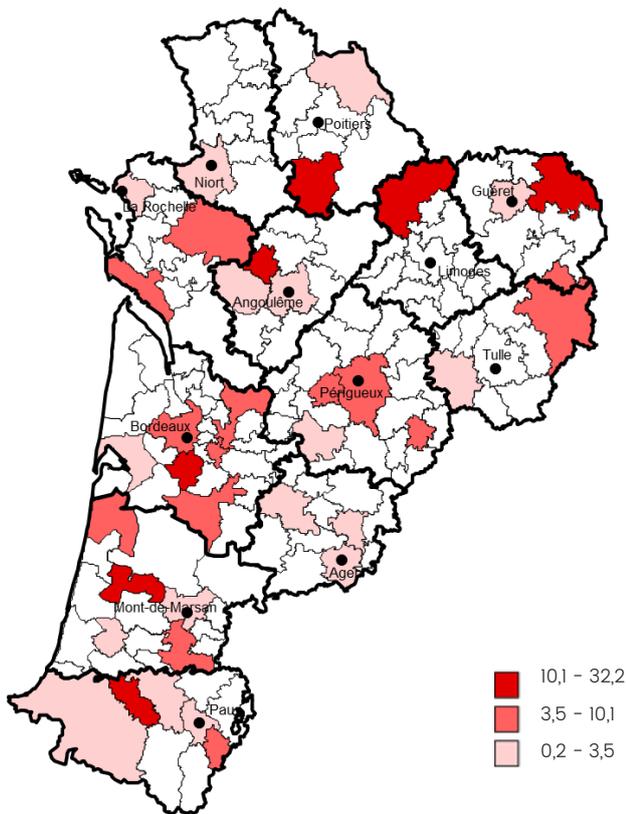


L'offre pour les enfants atteints de déficiences psychiques

Un taux d'équipement supérieur au taux national

Taux d'équipement en places dans les établissements pour enfants atteints de déficiences psychiques en 2017
(pour 1 000 enfants de moins de 20 ans)

en Nouvelle-Aquitaine par EPCI

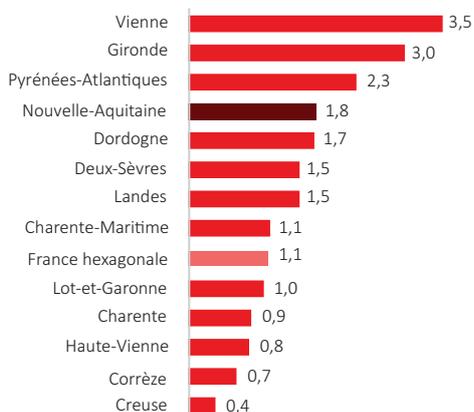


UN TAUX D'ÉQUIPEMENT INÉGAL SELON LES DÉPARTEMENTS

La région compte 2 284 places pour enfants souffrant de déficiences psychiques, soit un taux d'équipement de 1,8 place pour 1 000 enfants âgés de moins de 20 ans, supérieur au taux national (1,1).

Chaque département dispose d'une offre, cependant inégale : les taux d'équipement varient de 0,4 en Creuse à 3,5 en Vienne. Près de la moitié des places sont en Gironde : 1 068 places soit 47 %.

en Nouvelle-Aquitaine par départements





4 ■ recours à la prévention

Introduction

Éléments de contexte

Thématiques

Participation aux campagnes de dépistage organisé des cancers : Fiches 4.1 et 4.2

Vaccination : Fiches 4.3 à 4.8

Introduction

La vaccination est l'une des grandes avancées en matière de santé publique. En France, l'arrêt de la transmission, voire l'élimination de certaines maladies infectieuses, serait possible sous réserve de taux de vaccination suffisants (au moins 95 % aux âges appropriés pour la plupart des maladies). Cependant, pour certains vaccins ne faisant l'objet que de recommandations, la couverture vaccinale trop faible de la population française a engendré la réémergence de certaines maladies (telles la rougeole) et induit des hospitalisations et des décès évitables. La loi a donc rendu obligatoires, à compter du 1^{er} janvier 2018, onze vaccins pour les enfants de moins de 2 ans nés à partir du 1^{er} janvier 2018 (contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche, l'*Haemophilus influenzae* b, l'hépatite B, le méningocoque C, le pneumocoque, la rougeole, les oreillons et la rubéole).

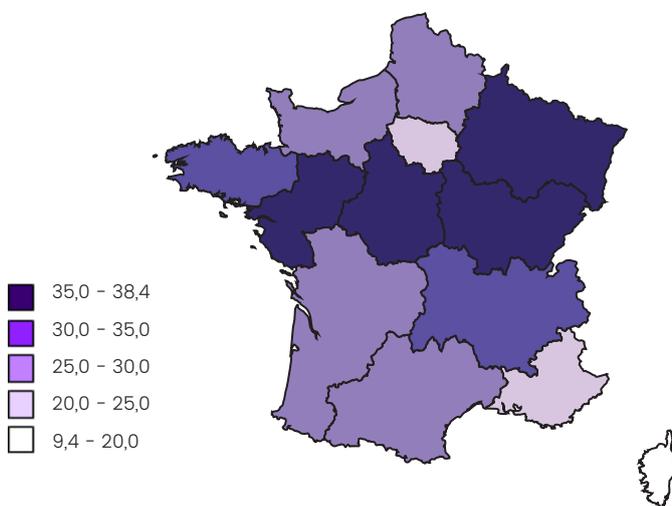
Le dépistage organisé des cancers du sein et du côlon-rectum garantit à chaque habitant un accès égal à cet acte de prévention sur l'ensemble du territoire avec un niveau de qualité élevé.

La participation au dépistage organisé du cancer du côlon-rectum

Une participation régionale au dépistage du cancer colorectal comparable au niveau national

Taux de participation au dépistage du cancer du côlon-rectum en 2015-2016
(pour 100 habitants âgés de 50-74 ans)

en France par régions



UNE PARTICIPATION AU DÉPISTAGE CONTRASTÉE DANS LA RÉGION

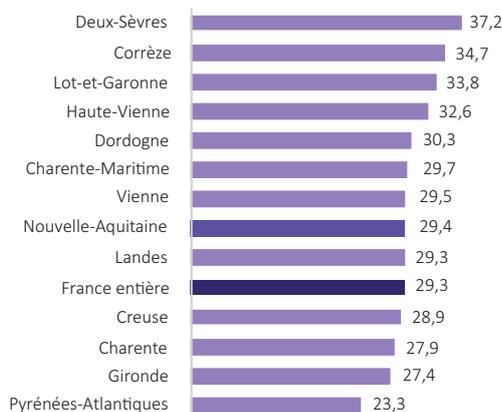
Malgré un taux de participation au programme national de dépistage organisé du cancer du côlon-rectum quasiment équivalent au taux national (29,4 % des 50-74 ans contre 29,3 %), la région Nouvelle-Aquitaine se situe dans la moitié des régions les moins bien placées.

Le taux de participation le plus faible est celui des Pyrénées-Atlantiques avec 23 % des habitants âgés entre 50 et 74 ans qui ont participé au dépistage.

La Creuse (29 %), la Charente (28 %) et la Gironde (27 %) présentent également des taux peu élevés, inférieurs aux taux observés aux niveaux régional et national.

À l'opposé, les Deux-Sèvres, avec un taux dépassant 37 %, se situent bien au-dessus des niveaux régional et national. C'est également le cas de la Corrèze (35 %), du Lot-et-Garonne (34 %) et de la Haute-Vienne (33 %).

en Nouvelle-Aquitaine par départements



Source: Santé Publique France (Structures départementales du dépistage organisé du cancer colorectal)
Réalisation : ORS N-A

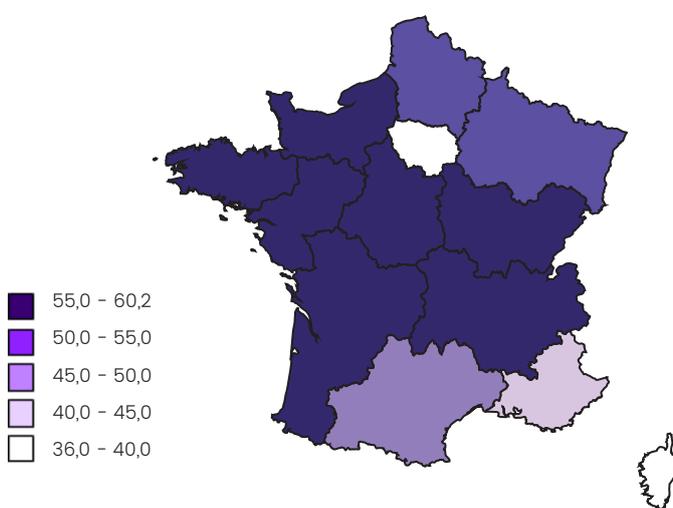
La participation au dépistage organisé du cancer du sein

Une participation au dépistage du cancer du sein relativement élevée

Taux de participation au dépistage du cancer du sein en 2015-2016

(pour 100 femmes âgées de 50-74 ans)

en France par régions



DEUX DÉPARTEMENTS PRÉSENTENT UN TAUX DE PARTICIPATION INFÉRIEUR À LA MOYENNE NATIONALE

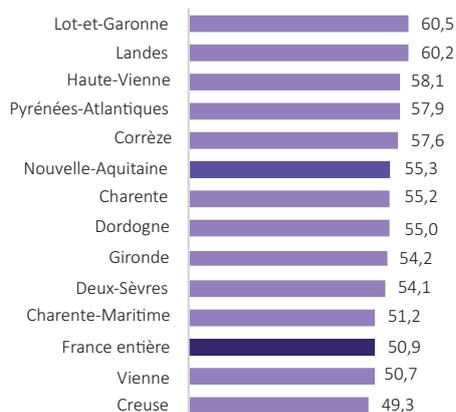
En Nouvelle-Aquitaine, 55 % des femmes âgées de 50 à 74 ans ont participé au programme national de dépistage organisé du cancer du sein en 2015-2016. Cette proportion est plus élevée que le taux observé au niveau national (51 %).

Cependant, dans les départements, les situations diffèrent. Les taux de participation vont de 49 % dans la Creuse à 61 % dans le Lot-et-Garonne. La Vienne et la Creuse sont les seuls départements à présenter des taux de participation inférieurs à la moyenne nationale.

Les départements les mieux placés sont le Lot-et-Garonne, les Landes, la Haute-Vienne, les Pyrénées-Atlantiques et la Corrèze. Ils présentent des taux de participation plus importants que le taux observé au niveau régional.

Au niveau national, après une augmentation depuis 2004, le taux de participation au dépistage organisé a atteint un plateau en 2008-2009.

en Nouvelle-Aquitaine par départements



Source: Santé Publique France (Structures départementales du dépistage organisé du cancer du sein)

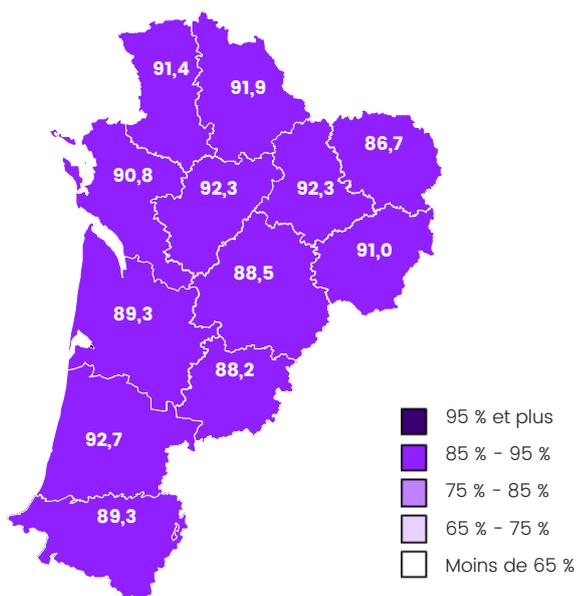
Réalisation : ORS N-A

La couverture vaccinale à 2 ans contre le pneumocoque, le méningocoque et l'hépatite B

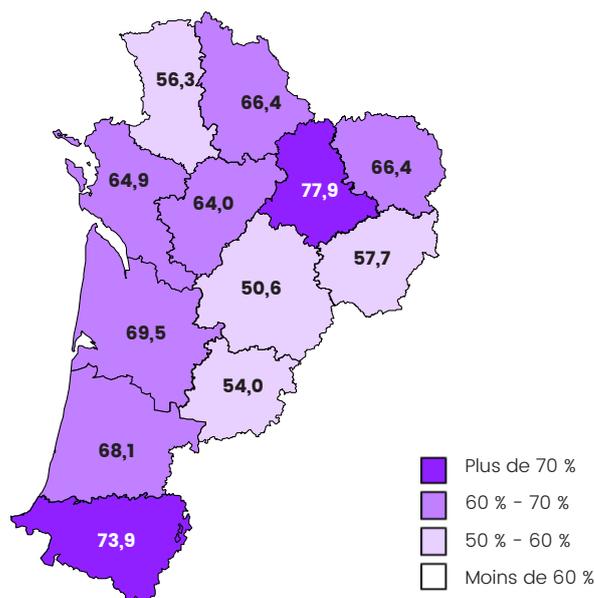
Une couverture vaccinale à 2 ans insuffisante pour le pneumocoque, le méningocoque et l'hépatite B

Couverture vaccinale des enfants de 2 ans (pour 100 enfants de 2 ans) en Nouvelle-Aquitaine par départements

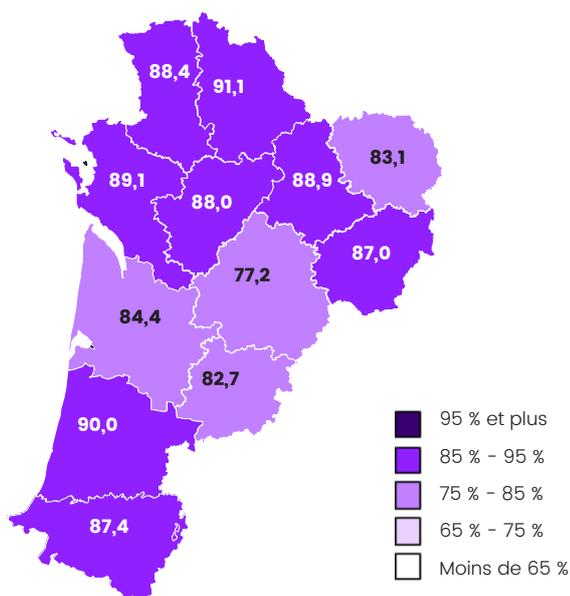
Pneumocoque en 2015



Méningocoque C en 2016



Hépatite B 3 doses en 2015



DES DIFFÉRENCES DÉPARTEMENTALES MARQUÉES POUR LE MÉNINGOCOQUE ET L'HÉPATITE B

Les couvertures vaccinales pour le pneumocoque, le méningocoque et l'hépatite B restent insuffisantes au regard de la moyenne nationale et de l'objectif d'une couverture vaccinale d'au moins 95 % aux âges appropriés.

