

Diagnostic territorial

Deux-Sèvres

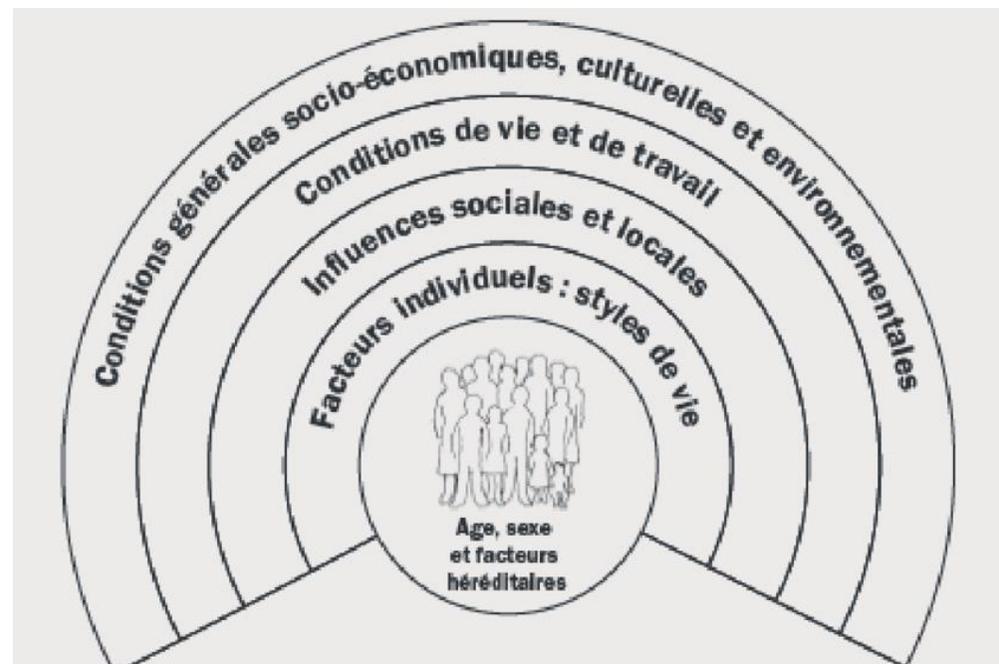


Juillet 2021



Introduction

Plusieurs facteurs déterminent la santé des populations : les facteurs individuels (âge, sexe, hérédité, habitudes de vie), le milieu de vie (hébergement, famille, communauté), les systèmes (aménagement du territoire, offre de soins et services sociaux), ou encore le contexte global (démographique, environnemental, économique, politique) et, ces différents déterminants de la santé sont inter-reliés.



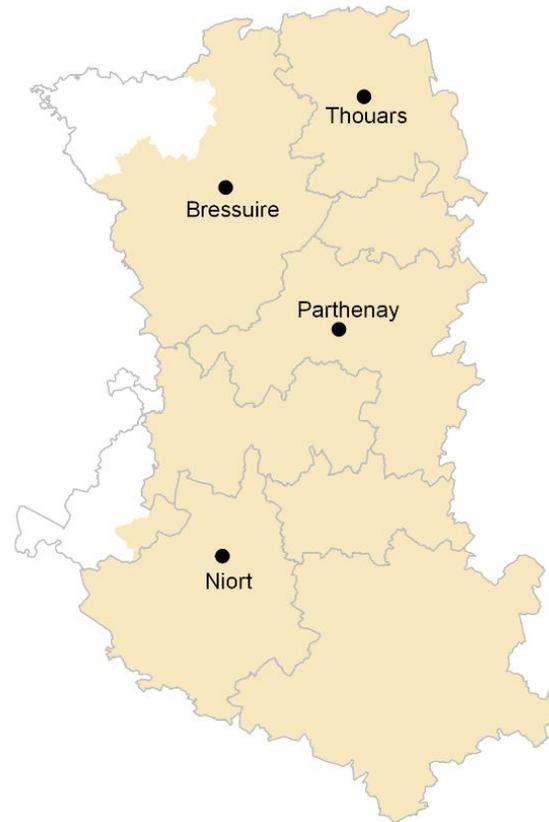
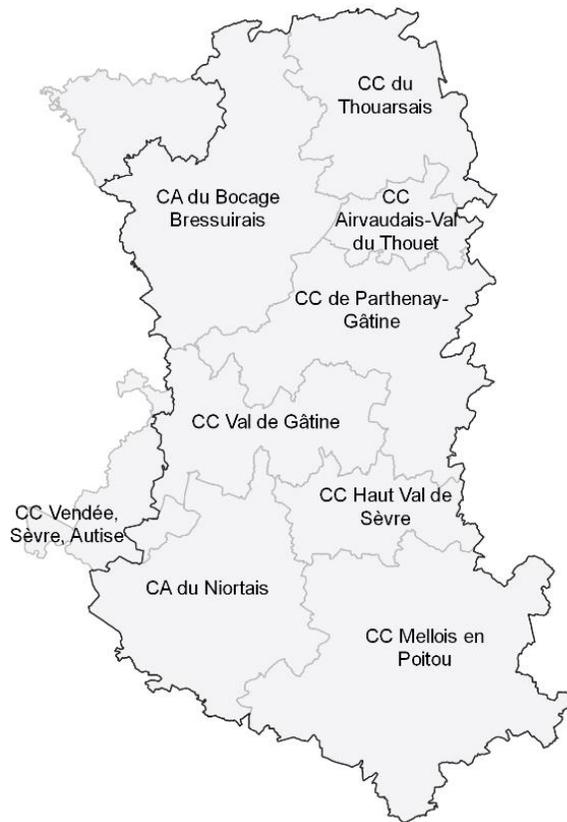
Source : d'après Whitehead et Dahlgren