En 2015, 90,3 % des enfants de deux ans sont à jour de leur vaccination contre le pneumocoque (91,4 % au niveau national) dans la région, avec des différences peu marquées selon les départements : de 86,7 % en Creuse à 92,7 % dans les Landes.

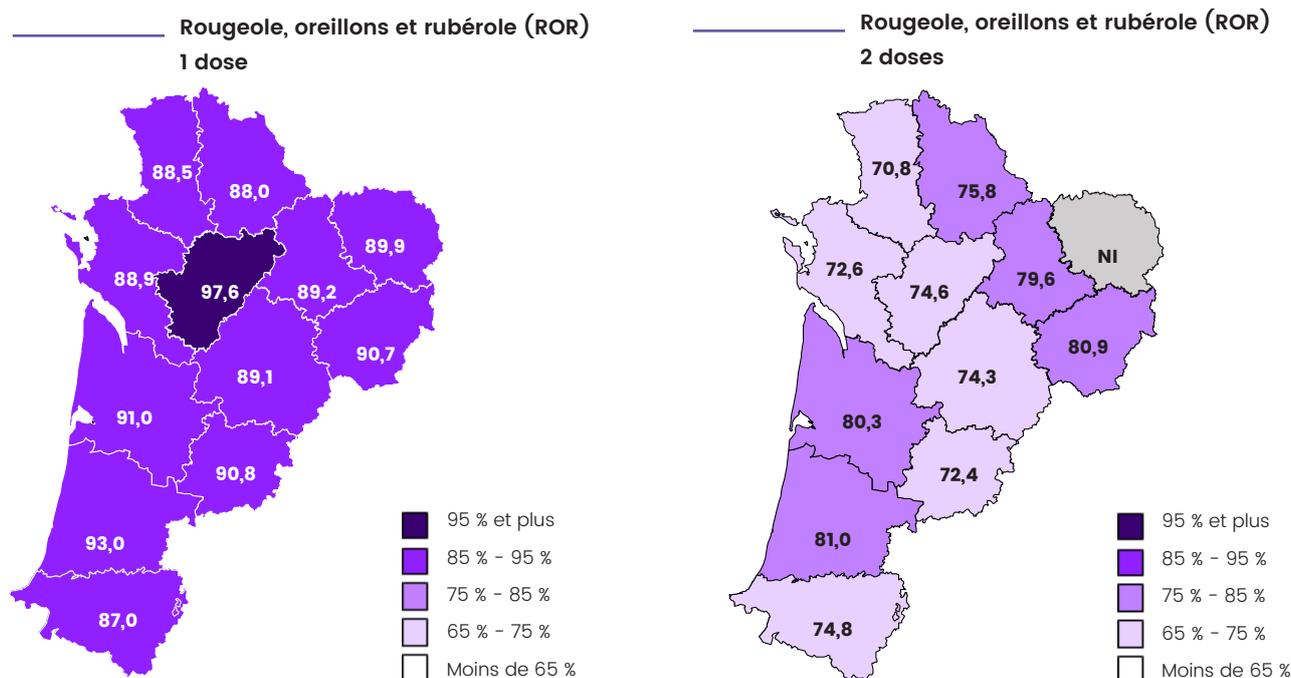
En 2016, la couverture vaccinale régionale pour le méningocoque C atteint 66,1 % chez les enfants de deux ans, contre 70,9 % au niveau national. Des différences importantes sont observées au sein de la région : si près de 78 % des enfants sont vaccinés en Haute-Vienne, c'est seulement le cas d'un enfant sur deux en Dordogne.

En 2015, la vaccination contre l'hépatite B est à jour pour 86,4 % des enfants néo-aquitains de deux ans (88,1 % au niveau national). La couverture est, là aussi, plus faible en Dordogne mais atteint ou dépasse les 90 % dans la Vienne et les Landes.

La couverture vaccinale à 2 ans contre la rougeole, les oreillons et la rubéole

Une couverture vaccinale à 2 ans comparable au niveau national pour le ROR 1 dose

Couverture vaccinale des enfants de 2 ans en 2015 (pour 100 enfants de 2 ans)
en Nouvelle-Aquitaine par départements



UNE COUVERTURE VACCINALE ROR 2 DOSES INSUFFISANTE ET DES VARIATIONS DÉPARTEMENTALES MARQUÉES

En 2015, la couverture vaccinale régionale contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) est comparable au niveau national pour la 1^{re} dose : 90,2 % contre 90,5 %. Peu d'écart sont observés au niveau départemental. En 2014, la Charente était le seul département à dépasser l'objectif des 95 %.

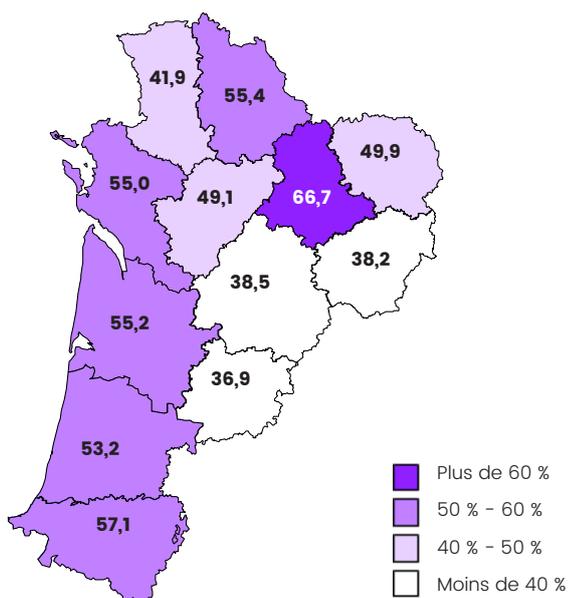
En raison de l'absence de données pour la Creuse, le taux régional de couverture vaccinale ROR 2 doses n'est pas disponible. La couverture vaccinale est inférieure à 80 % sur 8 des 11 départements, tandis que la valeur nationale est de 78,8 %.

La couverture vaccinale contre le méningocoque

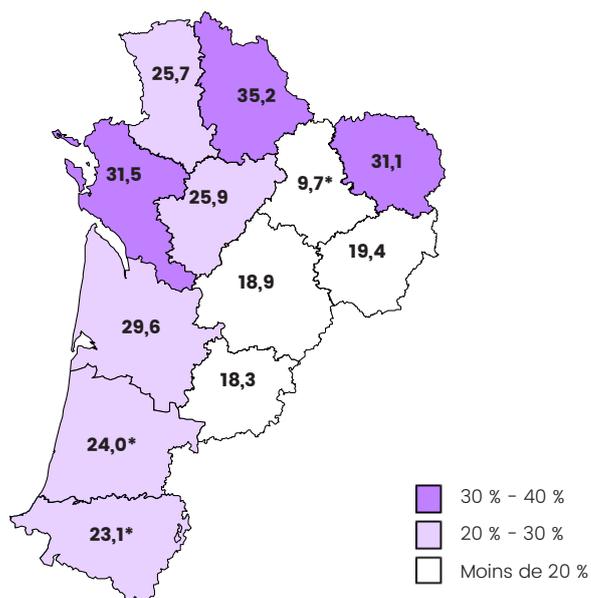
Une situation régionale défavorable mais à considérer avec précaution

Couverture vaccinale contre le méningocoque, en 2016 (pour 100 enfants)
en Nouvelle-Aquitaine par départements

Couverture vaccinale des 6-9 ans

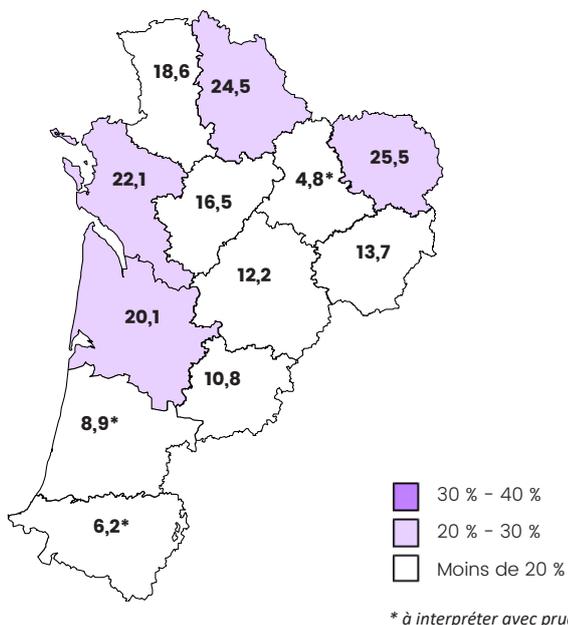


Couverture vaccinale des 10-14 ans



* à interpréter avec prudence

Couverture vaccinale des 15-19 ans



* à interpréter avec prudence

UNE COUVERTURE VACCINALE QUI DIMINUE AVEC L'ÂGE ET DIFFÈRE FORTEMENT SELON LES DÉPARTEMENTS

En 2016 en Nouvelle-Aquitaine, plus de la moitié des 6-9 ans (51,9 %) sont à jour de leur vaccin contre le méningocoque contre un quart (25,7 %) des 10-14 ans et 16,0 % des 15-19 ans. Quel que soit l'âge, la couverture vaccinale observée au niveau national est plus élevée : 62,7 % chez les 6-9 ans, 35,7 % chez les 10-14 ans et 25,5 % chez les 15-19 ans.

Au sein de la région, les écarts entre départements sont importants et peuvent varier fortement selon les tranches d'âges observées.

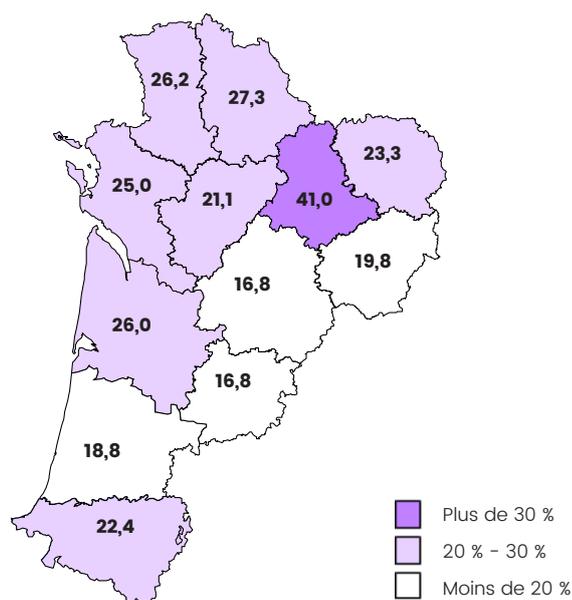
Santé Publique France invite à interpréter ces comparaisons avec précaution car « ces estimations ne prennent pas en compte les vaccinations effectuées avant 2010 (année du remboursement du vaccin par l'assurance maladie), notamment celles réalisées lors de la campagne de vaccination de 2002 dans les départements des Landes et des Pyrénées-Atlantiques, et lors de la campagne de vaccination de 2007 en Haute-Vienne ».

La couverture vaccinale contre le papillomavirus humain

Une couverture en légère hausse mais toujours insuffisante

Couverture vaccinale contre le papillomavirus, en 2016
en Nouvelle-Aquitaine par départements

Une dose chez les filles de 15-16 ans



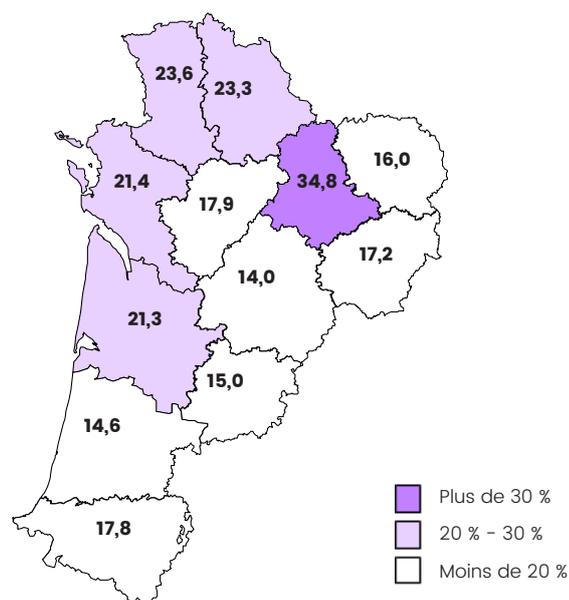
UNE VACCINATION CONTRE LE PAPILLOMAVIRUS HUMAIN PLUS IMPORTANTE EN HAUTE-VIENNE

En 2016, la couverture vaccinale contre les infections à papillomavirus humain (HPV) atteint juste une fille sur cinq âgée de 15 ou 16 ans (20,2 %) dans la région. Bien qu'insuffisante, cette proportion est comparable à celle observée au niveau national (19,1 %). Près du quart des filles de cette tranche d'âge ont réalisé la première partie du schéma de vaccination, soit une dose sur les deux nécessaires : 24,3 % contre 24,4 % au niveau national.

Les écarts entre les départements sont très élevés. La proportion de filles de 15 ou 16 ans ayant initié la vaccination (1 dose) atteint 41 % en Haute-Vienne mais est inférieure à 20 % dans 4 départements : la Dordogne, le Lot-et-Garonne, les Landes et la Corrèze.

C'est également en Haute-Vienne que la proportion de filles âgées de 15 ou 16 ans ayant suivi la totalité du schéma de vaccination est la plus élevée avec près de 35 %. C'est environ deux fois supérieur (parfois même plus) aux taux de couverture relevés dans la majorité des départements de Nouvelle-Aquitaine.

Deux doses chez les filles de 15-16 ans

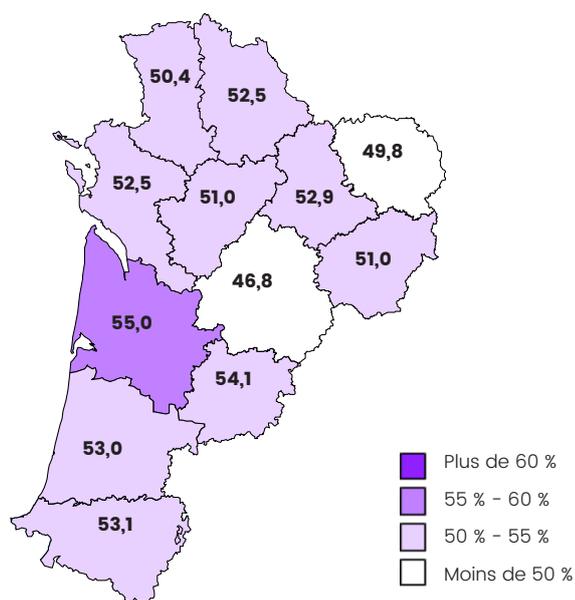


La couverture vaccinale contre la grippe

Un niveau de couverture vaccinale inférieur aux objectifs

Couverture vaccinale contre la grippe chez les personnes âgées de 65 ans ou plus pour la saison 2015-2016

en Nouvelle-Aquitaine par départements



UNE COUVERTURE VACCINALE PARFOIS INFÉRIEURE À 50 % DANS CERTAINS DÉPARTEMENTS

En 2015 en Nouvelle-Aquitaine, selon les données de la caisse d'assurance maladie des travailleurs salariés, 52,3 % des personnes âgées de 65 ans ou plus sont vaccinées contre la grippe. Cette proportion est un peu plus élevée qu'au niveau national (50,8 %) mais très inférieure à l'objectif fixé. De plus, la vaccination concerne également les personnes de moins de 65 ans présentant une affection chronique, même sous-jacente, d'origine pulmonaire (dont l'asthme sévère), cardiaque (sauf hypertension), hépatique, rénale, métabolique (dont le diabète), neuromusculaire, ou encore des troubles immunitaires. Sont également concernés les femmes enceintes (au deuxième ou troisième trimestre), les personnes obèses, les personnes séjournant en institution, ainsi que le personnel du secteur de la santé.

Aucun des départements n'atteint cet objectif, ni même ne s'en approche. Au sein de la région, la couverture vaccinale varie de 46,8 % en Dordogne à 55,0 % en Gironde.



5 ■ accès et recours aux soins

Introduction

Éléments de contexte

Thématiques

Accès et recours aux soins hospitaliers : Fiches 5.1 à 5.7
Recours aux soins de ville : Fiches 5.8 et 5.9

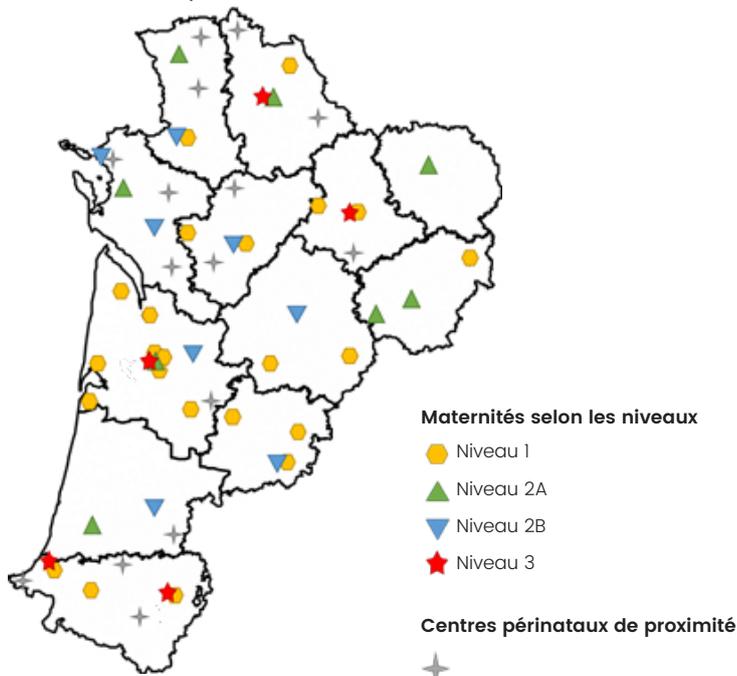
Introduction

Le recours aux soins ne peut être assimilé aux besoins de santé d'une population. En l'absence d'urgence vitale, il est souvent le reflet d'une demande de prise en charge. De par sa répartition géographique et sa place au sein du système de santé, le médecin généraliste est le professionnel de santé le plus consulté par la population. Malgré une densité en médecins généralistes supérieure à la moyenne nationale, de grandes disparités sont constatées entre les territoires. Les difficultés sont plus importantes pour l'accès aux médecins spécialistes. Le recours aux soins hospitaliers est quant à lui variable selon les spécialités et les territoires.

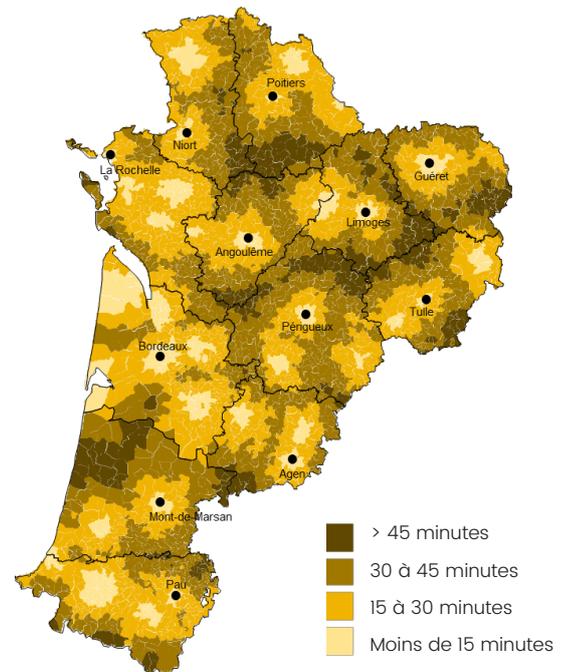
L'accès aux maternités

80 % des femmes en âge de procréer domiciliées à moins de 30 minutes d'une maternité

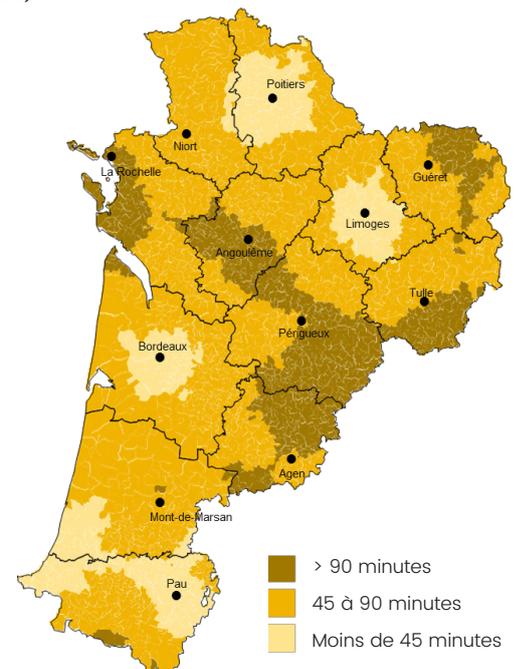
Maternités et centres périnataux en Nouvelle-Aquitaine en 2018



Temps d'accès à une maternité en Nouvelle-Aquitaine, selon les communes (en minutes)



Temps d'accès à une maternité de niveau 3 en Nouvelle-Aquitaine, selon les communes (en minutes)



44 MATERNITÉS EN NOUVELLE-AQUITAINE

La région compte 44 maternités en 2018 : 5 maternités de niveau 3 (voir définition), situées dans chacune des ex-capitales régionales à Bordeaux, Limoges et Poitiers, et 2 autres dans les Pyrénées-Atlantiques à Bayonne et Pau. Seize maternités de niveau 2 et 23 maternités de niveau 1 complètent l'offre médicale. À ces établissements s'ajoutent 15 centres périnataux de proximité.

LA MOITIÉ DES COMMUNES À MOINS DE 30 MINUTES D'UNE MATERNITÉ

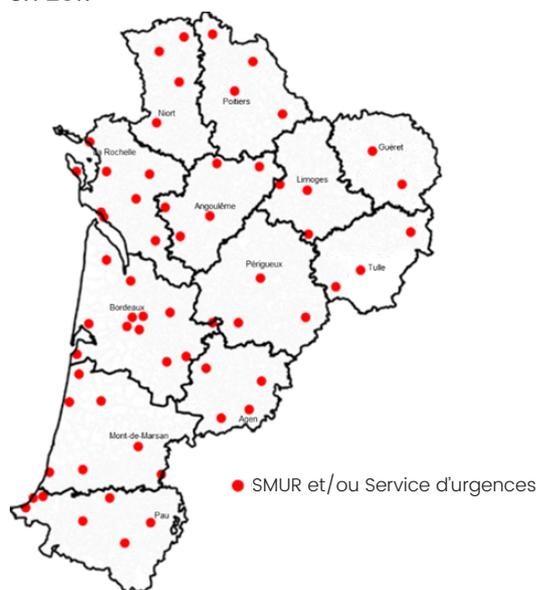
Cette offre permet à la moitié des communes de Nouvelle-Aquitaine d'être à moins d'une demi-heure d'une maternité (51 %), soit 8 femmes sur 10 en âge de procréer (79,7 %). À l'inverse, 10 % des communes sont à 45 minutes ou plus d'une maternité, quel que soit son niveau (soit moins de 3 % des femmes en âge de procréer).

- Une maternité de niveau 1 dispose d'une unité d'obstétrique.
- Une maternité de niveau 2 dispose d'une unité d'obstétrique et d'une unité de néonatalogie.
- Une maternité de niveau 3 dispose d'une unité d'obstétrique, d'une unité de néonatalogie et d'une unité de réanimation néonatale.

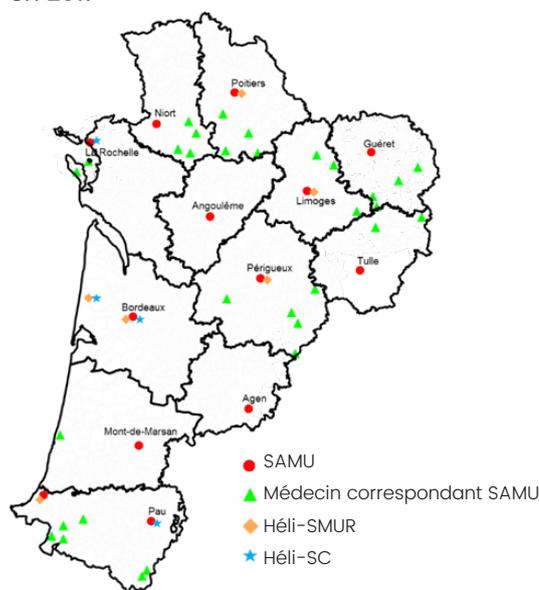
L'accès aux équipements en soins urgents

2 % de la population régionale à plus de 30 minutes d'un équipement en soins urgents

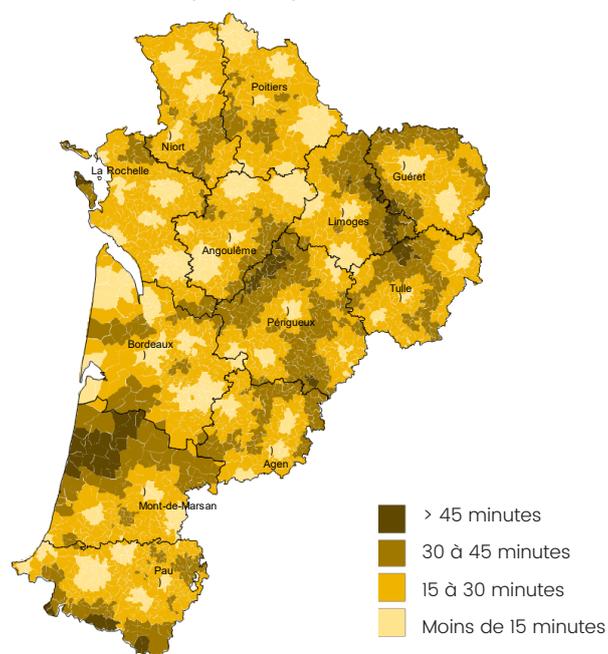
Services d'urgences en Nouvelle-Aquitaine en 2017



Dispositifs d'urgences en Nouvelle-Aquitaine en 2017



Temps d'accès à un service d'urgences en Nouvelle-Aquitaine, par communes (en minutes)



56 SERVICES D'URGENCES EN NOUVELLE-AQUITAINE

En 2017, 56 communes sont desservies par un service d'urgences. Parmi elles, 47 sont également dotées d'un SMUR (pour un total de 53 SMUR sur l'ensemble de la région). Treize communes disposent d'un SAMU et 31 d'un médecin correspondant SAMU (voir définitions).

Les zones les plus éloignées des équipements en soins urgents sont souvent en limite de département : entre la Charente et la Dordogne, entre la Haute-Vienne et la Creuse, dans les Landes ou dans quelques communes des Pyrénées-Atlantiques situées en zone montagneuse.