Réaliser un diagnostic territorial en santé repose sur l'analyse de données de santé mais aussi de ces déterminants. Aussi vous trouverez dans ce document des indicateurs divers portant sur :

- la démographie,
- l'environnement social,
- l'état de santé et la consommation de soins,
- l'offre de santé,

- et avant tout une présentation succincte du territoire concerné par ce diagnostic territorial.

Présentation du territoire de responsabilité populationnel de Deux-Sèvres



9 EPCI (intercommunalités) couvrent entièrement ou partiellement le territoire de responsabilité populationnelle (TRP) Deux-Sèvres.

Un TRP très proche du département des Deux-Sèvres ;
mais :

- ⇒ Une partie de la CC du Bocage Bressuirais exclue du champ de l'étude ;
- ⇒ Une partie de la CC Vendée, Sèvre, Autise incluse dans le champ de l'étude.

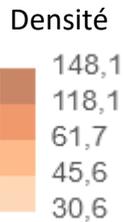
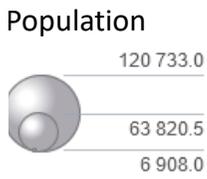
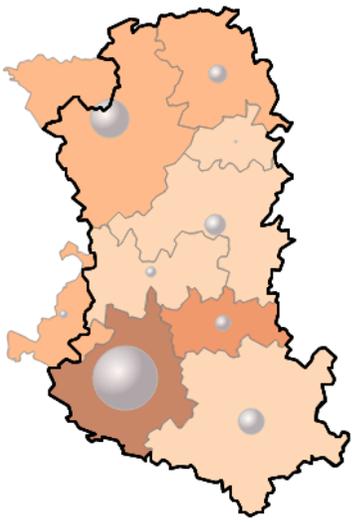


Démographie

Le volume de la population, la manière dont elle se répartit géographiquement et les dynamiques du peuplement dans le temps esquissent les premiers contours du portrait de territoire. En lien aux questions de santé, ces indicateurs permettent une première approche des besoins en matière d'offre de santé.

Démographie

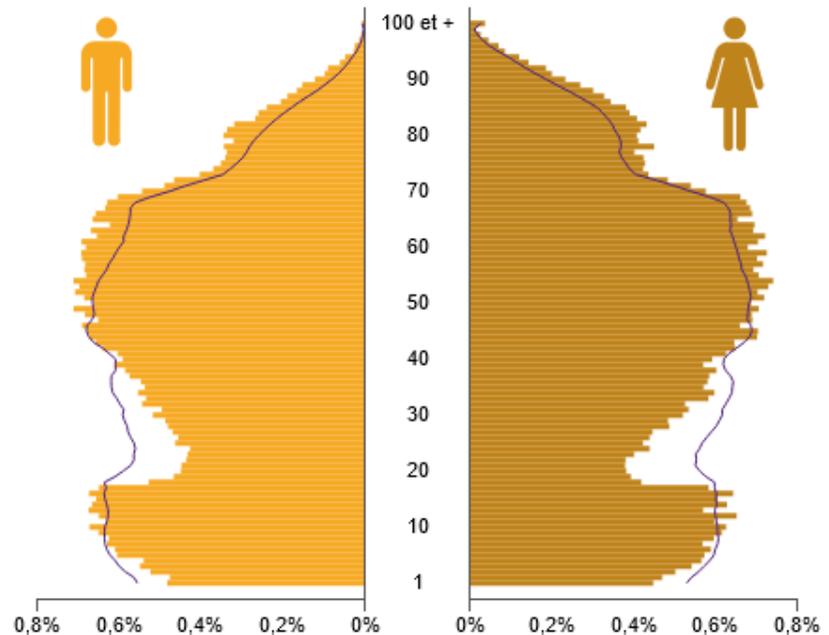
Densité de la population en 2017
nombre d'habitants au km²