La part de la population ayant un accès aux soins urgents à plus de 30 minutes diminue avec la prise en compte de l'ensemble des dispositifs existants. Au final, 2 % de la population régionale est à plus de 30 minutes d'un équipement en soins urgents. Toutefois, seuls les services d'urgences et SMUR sont accessibles en continu, de nuit comme de jour.

Unité : temps calculé en minutes avec le distancier METRIC

Sources : ARS N-A, Drees (Diagnostic temps d'accès aux soins urgents, 2016)
Réalisation : ORS N-A

Temps d'accès aux soins urgents selon l'équipement en Nouvelle-Aquitaine

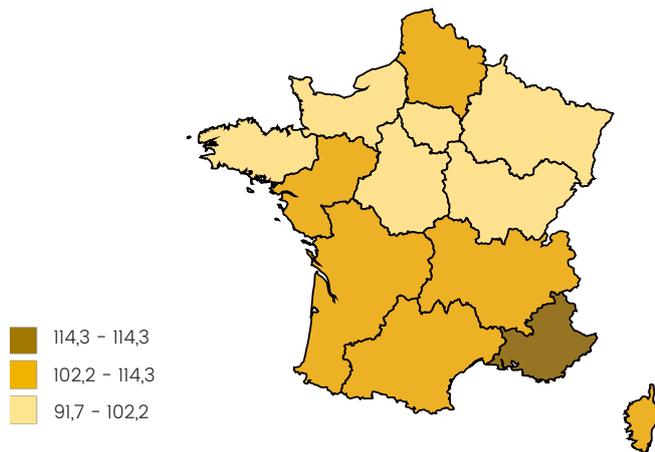
	Population à plus de 30 min.	
	nb	%
Service d'urgence + SMUR H24	525 907	8,9
Service d'urgence + SMUR + MCS	297 430	5,1
Service d'urgence + SMUR + MCS + HélicSMUR	162 030	2,8
Service d'urgence + SMUR + MCS + HélicSMUR + Hélicoptères de la sécurité civile	131 698	2,2

Les hospitalisations en médecine et chirurgie

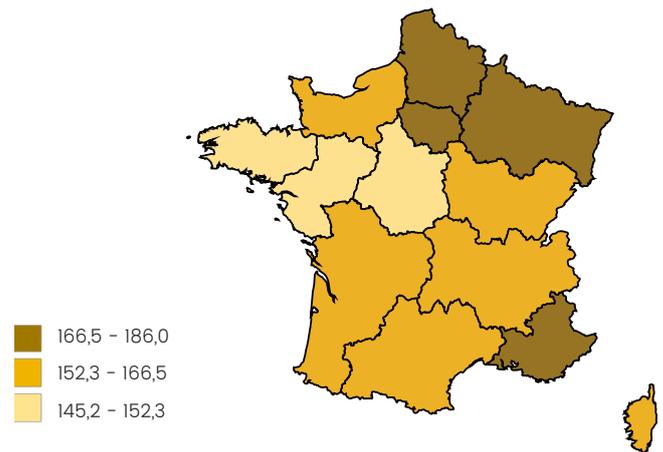
Des taux de recours différents entre médecine et chirurgie en Nouvelle-Aquitaine

Taux standardisés d'hospitalisations en chirurgie et médecine en 2016 (pour 1 000 habitants)

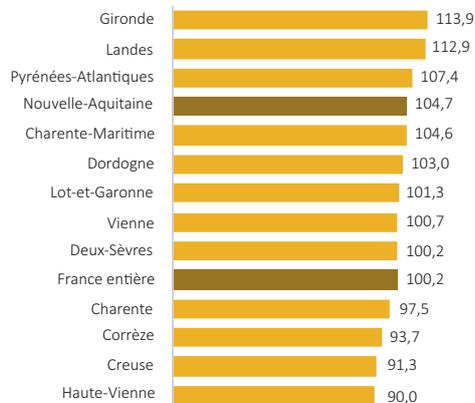
en France par régions, en chirurgie



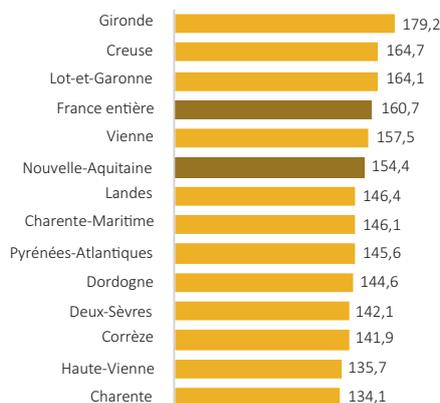
en France par régions, en médecine



en Nouvelle-Aquitaine par départements, en chirurgie



en médecine



UN TAUX DE RECOURS À LA CHIRURGIE PLUS ÉLEVÉ QUE LA MOYENNE NATIONALE...

Le taux régional standardisé d'hospitalisation (voir définition) en chirurgie atteint presque 105 séjours pour 1 000 habitants en Nouvelle-Aquitaine contre 100 en France hexagonale en 2016.

En Nouvelle-Aquitaine, la Gironde est le département pour lequel le taux est le plus élevé. Il se situe au 3^e rang au niveau national, le Var étant le département ayant le taux le plus haut (118,3). À l'opposé, avec un taux de 90,0 séjours pour 1 000 habitants, la Haute-Vienne enregistre le taux le plus faible de la région et se situe au 91^e rang au niveau national. C'est en Guyane que le taux le plus bas est observé (61,6).

... À LA DIFFÉRENCE DU TAUX DE RECOURS À L'HOSPITALISATION EN MÉDECINE

Le taux régional standardisé d'hospitalisation en médecine est inférieur au taux national.

Dans la région, trois départements enregistrent des taux supérieurs au niveau national : la Gironde, la Creuse et le Lot-et-Garonne. La Gironde se situe au 7^e rang des départements français, le Nord étant au premier rang avec un taux de 201,5 séjours pour 1 000 habitants.

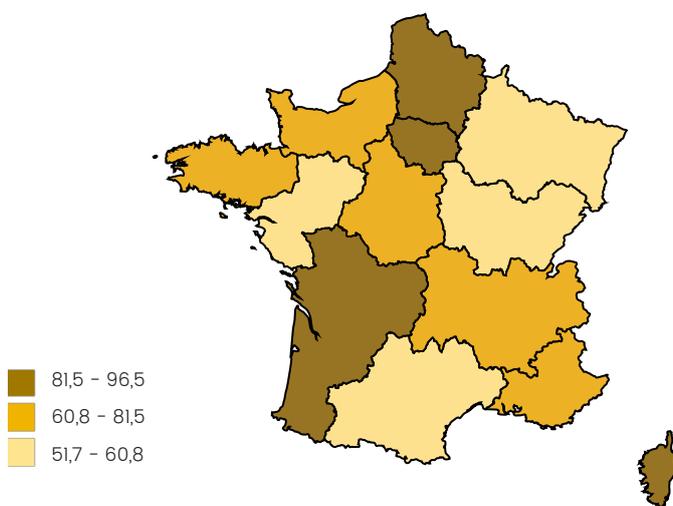
La Charente, la Haute-Vienne et la Corrèze ont les taux d'hospitalisation en médecine les plus faibles de la région. La Charente est au 97^e rang des départements français, le dernier étant la Martinique avec un taux de 125,7.

Les hospitalisations à domicile (HAD)

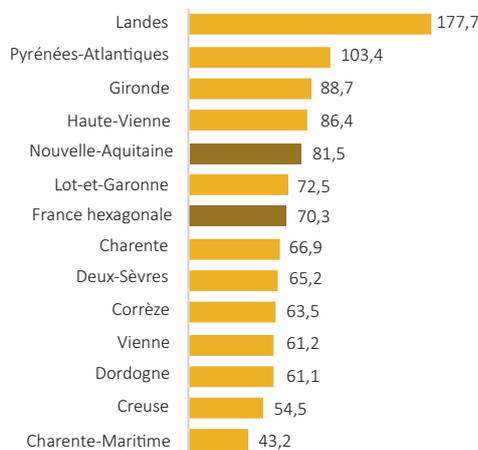
Un taux de recours régional à l'HAD parmi les plus élevés de France

Taux standardisés de prises en charge en HAD en 2016
(pour 1 000 habitants)

en France par régions



en Nouvelle-Aquitaine par départements



DE FORTES DISPARITÉS ENTRE LES DÉPARTEMENTS DE NOUVELLE-AQUITAINE

La Nouvelle-Aquitaine se situe en 2016 parmi les régions pour lesquelles le recours à l'HAD est le plus élevé, avec un taux standardisé (voir définition) de près de 82 journées pour 1 000 habitants, contre 70 au niveau national. Selon les départements, les taux observés varient fortement. Avec près de 180 journées à domicile pour 1 000 habitants, le département des Landes a un taux plus de quatre fois plus important que celui de la Charente-Maritime (43 journées HAD pour 1 000 habitants). Le département des Landes se détache des autres départements par un taux nettement supérieur qui peut cependant être relativisé par une durée moyenne de prise en charge longue. Les Pyrénées-Atlantiques, la Gironde et la Haute-Vienne enregistrent des taux supérieurs à ce qui est observé au niveau régional.

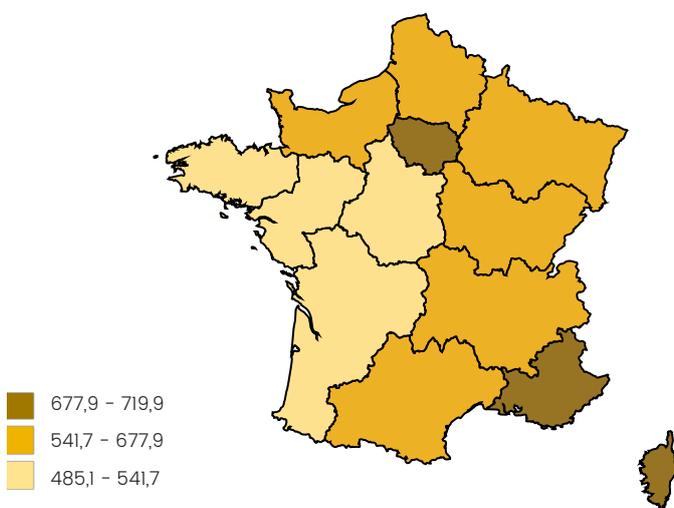
À l'opposé, en Charente-Maritime, mais également en Creuse, Dordogne, Vienne, Corrèze, Deux-Sèvres et Charente, les taux de prises en charge en HAD sont parmi les moins élevés de la région et sont inférieurs au niveau national.

Les hospitalisations en soins de suite et de réadaptation

D'importants écarts dans les taux de recours par départements

Taux standardisés d'hospitalisations en SSR en 2016
(pour 1 000 habitants)

en France par régions

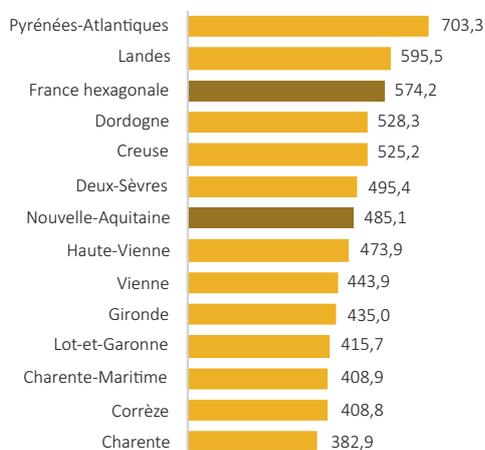


UN TAUX DE RECOURS RÉGIONAL QUI SEMBLE CONTENU...

Le taux régional standardisé d'hospitalisations en soins de suite et de réadaptation en 2016 s'élève à 485 journées pour 1 000 habitants, ce qui place la Nouvelle-Aquitaine en dessous du taux national (574 pour 1 000 habitants).

Les régions pour lesquelles sont observés les taux d'hospitalisations en soins de suite et de réadaptation les plus faibles sont les trois régions de la façade atlantique (Bretagne, Pays-de-la-Loire, Nouvelle-Aquitaine) ainsi que la région Centre-Val-de-Loire. Les régions pour lesquelles les taux sont les plus importants sont l'Île-de-France, la Provence-Alpes-Côte d'Azur et la Corse.

en Nouvelle-Aquitaine par départements



... MAIS DE FORTES DISPARITÉS DÉPARTEMENTALES

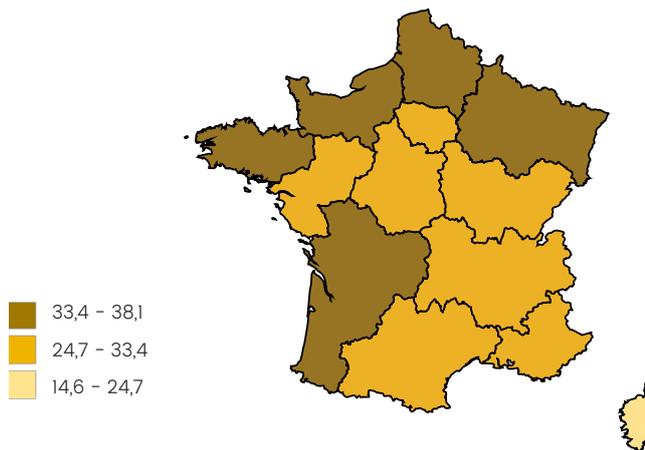
Au sein de la région Nouvelle-Aquitaine, des différences importantes sont observées. Si la Charente, avec un taux d'hospitalisation de 382 journées pour 1 000 habitants, est le département dont le recours aux SSR est le plus faible, les Pyrénées-Atlantiques se situent parmi les départements de France enregistrant un taux d'hospitalisations les plus élevés (4^e sur 100).

Les prises en charge ambulatoires en psychiatrie

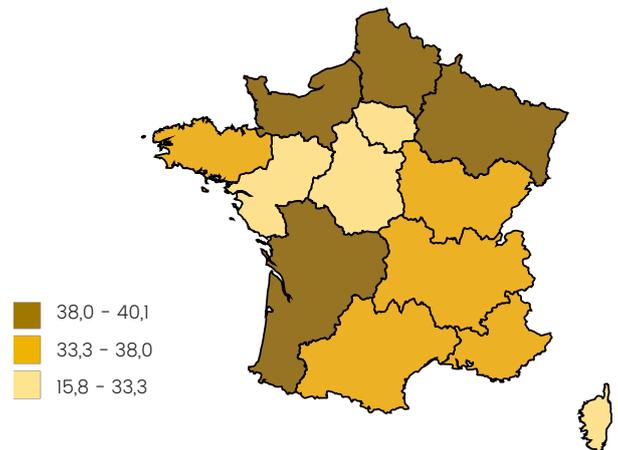
Un recours à la prise en charge ambulatoire en psychiatrie élevé dans la région...

Taux standardisés de prises en charge en ambulatoire en 2016 (pour 1 000 habitants)

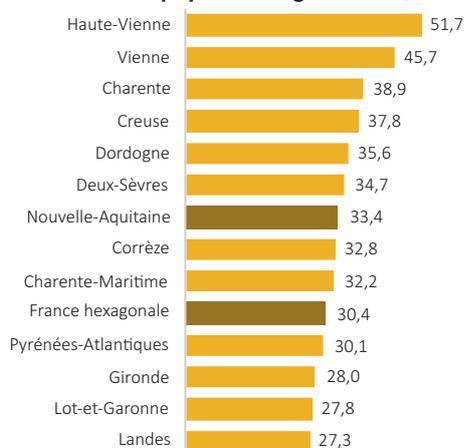
en France par régions,
en psychiatrie générale (18 ans ou plus)



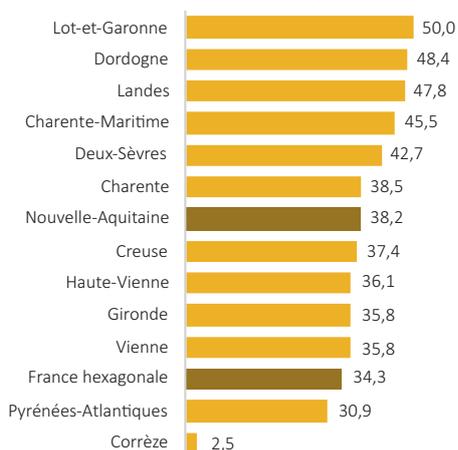
en France par régions, en psychiatrie
infanto-juvénile (moins de 18 ans)



en Nouvelle-Aquitaine par départements,
en psychiatrie générale (18 ans ou plus)



en psychiatrie infanto-juvénile
(moins de 18 ans)



... MAIS DES SITUATIONS TRÈS VARIABLES SELON LES DÉPARTEMENTS

Le recours aux soins ambulatoires en psychiatrie en 2016 concerne 33 adultes pour 1 000 habitants, soit un taux supérieur au taux national (30).

Dans la région, c'est la Haute-Vienne qui enregistre le plus fort taux (52 pour 1 000 habitants) devant la Vienne, la Charente et la Creuse. Les départements dont le recours est le plus faible sont les Landes, le Lot-et-Garonne, la Gironde et les Pyrénées-Atlantiques.

UN CONSTAT SIMILAIRE EN PSYCHIATRIE INFANTO-JUVÉNILE

Les taux de recours aux soins ambulatoires pour les jeunes de moins de 18 ans sont plus élevés en Nouvelle-Aquitaine qu'en France métropolitaine.

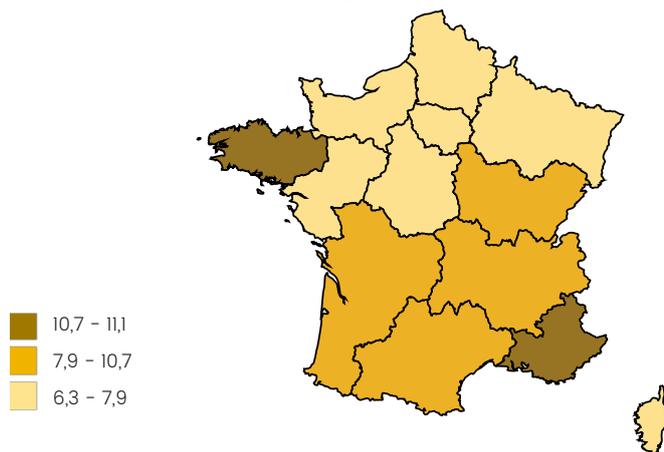
Le Lot-et-Garonne, la Dordogne, les Landes et la Charente-Maritime sont les départements pour lesquels le recours est le plus élevé. La Corrèze se distingue avec un taux quasi nul, l'offre en psychiatrie infanto-juvénile y étant inexistante.

Les prises en charge en temps complet en psychiatrie

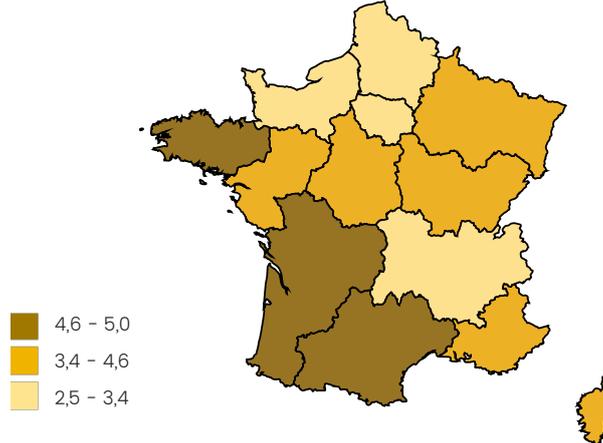
Un recours à l'hospitalisation à temps complet plus élevé pour les adultes que pour les enfants

Taux standardisés de prises en charge à temps complet en 2016 (pour 1 000 habitants)

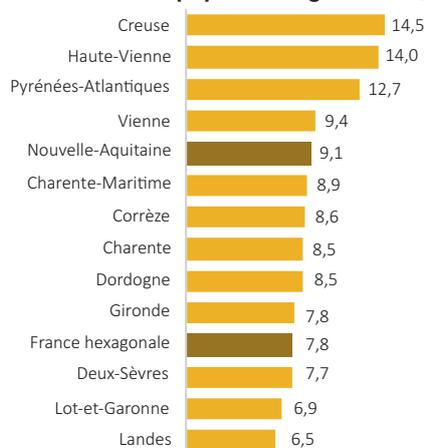
en France par régions,
en psychiatrie générale (18 ans ou plus)



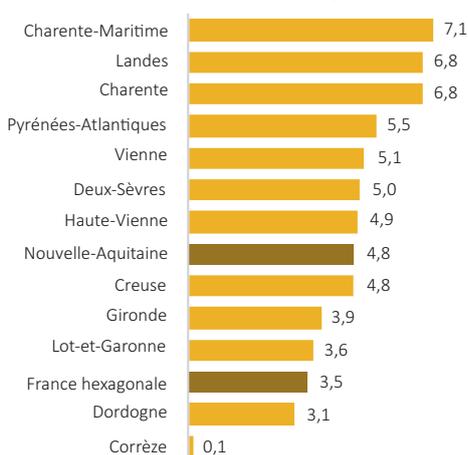
en France par régions, en psychiatrie
infanto-juvénile (moins de 18 ans)



en Nouvelle-Aquitaine par départements,
en psychiatrie générale (18 ans ou plus)



en psychiatrie infanto-juvénile
(moins de 18 ans)



DES TAUX TOUJOURS PLUS ÉLEVÉS QUE LES TAUX NATIONAUX

En psychiatrie générale, en 2016, trois départements se détachent avec des taux plus importants : la Creuse, la Haute-Vienne et les Pyrénées-Atlantiques. À l'inverse, Les Landes, le Lot-et-Garonne et les Deux-Sèvres ont les taux de prises en charge à temps complet les moins élevés de la région et en dessous de la moyenne nationale.

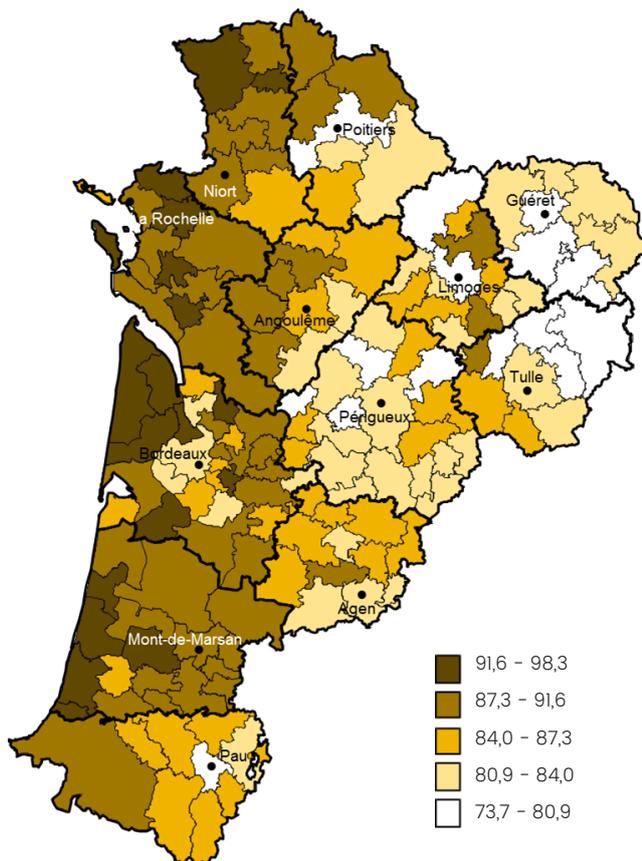
En psychiatrie infanto-juvénile, les départements les plus concernés par les prises en charge à temps complet sont la Charente-Maritime, les Landes et la Charente. Seules la Dordogne et surtout la Corrèze ont un taux de prises en charge moins important qu'en France. Une absence d'offre en Corrèze explique le taux très faible de 0,1 prise en charge pour 1 000 habitants.

Le recours aux médecins généralistes

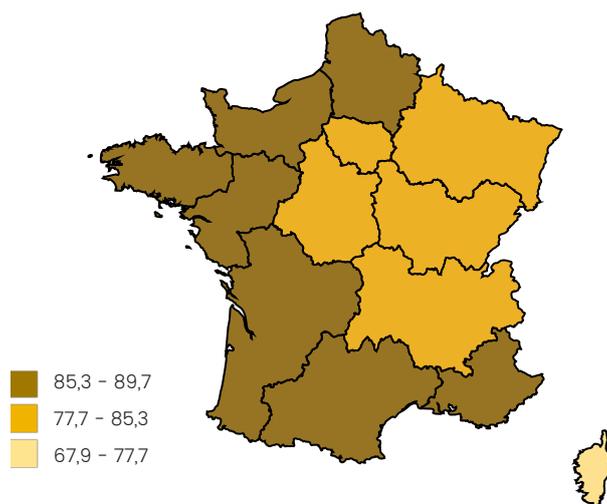
85 % de la population de Nouvelle-Aquitaine ont bénéficié d'au moins une consultation de médecin généraliste en 2016

Part des bénéficiaires ayant eu au moins une consultation de médecin généraliste (pour 100 habitants)

en Nouvelle-Aquitaine par EPCI



en France par régions

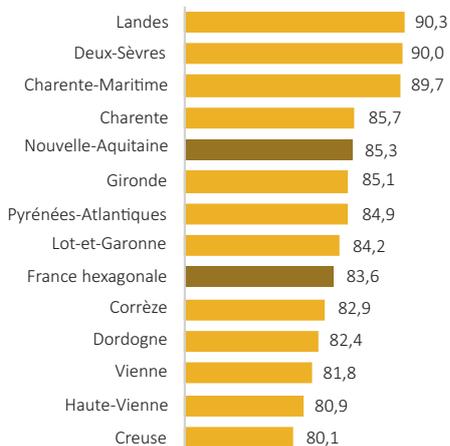


PLUS DE 5 MILLIONS D'HABITANTS ONT BÉNÉFICIÉ D'AU MOINS UNE CONSULTATION DE MÉDECIN GÉNÉRALISTE EN 2016

En 2016, en Nouvelle-Aquitaine, plus de 24 millions de consultations ont été réalisées, soit une moyenne de 4,8 consultations par bénéficiaire.

Rapporté à la population totale, le taux de bénéficiaires s'élève à 85,3 %, ce qui place la région au 7^e rang des régions de la France hexagonale et au-dessus de la valeur nationale (83,6 %).

en Nouvelle-Aquitaine par départements



DE PLUS FORTES PROPORTIONS DE BÉNÉFICIAIRES SUR LA TOUTE LA PARTIE OUEST DE LA RÉGION

Au niveau départemental, le taux de bénéficiaires varie de 80 % en Creuse à plus de 90 % dans les Landes. Les proportions sont plus élevées dans les départements situés à l'Ouest, notamment dans les Landes, les Deux-Sèvres et la Charente-Maritime.