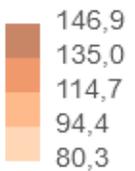
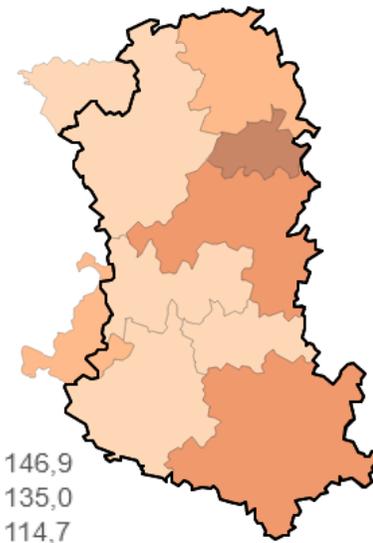
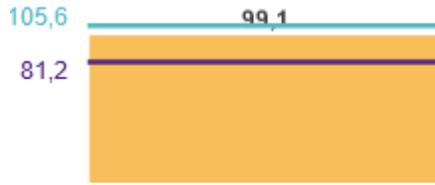
- TRP Deux-Sèvres
- Nouvelle-Aquitaine
- France hexagonale

360 848 habitants

en 2017



Indice de vieillissement en 2017
nombre de personnes de 65 ans et plus sur le nombre de personnes de moins de 20 ans * 100

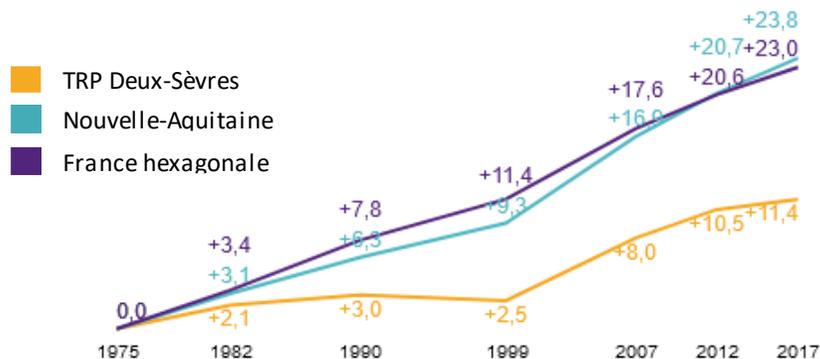


- Un vieillissement plus important qu'en France et le départ marqué de jeunes adultes de 20-30 ans

Source : Insee - Exploitation Fnors, ORSNA

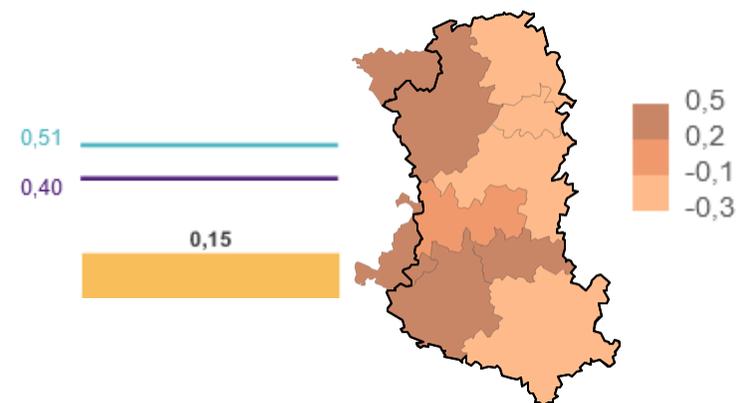
Démographie

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



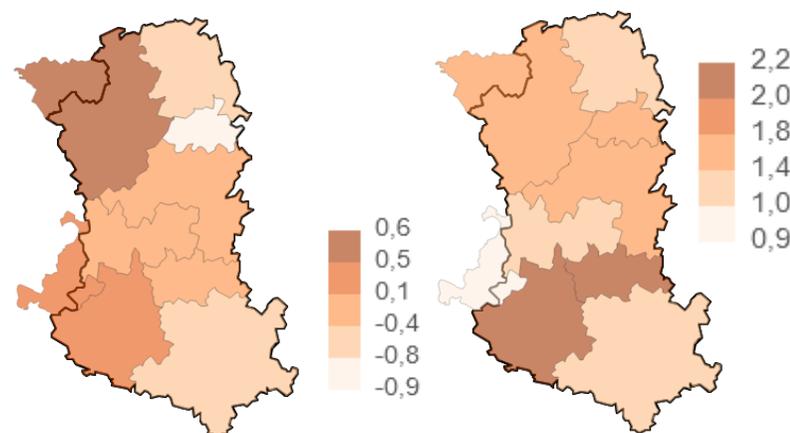
Taux d'accroissement annuel moyen de la population en 2012-2017 (en %)