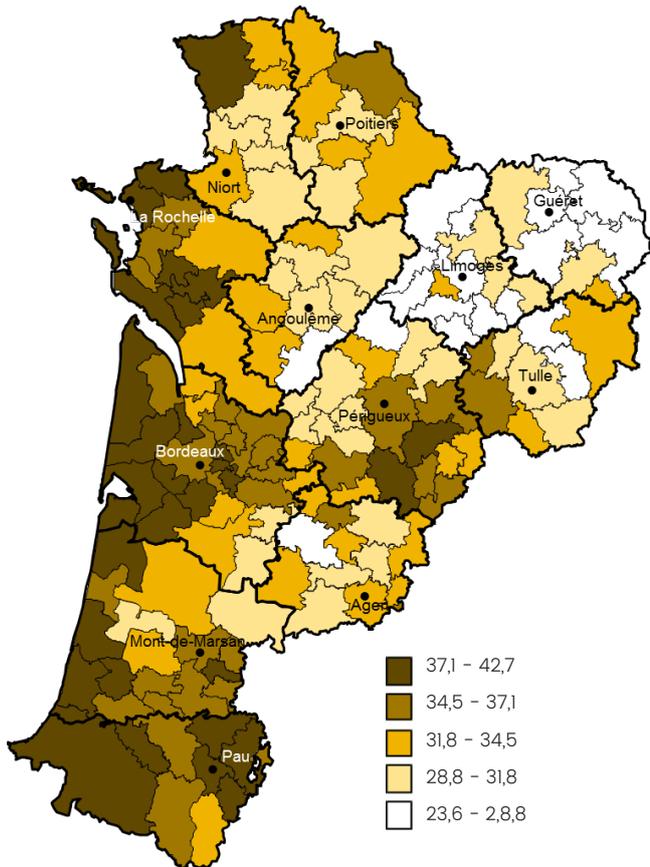
À l'échelle infra-départementale, les écarts sont plus importants, variant de 74 % à 98 %. Là aussi, à de rares exceptions près, les territoires situés à l'ouest possèdent les plus forts taux de bénéficiaires. À l'inverse, les taux les plus bas concernent des territoires situés à l'est : Haute-Corrèze, Creuse, Haut-Limousin, Dordogne mais aussi la plupart des pôles urbains (Bordeaux, Limoges, Poitiers, Pau, Guéret...).

Le recours aux chirurgiens-dentistes

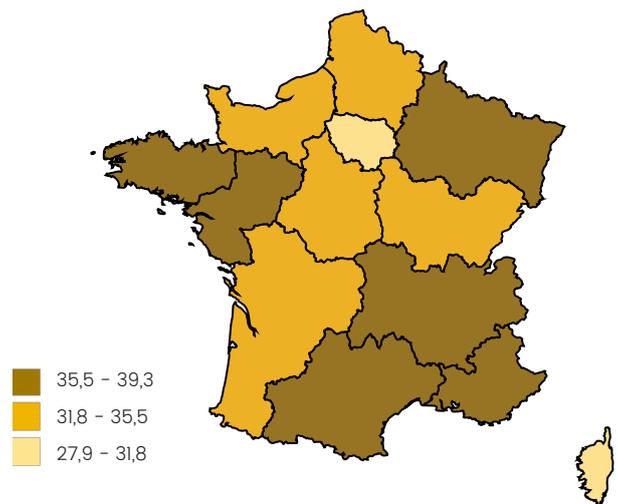
Plus du tiers des habitants de Nouvelle-Aquitaine ont bénéficié d'au moins un soin dispensé par un chirurgien-dentiste en 2016

Part des bénéficiaires ayant eu au moins un soin dispensé par un chirurgien-dentiste (pour 100 habitants)

en Nouvelle-Aquitaine par EPCI



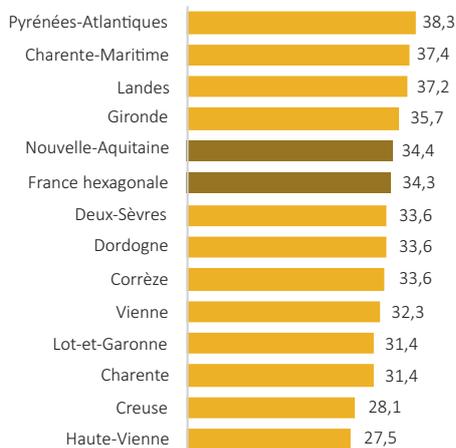
en France par régions



UN TAUX DE BÉNÉFICIAIRES IDENTIQUE AU TAUX NATIONAL (34 %)

En 2016, environ 2 025 000 personnes ont bénéficié d'au moins un soin dispensé par un chirurgien-dentiste, soit 34,4 % de la population totale. Au total, 5 134 782 actes ont été réalisés pour les habitants de la région. Le taux de bénéficiaires est presque identique au taux national et la Nouvelle-Aquitaine se situe au 7^e rang des régions de l'hexagone.

en Nouvelle-Aquitaine par départements



DES TAUX PLUS ÉLEVÉS DANS LES DÉPARTEMENTS DE L'OUEST DE LA RÉGION

Le taux de bénéficiaires d'au moins un soin de chirurgien-dentiste varie de 27,5 % en Haute-Vienne à plus de 38 % dans les Pyrénées-Atlantiques. Globalement, les départements situés à l'est ont des taux de bénéficiaires plus faibles.

À l'échelle infra-départementale, les écarts sont accentués. Les taux les plus bas concernent une grande partie de la Haute-Vienne et de la Creuse (y compris les territoires plus urbains). À l'inverse, on constate plus de 40 % de bénéficiaires dans des territoires situés sur la façade atlantique, des Landes au Bocage Bressuirais.



annexes

Méthodologie

Carte des EPCI de la région Nouvelle-Aquitaine

Définitions

Méthodologie

La réalisation de cet atlas a reposé sur une étroite collaboration entre l'ORS et l'ARS Nouvelle-Aquitaine s'agissant du choix des indicateurs à cartographier, de la méthode et des calculs à mettre en œuvre ainsi que de l'échelle d'analyse.

Niveaux géographiques d'analyse

Cet atlas permet de situer la Nouvelle-Aquitaine en regard de la France hexagonale et de ses régions, d'une part, et d'observer d'éventuelles disparités infrarégionales, d'autre part.

Pour le premier point, une carte à l'échelle des 13 régions hexagonales est présentée au sein des fiches dès lors que la donnée était disponible.

Pour le second point, sont proposés une carte régionale à l'échelle des 153 établissements publics de coopération intercommunale (EPCI, découpage 2017) qui composent la Nouvelle-Aquitaine (cf. page 118 pour leur délimitation), ainsi qu'un graphique illustrant les valeurs obtenues à l'échelon des 12 départements, comparées aux niveaux régional et national.

L'utilisation de ces différents niveaux géographiques d'analyse a été possible sous réserve de la disponibilité des données et d'effectifs suffisants pour la validité des indicateurs.

Le niveau national considéré dans ce document correspond à la France hors départements d'outre-mer (DOM). Ainsi, pour toute référence au « niveau national », à la « valeur nationale » ou à la « France », l'unité est celle de la France hexagonale.

Bases de données utilisées

Les indicateurs présentés sont issus de nombreuses bases de données et calculés, le plus souvent possible, à partir des dernières données disponibles. En outre, certaines d'entre elles ont dû être agrégées sur plusieurs années pour garantir une stabilité statistique suffisante. Les indicateurs sont organisés en cinq grands chapitres thématiques : contexte régional, état de santé, offre de soins, recours à la prévention, et accès et recours aux soins.

Chapitre « Contexte régional »

La plupart des données de ce chapitre proviennent de l'Insee, principalement du recensement de la population (RP) 2014.

Chapitre « État de santé »

Ce thème est principalement alimenté par les données de mortalité établies annuellement par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Inserm entre 2005 et 2014, celles relatives aux Affections de Longue Durée (ALD) issues des trois principaux régimes de l'Assurance maladie (Cnamts, CCMSA, RSI) en 2014, ainsi que les données de consommation en inter-régimes de psychotropes pour l'année 2016.

Les affections de longue durée sont abordées en termes de « stock », représentant le nombre total de bénéficiaires d'une prise en charge en ALD. Destiné à la prise en charge financière des soins liés à une maladie chronique nécessitant un traitement prolongé et une thérapeutique coûteuse, le dispositif des ALD des caisses d'assurance maladie constitue l'approche la plus souvent utilisée pour estimer en routine la prévalence des maladies chroniques. Toutefois, des limites existent conduisant le plus souvent à une sous-estimation de la morbidité réelle, liées au fait que certaines personnes malades ne font pas la demande d'inscription dans le dispositif ou qu'une personne souffrant de deux maladies chroniques ne peut être prise en charge qu'au titre d'une seule ALD.

Chapitre « Offre de soins »

Les données concernant les professionnels de santé (médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes) sont issues du Répertoire Partagé des Professions de Santé (RPPS) au 1^{er} janvier 2017, exploitées par l'ARS Nouvelle-Aquitaine. Afin d'être comparables aux données Nouvelle-Aquitaine, les données nationales et régionales ont été retraitées et ne sont donc pas comparables avec celles publiées par la Drees. Le champ concerne les professionnels actifs, âgés de moins de 75 ans, exerçant une activité libérale et/ou salariée, hors activité en tant que remplaçant, hors activité non soignante, hors bénévole, une seule activité par médecin retenue.



Les données concernant les infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes sont issues du répertoire ADELI au 1^{er} janvier 2017, et exploitées par l'ARS Nouvelle-Aquitaine.

Pour les taux d'équipement hospitaliers ou médico-sociaux, il s'agit de données issues soit des Statistiques Annuelles des Établissements de santé (SAE) 2016, soit du Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess) pour l'année 2017. Ces données ont été transmises par les services de l'ARS Nouvelle-Aquitaine.

Chapitre « Recours à la prévention »

Les indicateurs proposés proviennent notamment des données de consommation inter-régimes (DCIR) pour la couverture vaccinale et de la Drees-PMI pour les certificats de santé du 24^e mois qui servent au suivi des enfants dans le cadre des examens pris en charge par l'assurance maladie. Ces données ont été exploitées par Santé Publique France. Les participations aux dépistages organisés du cancer du sein et du cancer du côlon-rectum en 2015-2016 sont calculées à partir des données issues des structures de dépistage et mises à disposition par Santé Publique France.

Taux standardisé et test de significativité

Une standardisation directe suivant l'âge et le sexe a été effectuée pour construire les indicateurs de mortalité, d'affection de longue durée, de remboursement de médicaments, d'hospitalisation (hormis pour les taux de recours hospitalier en médecine et chirurgie qui proviennent de ScanSanté). Cette méthode permet d'intégrer le fait que la structure démographique des territoires analysés est différente, et rend possible leur comparaison en neutralisant les effets « âge et sexe ». La population de référence utilisée est celle de la France entière au RP 2014. Des tests de significativité ont été réalisés afin d'affirmer l'existence d'une différence entre deux taux (sous-mortalité, surmortalité pour un territoire donné...), le seuil retenu étant de 5 %. Ces tests sont sensibles à la taille des populations comparées, ce qui explique que pour certaines différences, même importantes, le seuil de significativité ne soit pas atteint.

Chapitre « Accès et recours aux soins »

Le recours aux séjours hospitaliers est estimé à partir du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) et le Rim-P pour l'année 2016, et par le Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (SNIIRAM) concernant le recours aux professionnels de santé en 2016 également. Les indicateurs issus de ces différentes sources ont été calculés par l'ARS Nouvelle-Aquitaine.

Temps d'accès théorique

Les temps d'accès aux maternités correspondent aux temps d'accès moyen en minutes à la commune la plus proche bénéficiant d'au moins une maternité, calculé en temps de trajet en voiture, aux heures creuses. Le calcul est réalisé par le logiciel Odomatrix qui intègre une base de données routières codifiées, dérivées notamment de la couche d'information géographique Route 500 de l'IGN. Les vitesses de circulation tiennent compte des caractéristiques du réseau routier (autoroutes, bretelles, routes principales, routes secondaires...) et de l'environnement géographique traversé (ville, campagne, montagne). Les temps ont été calculés pour l'ensemble des maternités ainsi que pour les maternités de niveau 3.

Les temps d'accès aux soins pratiqués en urgence sont calculés selon la méthode Drees utilisée pour l'élaboration du diagnostic des temps d'accès aux soins urgents décliné dans chaque ARS au 1^{er} trimestre 2018 et qui s'appuie sur des données à fin novembre 2016. Les équipements pris en compte dans les calculs de distance sont : les services d'urgence y compris diurnes, les SMUR, les antennes SMUR y compris saisonnières, les médecins correspondants du SAMU, les bases aériennes d'HéliSMUR et des hélicoptères de la sécurité civile. Quatre temps d'accès pour chaque commune sont calculés en minutes avec le distancier METRIC selon l'équipement de soins urgents le plus proche : un pour les services d'urgence et SMUR, un pour les médecins correspondants SAMU, un pour les hélicoptères d'HéliSMUR et un pour les hélicoptères de la sécurité civile. Le minimum de ces 4 temps est retenu pour chaque commune de la région. Les limites sont dans l'utilisation de METRIC pour les distances routières qui sont calculées de chef-lieu à chef-lieu. Les biais engendrés sur les distances aux équipements service d'urgence et SMUR ont été atténués.



Représentation cartographique

En fonction de la problématique abordée, différents types de représentations cartographiques ont été utilisés.

Concernant la représentation d'indicateurs (taux, part, densité...), la discrétisation retenue a été déterminée selon la méthode des seuils naturels (Jenks), basée sur le principe de ressemblance / dissemblance (sauf lorsque des cartes nécessitaient une représentation selon des variables répondant à des seuils logiques ou imposés par la nature de l'indicateur). Les bornes de classes sont identifiées parmi celles qui regroupent le mieux des valeurs similaires et optimisent les différences entre les classes. Les entités sont réparties en classes dont les limites sont définies aux endroits où se trouvent de grandes différences dans les valeurs de données. Les seuils naturels sont des classifications propres aux données et ne permettent pas de comparer plusieurs cartes conçues à partir de différentes informations sous-jacentes. Le plus souvent, une discrétisation en cinq classes a été retenue pour les représentations à l'échelle des EPCI et en trois classes pour celles à l'échelle des régions hexagonales ou des départements de Nouvelle-Aquitaine.

Pour représenter des quantités (nombre de pharmacies d'officine, de lits disponibles...), la taille des symboles utilisés croît proportionnellement aux effectifs. Enfin, la présence d'un équipement est indiquée par un symbole.

Le logiciel de cartographie utilisé a été Map Info (Professional 9.0).