Tous âges



Moins de 20 ans

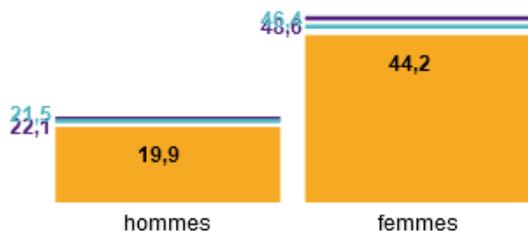
80 ans et plus



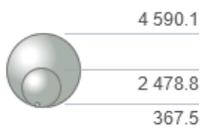
- **Une augmentation modérée de la population** : + 2 673 habitants entre 2012 et 2017, soit + 0,15 % par an ; l'accroissement est plus marqué dans les EPCI à l'ouest du territoire.
- **La population des moins de 20 ans** (83 411) augmente faiblement : taux d'accroissement annuel moyen en 2012-2017 de + 0,11 % (vs + 0,33 % en région et + 0,18 en France).
- **La population des 80 ans et plus (28 230) augmente plus nettement** : taux d'accroissement annuel moyen de +1,71 % en 2012-2017, soit à un niveau proche de celui de la région (+1,72%) et un peu plus faible qu'en France (+1,95 %).

Démographie

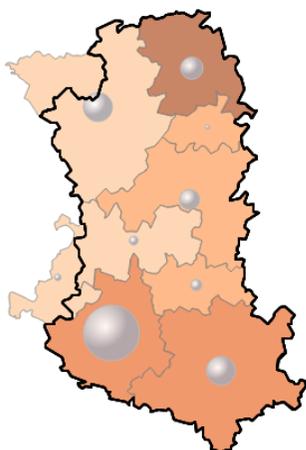
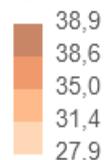
Part de personnes de 75 ans et plus vivant seules à domicile en 2017 (en %)



Nombre de personnes de 75 ans et plus vivant seules à domicile



Part (pour 100)

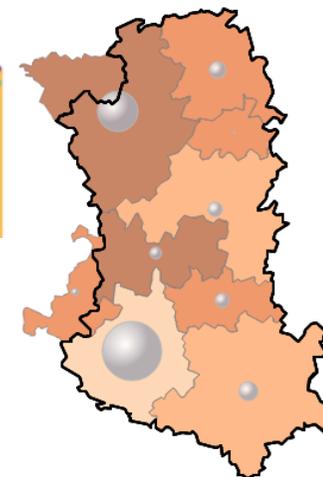
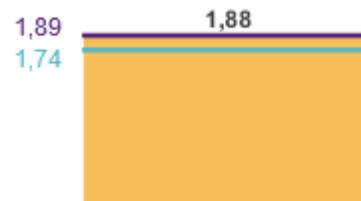


- 14 445 personnes de 75 ans et plus vivent seules à domicile, soit 34,4 % des 75 ans et plus ; une part un peu plus faible qu'en France (38,4 %).

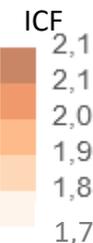
3 407 naissances
vivantes en moyenne annuelle
en 2013-2019



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



Nombre annuel moyen de naissances



- un ICF plus faible dans le TRP Deux-Sèvres qu'en région et qu'en France, mais au dessus de 2,0 enfants par femme en Val de gâtine et Bocage Bressuirais (seuil de remplacement des générations : 2,10 enfants par femmes).

● Environnement social et économique

Les déterminants socio-économiques (ou environnement social et économique) sont des déterminants majeurs de l'état de santé. Des études de l'Insee le confirment ; des écarts d'espérance de vie sont observés selon la catégorie socio-professionnelle des habitants (ex : les cadres ont une espérance de vie plus importante que les ouvriers), selon les niveaux de diplômes ou encore selon les revenus.

Le niveau de vie peut aussi par exemple conditionner l'accès aux soins.

De plus, les personnes avec un niveau de vie plus faible ont plus fréquemment que les autres des comportements défavorables pour leur santé.