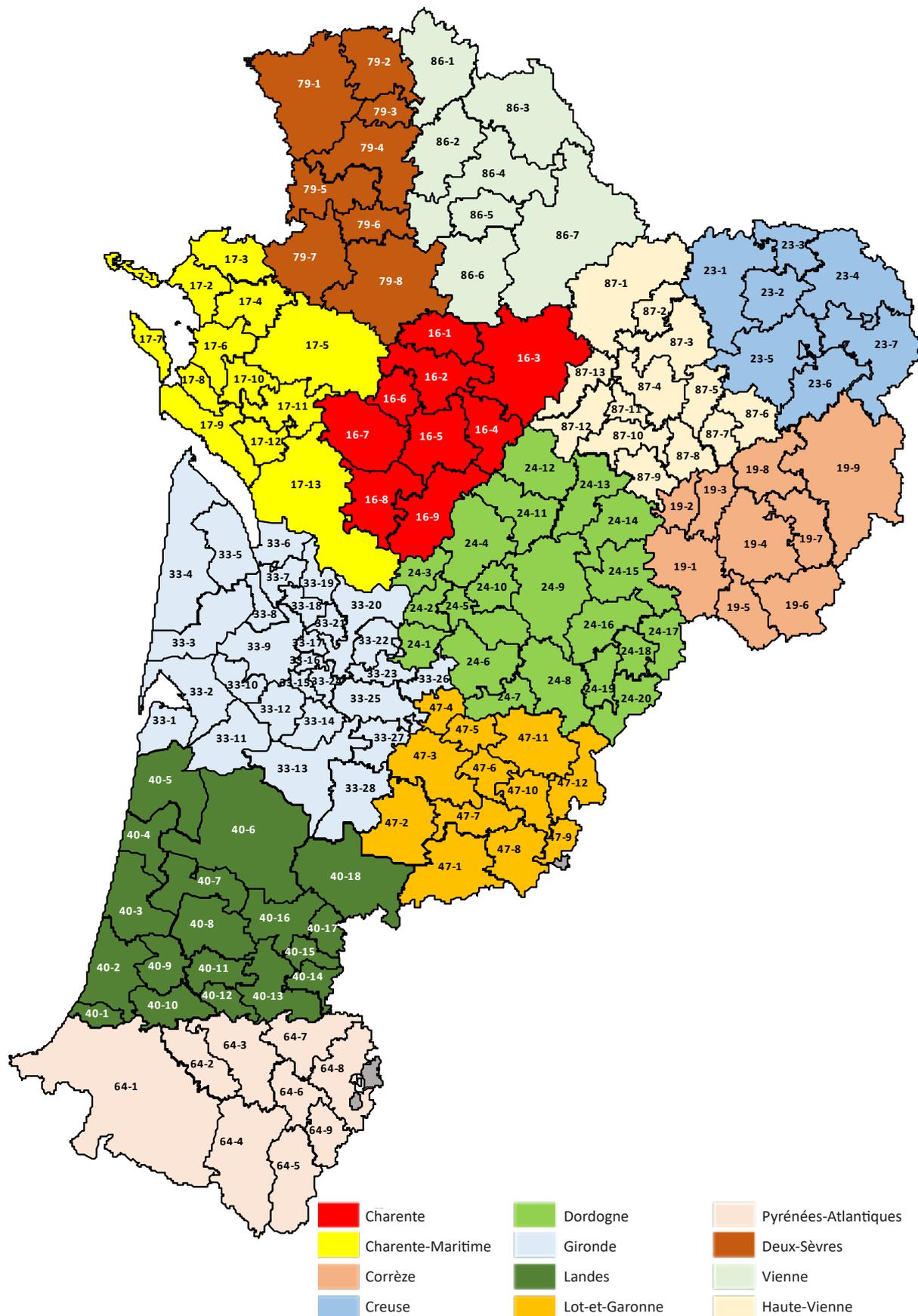
Classement des régions et des départements français

Dans les commentaires des cartes, le rang de la région Nouvelle-Aquitaine est parfois indiqué. Ainsi, les rangs sont donnés sur 13 régions et 96 départements qui constituent la France hexagonale. Les territoires sont préalablement rangés dans l'ordre décroissant de l'indicateur présenté.

Indice de développement humain (IDH)

L'IDH-4 est un indice qui se présente comme un nombre sans unité compris entre 0 (développement humain nul) et 1 (développement humain maximal). Il est construit à partir de trois indicateurs. La dimension santé est mesurée par un Indice Comparatif de Mortalité (ICM) sur une période de 3 ans (2011-2013). La dimension éducation est mesurée par le pourcentage de la population âgée de plus de 15 ans sortie du système scolaire diplômée d'au moins un certificat d'études primaires en 2012. Enfin la dimension niveau de vie est mesurée par les revenus disponibles médians par unité de consommation en 2013. Le calcul de l'IDH étant normalisé sur les valeurs minimales et maximales, les valeurs de l'IDH-4 ne sont pas comparables entre les différents zonages d'études (région, départements, EPCI).

Carte des EPCI de la région Nouvelle-Aquitaine





Liste des Intercommunalités de Nouvelle-Aquitaine selon les départements

Charente (16)

- 16-1 : CC Val de Charente
- 16-2 : CC Cœur de Charente
- 16-3 : CC de Charente Limousine
- 16-4 : CC La Rochefoucauld – Porte du Périgord
- 16-5 : CA du Grand-Angoulême
- 16-6 : CC du Rouillacais
- 16-7 : CA du Grand Cognac
- 16-8 : CC des 4b Sud Charente
- 16-9 : CC Lavalette-Tude-Dronne

Charente-Maritime (17)

- 17-1 : CC de l'Île-de-Ré
- 17-2 : CA de La Rochelle
- 17-3 : CC Aunis-Atlantique
- 17-4 : CC Aunis-Sud
- 17-5 : CC Vals de Saintonge
- 17-6 : CA Rochefort-Océan
- 17-7 : CC de l'Île d'Oléron
- 17-8 : CC du Bassin de Marennes
- 17-9 : CA Royan-Atlantique
- 17-10 : CC Charente-Arnoult, Cœur de Saintonge
- 17-11 : CA de Saintes
- 17-12 : CC de Gémozac et de la Saintonge Viticole
- 17-13 : CC de la Haute-Saintonge

Corrèze (19)

- 19-1 : CA du Bassin de Brive
- 19-2 : CC du Pays de Lubersac-Pompadour
- 19-3 : CC du Pays d'Uzerche
- 19-4 : CA Tulle Agglo
- 19-5 : CC Midi Corrèzien
- 19-6 : CC Xaintrie Val'Dordogne
- 19-7 : CC de Ventadour Egletons Monédières
- 19-8 : CC Vézère Monédières Millesources
- 19-9 : CC Haute-Corrèze Communauté

Creuse (23)

- 23-1 : CC du Pays Dunois, Pays Sostranien, Bénévnt/Grand-Bourg
- 23-2 : CA du Grand Guéret
- 23-3 : CC Portes de la Creuse en Marche
- 23-4 : CC Pays de Boussac, Carrefour des Quatre Provinces, Evaux-les-Bains/Chambon-sur-Voueize
- 23-5 : CC Ciata, Bourgneuf/Royère-de-Vassivière
- 23-6 : CC Creuse Grand-Sud
- 23-7 : CC Chénérailles, Auzances/Bellegarde et Haut Pays Marchois

Dordogne (24)

- 24-1 : CC de Montaigne, Montravel et Gurson
- 24-2 : CC Isle Double Landais
- 24-3 : CC du Pays de Saint-Aulaye
- 24-4 : CC du Pays Ribéracois
- 24-5 : CC Isle et Crempse-en-Périgord
- 24-6 : CA Bergeracoise
- 24-7 : CC de Portes-Sud-Périgord
- 24-8 : CC des Bastides Dordogne-Périgord
- 24-9 : CA le Grand Périgueux
- 24-10 : CC Isle Vern Salembre en Périgord
- 24-11 : CC Dronne et Belle
- 24-12 : CC du Périgord Nontronnais
- 24-13 : CC des Marchés du Périg Or Limousin, Thiviers-Jumilhac
- 24-14 : CC du Pays de Lanouaille
- 24-15 : CC du Terrassonnais en Périgord Noir, Thenon Hautefort
- 24-16 : CC de la Vallée de l'Homme
- 24-17 : CC du Pays de Fénelon
- 24-18 : CC Sarlat Périgord Noir
- 24-19 : CC Vallée de la Dordogne et Forêt Bessède
- 24-20 : CC de Domme Villefranche du Périgord

Gironde (33)

- 33-1 : CA Bassin d'Arcachon Sud-Pôle Atlantique
- 33-2 : CC du Bassin d'Arcachon Nord-Atlantique
- 33-3 : CC Méduilienne
- 33-4 : CC Médoc Atlantique
- 33-5 : CC Médoc Cœur de Presqu'Île
- 33-6 : CC de L'Estuaire Canton de Saint-Ciers sur Gironde
- 33-7 : CC de Blaye
- 33-8 : CC Médoc Estuaire
- 33-9 : Bordeaux Métropole
- 33-10 : CC Jalle Eau Bourde
- 33-11 : CC du Val de l'Eyre
- 33-12 : CC de Montesquieu
- 33-13 : CC du Sud Gironde
- 33-14 : CC de Podensac, des Coteaux de Garonne et de Lestiac-sur-Garonne, Paillet, Rions
- 33-15 : CC des Portes de l'Entre Deux Mers
- 33-16 : CC des Coteaux Bordelais
- 33-17 : CC du Secteur de Saint-Loubes
- 33-18 : CC du Cubzaguais
- 33-19 : CC Latitude Nord Gironde
- 33-20 : CA du Libournais
- 33-21 : CC du Fronsadais
- 33-22 : CC du Grand Saint-Emilionnais
- 33-23 : CC Castillon/Pujols
- 33-24 : CC du Créonnais
- 33-25 : CC Rurales de l'Entre-Deux Mers
- 33-26 : CC du Pays Foyen
- 33-27 : CC du Réolais en Sud-Gironde
- 33-28 : CC du Bazadais

Landes (40)

- 40-1 : CC du Seignanx
- 40-2 : CC Marenne Adour Côte Sud
- 40-3 : CC Côte Landes Nature
- 40-4 : CC de Mimizan
- 40-5 : CC des Grands Lacs
- 40-6 : CC Cœur Haute-Lande
- 40-7 : CC du Pays Morcenais
- 40-8 : CC du Pays Tarusate
- 40-9 : CA du Grand Dax
- 40-10 : CC Pays d'Orthe et Arrigans
- 40-11 : CC Terres de Chalosse
- 40-12 : CC Coteaux et Vallées des Lyus
- 40-13 : CC Chalosse Tursan
- 40-14 : CC d'Aire sur l'Adour
- 40-15 : CC du Pays Grenadois
- 40-16 : CA Mont-de-Marsan Agglomération
- 40-17 : CC du Pays Villeneuve en Armagnac Landais
- 40-18 : CC des Landes d'Armagnac

Lot-et-Garonne (47)

- 47-1 : CC Albret-Communauté
- 47-2 : CC des Coteaux et Landes de Gascogne
- 47-3 : CA Val de Garonne Agglomération
- 47-4 : CC du Pays de Duras
- 47-5 : CC du Pays de Lauzun
- 47-6 : CC Lot et Tolzac
- 47-7 : CC du Confluent et des Coteaux de Prayssas
- 47-8 : CA d'Agen
- 47-9 : CC Porte d'Aquitaine en Pays de Serres
- 47-10 : CA du Grand Villeneuvois
- 47-11 : CC des Bastides en Haut Agenais Périgord
- 47-12 : CC Fumel Vallée du Lot

Pyrénées-Atlantiques (64)

- 64-1 : CA du Pays Basque
- 64-2 : CC du Béarn des Gaves
- 64-3 : CC de Lacq-Orthez
- 64-4 : CC du Pays d'Oloron et des Vallées du Haut Béarn
- 64-5 : CC de la Vallée d'Ossau
- 64-6 : CA Pau Béarn Pyrénées
- 64-7 : CC des Luys en Béarn
- 64-8 : CC du Nord-Est Béarn
- 64-9 : CC Pays de Nay

Deux-Sèvres (79)

- 79-1 : CA du Bocage Bressuirais
- 79-2 : CC du Thouarsais
- 79-3 : CC Airvaudais-Val-du-Thouet
- 79-4 : CC de Parthenay-Gâtine
- 79-5 : CC Val de Gâtine
- 79-6 : CC Haut-Val-de-Sèvre
- 79-7 : CA du Niortais
- 79-8 : CC du Cellois, Cœur du Poitou, Mellois et du Val de Boutonne

Vienne (86)

- 86-1 : CC du Pays Loudunais
- 86-2 : CC du Haut-Poitou
- 86-3 : CA du Pays-Châtelleraudais
- 86-4 : CA du Grand-Poitiers
- 86-5 : CC des Vallées du Clain
- 86-6 : CC du Civraisien-en-Poitou
- 86-7 : CC Vienne-et-Gartempe



Haute-Vienne (87)

- 87-1 : CC Haut Limousin en Marche
- 87-2 : CC Gartempe Saint-Pardoux
- 87-3 : CC Elan Limousin Avenir Nature
- 87-4 : CA Limoges Métropole
- 87-5 : CC de Noblat
- 87-6 : CC Portes de Vassivière
- 87-7 : CC Briance Combade
- 87-8 : CC Briance Sud Haute-Vienne
- 87-9 : CC du Pays de Saint-Yrieix
- 87-10 : CC Pays de Nexon, Monts-de-Châlus
- 87-11 : CC Val de Vienne
- 87-12 : CC Ouest-Limousin
- 87-13 : CC Porte Océane du Limousin

Définitions

Accessibilité potentielle localisée (APL) :

L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) a été développé par la DREES et l'IRDES pour mesurer l'adéquation spatiale entre l'offre et la demande de soins de premier recours à un échelon géographique fin. Il vise à améliorer les indicateurs usuels d'accessibilité aux soins (distance d'accès au plus proche, densité par bassin de vie ou département...). Il mobilise pour cela les données de l'assurance-maladie (SNIIR-AM) ainsi que les données de population de l'Insee.