Chiffres clés*

6,4 ans

Écart d'espérance de vie à la naissance entre les hommes ouvriers et hommes cadres

7,5 ans

Écart d'espérance de vie à 35 ans entre les hommes sans diplôme et les hommes diplômés du supérieur

12,7 ans

Écart d'espérance de vie à la naissance entre les 5 % d'hommes ayant les plus faibles revenus et les 5 % ayant les plus importants

11 %

Les adultes les plus modestes ont déclaré avoir renoncé à consulter un médecin dans l'année pour raisons financières contre 1 % des plus aisés

59 %

Des personnes à bas revenus ont eu au moins une activité sportive dans l'année contre 77 % des personnes à hauts revenus

* Résultats nationaux

Environnement social : chômage

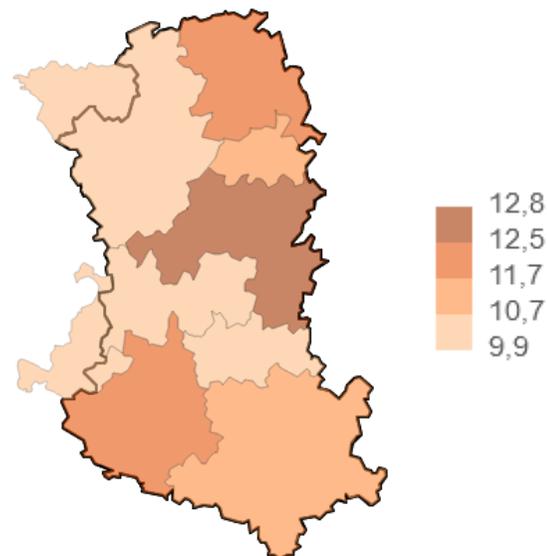
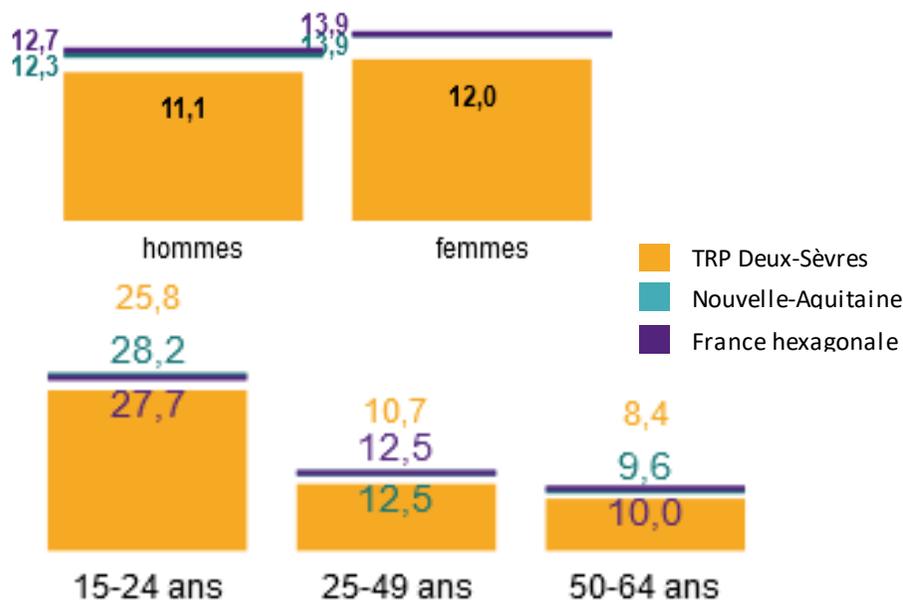
19 150 chômeurs, soit 11,5 % des actifs ;

- Le taux de chômage est :
 - Plus faible qu'en Nouvelle-Aquitaine (12,3) et France (12,7) ;
 - Plus élevé chez les femmes que les hommes ;
 - Très élevé chez les jeunes ;
 - Plus élevé dans les CC de Parthenay-Gâtine, Thouarsais, Niortais.

Définition & Précision méthodologique :

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

Taux de chômage au sens du RP en 2017 (pour 100)

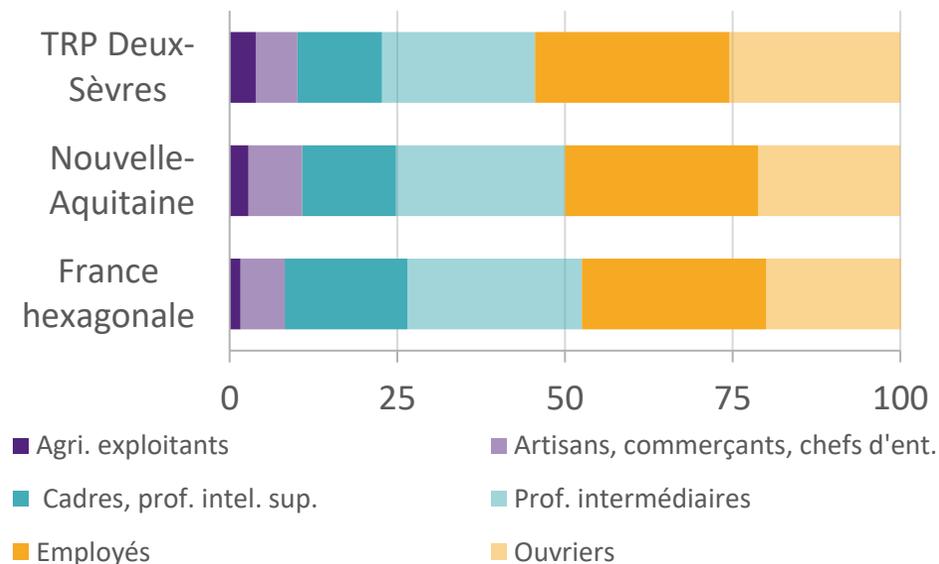


● Environnement social professions et catégories socio-professionnelles (PCS)

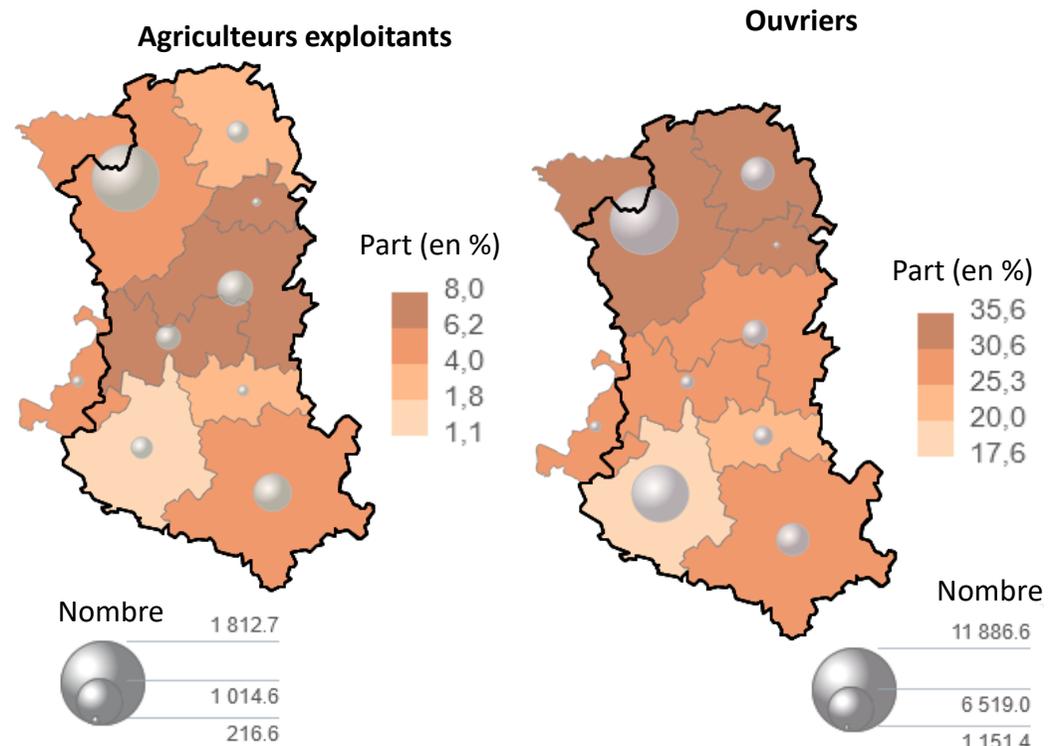
146 580 actifs ayant un emploi ;

- Plus d'ouvriers (25,5 %) ;
- Plus d'agriculteurs exploitants (3,9 %).

Répartition des actifs de 15 ans ou plus ayant un emploi par catégorie socio-professionnelle en 2017 (en%)



Actifs de 15 ans ou plus ayant un emploi en 2017 (en%)



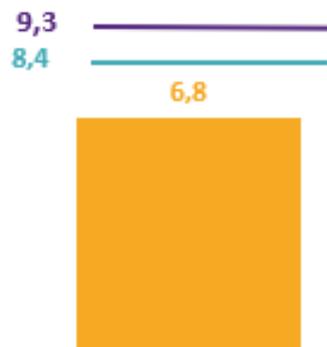
- **Les agriculteurs exploitants** sont les plus représentés dans le centre du territoire ;
- **Les ouvriers** sont les plus représentés dans le nord du territoire.