L'APL est un indicateur local, disponible au niveau de chaque commune, qui tient compte de l'offre et de la demande issues des communes environnantes. Il 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.

ARS NA :

Agence Régionale de la Santé de Nouvelle-Aquitaine

Aire urbaine :

Une aire urbaine ou « grande aire urbaine » est un ensemble de communes, d'un seul tenant et sans enclave, constitué par un pôle urbain (unité urbaine) de plus de 10 000 emplois, et par des communes rurales ou unités urbaines (couronne périurbaine) dont au moins 40 % de la population résidente ayant un emploi travaille dans le pôle ou dans des communes attirées par celui-ci.

Le zonage en aires urbaines 2010 distingue également :

- les « moyennes aires », ensemble de communes, d'un seul tenant et sans enclave, constitué par un pôle urbain (unité urbaine) de 5 000 à 10 000 emplois, et par des communes rurales ou unités urbaines dont au moins 40 % de la population résidente ayant un emploi travaille dans le pôle ou dans des communes attirées par celui-ci.
- les « petites aires », ensemble de communes, d'un seul tenant et sans enclave, constitué par un pôle (unité urbaine) de 1 500 à 5 000 emplois, et par des communes rurales ou unités urbaines dont au moins 40 % de la population résidente ayant

un emploi travaille dans le pôle ou dans des communes attirées par celui-ci.

Affection longue durée (ALD) :

Les ALD sont des maladies qui nécessitent un suivi et des soins prolongés et des traitements coûteux ouvrant droit à la prise en charge à 100 %. Ainsi, les assurés sociaux et leurs ayants droit peuvent bénéficier d'une exonération du ticket modérateur pour les soins liés à l'une des ALD dont la liste est fixée par décret. L'admission en ALD est prononcée par les services médicaux de l'assurance maladie, sur demande du malade ou de son médecin traitant. Destiné à la prise en charge financière des soins, le système d'information des ALD des caisses d'assurance maladie constitue l'approche la plus souvent utilisée pour décrire les personnes atteintes de maladies chroniques. Toute personne présentant une maladie figurant parmi les motifs d'admission en ALD peut bénéficier de cette prise en charge. Cependant, certaines personnes n'en font pas la demande pour diverses raisons : personnelles (confidentialité...), situation ne correspondant pas aux critères de sévérité et d'évolution de la maladie, exonération du ticket modérateur à un autre titre (invalidité, autre affection). Par ailleurs, la demande d'admission en ALD peut survenir plus ou moins précocement selon les patients et les médecins-conseils, c'est pourquoi ces données doivent être utilisées en ayant conscience des biais potentiels. Pour les données d'incidence, trois années (2012, 2013 et 2014) ont dû être regroupées afin de minimiser les risques de variations aléatoires et d'augmenter la validité des résultats.

ATIH :

Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

Centre d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP) :

Le CATTP est une structure de soins faisant partie du dispositif de santé mentale mis à la disposition de la population dans le cadre de la sectorisation. Il propose aux patients des actions de soutien et de thérapeutique de groupe, visant à maintenir, ou favoriser, une existence autonome.

Centre médico-psychologique (CMP) :

Les CMP sont des structures sanitaires de psychiatrie rattachées à un centre hospitalier. Ils assurent des consultations médico-psychologiques et sociales pour toute personne en souffrance psychique et organisent leur orientation éventuelle vers des structures adaptées (CAT-TP, hôpital de jour, unité d'hospitalisation psychiatrique, foyers...). Une équipe pluridisciplinaire assure la coordination des soins psychiatriques pour la population du secteur. Il existe des CMP pour adultes et des CMP pour enfants et adolescents (appelés CMPEA).

Couverture vaccinale :

Le taux de couverture vaccinale est la proportion de personnes vaccinées dans une population donnée, à un moment donné. Sa mesure est nécessaire pour évaluer l'efficacité de tout programme de vaccination et pour déterminer le degré de protection d'une population contre une maladie infectieuse. Pour un vaccin nécessitant plusieurs injections, on parlera de couverture vaccinale « une dose », « deux doses », « trois doses » et « rappel ».

Décès par pathologies liées à l'alcool :

Les décès liés à l'alcool regroupent les causes suivantes (cause initiale) : cirrhose du foie, psychose alcoolique et alcoolisme, cancer des VADS comprenant les tumeurs malignes des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx, de l'œsophage et du larynx.

Décès par pathologies liées au tabac :

Les décès liés au tabac regroupent les causes suivantes : cancer de la trachée, des bronches et du poumon (cause initiale), cardiopathie ischémique, bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives (en cause initiale, associée ou de comorbidité).

Dépistage organisé :

Les programmes organisés nationaux de dépistage des cancers du sein et colorectal ont été initiés sur décision du ministère de la Santé. Ce sont des programmes de santé publique qui impliquent de nombreux acteurs. Ils sont pilotés par le ministère chargé de la Santé en lien avec l'Institut national du cancer (Inca) et cofinancés essentiellement par le ministère et l'Assurance maladie. Les structures de gestion locales coordonnent le programme de dépistage au niveau d'un ou de plusieurs départements. Le dépistage organisé du cancer du sein concerne les femmes âgées de 50 à 74 ans. Le dépistage organisé

du cancer colorectal concerne les hommes et les femmes âgés de 50 à 74 ans.

Différence significative :

Le test statistique utilisé pour comparer les taux standardisés est le test du Chi². Il a pour but de déterminer si la différence observée entre la valeur du territoire étudié et celle de la France hexagonale est « statistiquement significative » (au risque de 5 %) ou si celle-ci est due au hasard. L'absence de différence significative peut être liée à un manque de puissance du test. Ainsi, une très petite différence peut être significative si elle est observée sur des effectifs importants, tandis qu'une différence plus importante peut ne pas être significative si elle est observée sur des petits effectifs.

Espérance de vie à la naissance :

L'espérance de vie à la naissance (ou à l'âge 0) représente la durée de vie moyenne – autrement dit l'âge moyen au décès – d'une génération fictive soumise aux conditions de mortalité de l'année. Elle caractérise la mortalité indépendamment de la structure par âge.

Espérance de vie à 60 ans :

Cette espérance représente le nombre moyen d'années restant à vivre pour une génération fictive de 60 ans qui aurait, à chaque âge, la probabilité de décéder observée cette année-là. Autrement dit, c'est le nombre moyen d'années restant à vivre au-delà de 60 ans, dans les conditions de mortalité par âge de l'année considérée.

Foyer d'accueil médicalisé (FAM) :

Les FAM sont des établissements médico-sociaux accueillant des personnes lourdement handicapées inaptes à une activité professionnelle et dans l'obligation de recourir à l'aide d'une tierce personne. Ils sont financés par l'Assurance maladie et le conseil départemental. Les profils de déficience des personnes reçues en FAM sont diversifiés et se répartissent entre déficience intellectuelle, troubles psychiatriques, déficience motrice et, dans une moindre mesure, polyhandicap.

Hébergement pour personnes âgées à temps complet :

l'hébergement à temps complet pour personnes âgées comprend l'ensemble des places en maisons de retraite, logement foyer, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et places unité de soins de longue durée.

HéliSMUR :

Hélicoptère bénéficiant d'une cellule médicale permanente basé dans un établissement de santé siège de SAMU.

Indice de Développement Humain (IDH-4) :

L'Indice de Développement Humain se présente comme un nombre sans unité compris entre 0 (développement humain minimal) et 1 (développement humain maximal). Il est construit à partir de trois indicateurs. La dimension santé est mesurée par un Indice Comparatif de Mortalité (ICM). La dimension éducation est mesurée par le pourcentage de la population âgée de 15 ans ou plus sortie du système scolaire diplômée. Enfin, la dimension niveau de vie est mesurée par les revenus disponibles médians par unité de consommation.

Indice de vieillissement :

L'indice de vieillissement de la population est le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes âgées de moins de 20 ans. Il permet de mesurer le degré de vieillissement de la population. Plus l'indice est élevé, plus le vieillissement est important.

INSEE RP :

Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques – Recensement de la population

INSERM CapiDc :

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale – Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès

Maison d'accueil spécialisée (MAS) :

Les MAS sont des établissements médico-sociaux recevant des adultes handicapés ne pouvant effectuer seuls les actes essentiels de la vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants. Ils sont financés par l'Assurance maladie. Les MAS accueillent majoritairement des personnes souffrant de retard mental profond et sévère et des personnes polyhandicapées.

Maternités :

Les maternités sont classées en 3 niveaux :

- Une maternité de niveau 1 dispose d'une unité d'obstétrique.
- Une maternité de niveau 2 dispose d'une unité d'obstétrique et d'une unité de néonatalogie.
- Une maternité de niveau 3 dispose d'une unité d'obstétrique, d'une unité de néonatalogie et d'une unité de réanimation néonatale.

MCS :

Médecin Correspondant SAMU.

Mortalité :

Les décès sont issus du CégiDC (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès), laboratoire de l'Inserm chargé de la production annuelle de la statistique des causes médicales de décès en France. Les effectifs de population utilisés pour le calcul des taux sont issus des recensements de population produits par l'Insee. Les décès domiciliés, c'est-à-dire à la commune de domicile du défunt, sont disponibles à l'échelle communale (codes communes INSEE). Pour les besoins de l'analyse, dix années (de 2005 à 2014) ont dû être regroupées afin de minimiser les risques de variations aléatoires et d'augmenter la validité des résultats.

Mortalité prématurée :

La mortalité prématurée est, par convention, l'ensemble des décès survenus avant l'âge de 65 ans, quelle qu'en soit la cause.

Mortalité prématurée évitable :

Certaines causes de décès à l'origine de la mortalité prématurée (avant 65 ans) peuvent être considérées comme « évitables », c'est-à-dire qu'en l'état actuel des connaissances médicales et compte-tenu des capacités de prise en charge du système de soins français, elles ne devraient pas entraîner de décès avant 65 ans.

Les décès « évitables » peuvent se subdiviser en deux groupes selon les modalités d'actions capables d'en diminuer la fréquence. Le premier groupe distingue les décès qui pourraient être évités essentiellement par une action sur les facteurs de risques individuels, par exemple décès par cancer du poumon ou accident de la circulation. Le second groupe comprend les décès évitables principalement grâce à une meilleure prise en charge par le système de soins (y compris dans le cadre d'actions de dépistage), éventuellement renforcée par une action sur certains comportements individuels, comme les décès par tuberculose ou cancer du sein.

Dans ce document, seuls les décès prématurés évitables liés aux pratiques de prévention primaire (1^{er} groupe) sont comptabilisés.

Part de 15 ans et plus peu ou pas diplômés :

Nombre de personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec peu ou pas de diplômes (aucun diplôme, BEPC, Brevet des Collèges ou DNB) parmi les personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire.

PMSI :

Programme de médicalisation des systèmes d'information. Depuis la loi sur la réforme hospitalière du 31 juillet 1991, tous les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, sont soumis au PMSI. Ils doivent envoyer leur activité médicale (nombres de patients, actes réalisés, soins, modes de prise en charge...) chaque année à la sécurité sociale et à l'État. Ce système d'information permet de planifier, de tarifier les actes médicaux et de calculer le budget qui sera alloué à chaque établissement public.

Il existe différents types de PMSI : MCO (pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique), SSR (pour les activités de soins de suite et de réadaptation), HAD (pour l'hospitalisation à domicile) et PSY (pour les activités de psychiatrie).

Prévalence :

Nombre de cas d'une maladie dans une population à un moment donné, englobant aussi bien les cas nouveaux que les cas anciens.

SMUR :

Service Mobile d'Urgence et de Réanimation.

SNDS-DCIR :

Le SNDS rassemble et met à disposition des informations de santé pseudonymisées collectées par des organismes publics. Cette fusion de plusieurs bases de données comprend notamment le Système National d'Information Inter Régimes de l'Assurance Maladie (SNIIRAM) qui regroupe les informations issues des remboursements effectués par l'ensemble des régimes d'assurance maladie pour les soins du secteur libéral, dont une base de données individuelles des bénéficiaires (DCIR) pour réaliser des études sur la consommation des soins.

Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) :

L'activité de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion.

Solde migratoire :

Le solde migratoire est la différence entre le nombre de personnes qui sont entrées sur le territoire et le nombre de personnes qui en sont sorties au cours de l'année. Ce concept est indépendant de la nationalité.

Solde naturel :

Le solde naturel (ou accroissement naturel ou excédent naturel de population) est la différence entre le nombre de naissances et le nombre de décès enregistrés au cours d'une période.

Taux de mortalité infantile :

C'est le rapport entre le nombre d'enfants décédés à moins d'un an et l'ensemble des enfants nés vivants.

Taux standardisé :

Le taux standardisé est le taux que l'on observerait dans une population donnée si celle-ci avait la même structure par âge qu'une population de référence. Il est utilisé pour comparer les décès, les hospitalisations ou les affections de longue durée entre territoires ou périodes.

Pour chaque territoire, la méthode de la standardisation directe est appliquée, la population de référence étant la population de la France entière par tranche d'âges quinquennale au recensement de la population de 2014. Ainsi obtenu, le taux standardisé pour une cause spécifique indique le nombre de cas / décès qui seraient dus à cette cause pour 100 000 habitants si la répartition par âge de la zone géographique étudiée était la même qu'au niveau de la France entière.

Atlas de la santé Nouvelle-Aquitaine 2018

Un document réalisé et mis en page par
l'**Observatoire régional de la santé de Nouvelle-Aquitaine** (ORS NA)

en collaboration avec le service études, statistiques et évaluation de
l'**Agence régionale de santé (ARS) Nouvelle-Aquitaine**
sous le pilotage et avec le financement de l'ARS NA

Ce document est téléchargeable sur les sites de
l'ARS Nouvelle-Aquitaine
<https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/liste-etudes-rapports>
et de l'ORS Nouvelle-Aquitaine
www.ors-na.org

Proposition de citation :
« *Atlas de la santé Nouvelle-Aquitaine 2018. ORS Nouvelle-Aquitaine. Décembre 2018.
Rapport n° 047. 128 p.* »