Environnement social : inactivité

8 840 personnes de 25-54 ans ni en emploi, ni au chômage, soit 6,8 % du groupe d'âge ;

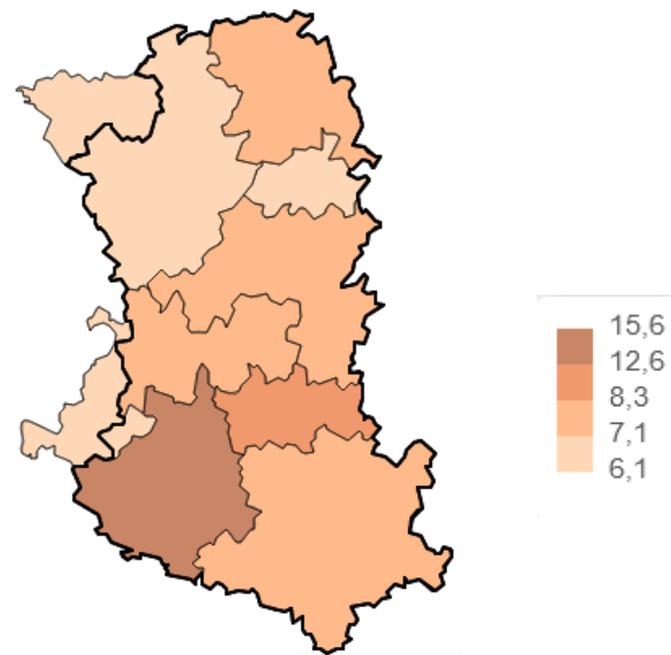
- Le taux d'inactifs est :
 - Plus faible qu'en NA et France ;
 - Très faible dans les CC Haut-Val-de-Sèvres et Val de Gâtine.

Taux d'inactifs de 25-54 ans au sens du RP en 2017 (en%)



- TRP Deux-Sèvres
- Nouvelle-Aquitaine
- France hexagonale

Taux standardisé d'inactifs de 25-54 ans au sens du RP en 2017 (en %)

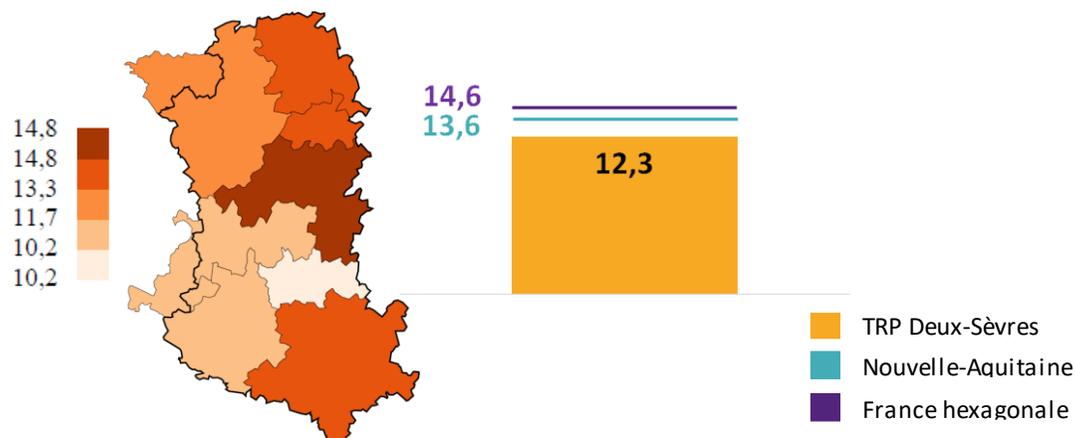


Définition & Précision méthodologique :

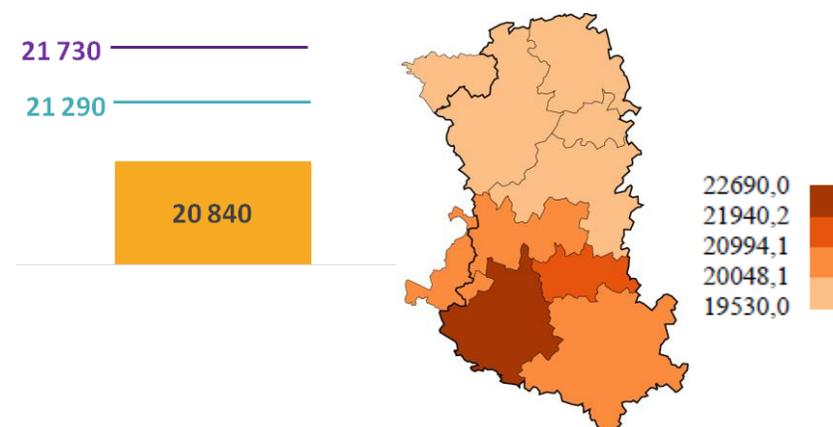
Les inactifs sont par convention les personnes qui ne sont ni en emploi (BIT) ni au chômage : jeunes de moins de 15 ans, étudiants et retraités ne travaillant pas en complément de leurs études ou de leur retraite, hommes et femmes au foyer, personnes en incapacité de travailler... Ici : seules les personnes de 25-54 ans sont prises en compte, excluant ainsi les jeunes de moins de 25 ans et les retraités.

Environnement social : niveau de vie

Taux de pauvreté en 2018 (en %)



Revenu disponible médian en 2018 (en euros)



- 44 820 personnes sous le seuil de pauvreté, soit 12,3 % de la population ; une part moins élevée qu'en France 14,6 %.

- Un revenu médian plus faible dans le TRP Deux-Sèvres qu'en région et qu'en France, particulièrement dans les EPCI de la moitié nord du département.

Définition & Précision méthodologique :

Le taux de pauvreté monétaire correspond à la part d'individus dont le niveau de vie est inférieur à un seuil, dénommé seuil de pauvreté (fixé à 60 % du niveau de vie médian en France, soit à un revenu inférieur à 1 063 € par mois en 2018).

En l'absence de données disponibles suffisantes au niveau communal du fait du secret statistique, le taux de pauvreté n'a pas pu être calculé à l'échelle du TRP. En effet, il n'est disponible que pour 48,2 % de l'ensemble des communes du TRP.

Définition & Précision méthodologique :

Le revenu médian est le revenu qui divise la population en deux parties égales, telles que 50 % de la population aient un revenu supérieur et 50 % un revenu inférieur.

Le revenu médian du TRP est égal à la moyenne des revenus médians des communes composant le TRP, pondérés par la population des personnes des ménages fiscaux des communes le composant. Ici, la totalité des communes du TRP sont disponibles.

● Environnement social : niveau de diplôme

4 173 jeunes de 25-34 ans pas ou peu diplômés, soit 11,8 % de la classe d'âge ;

- une part équivalente aux valeurs de référence (12,2 et 12,8 en NA et France) ;
- plus élevée chez les hommes que les femmes ;
- plus élevée dans les CC du Thouarsais, Parthenay-Gâtine, Mellois en Poitou, Bocage Bressuirais.

13 540 jeunes de 25-34 ans ayant au moins un bac + 2, soit 38,4 % de la classe d'âge ;

- une part plus faible qu'en NA (41,8 %) et France (45,8 %) ;
- le niveau de diplôme bac + 2 plus représenté chez les femmes que les hommes.

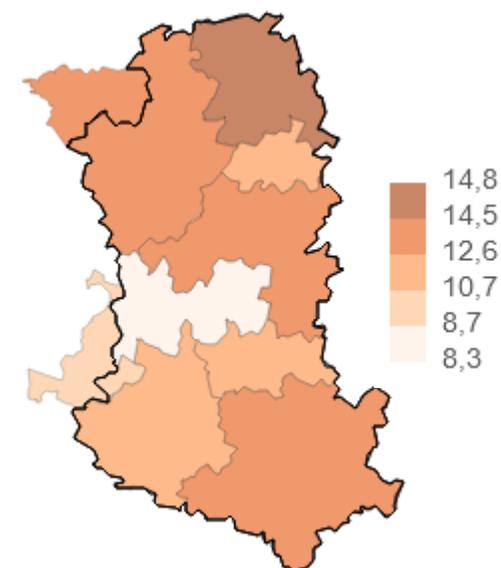
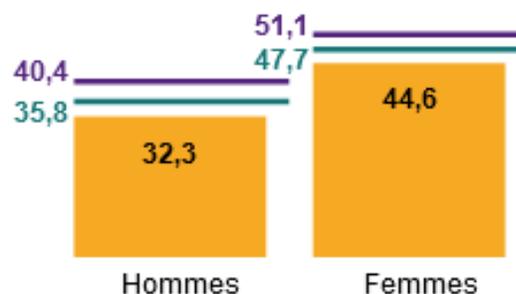
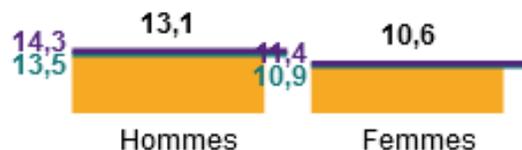
Part des jeunes de 25-34 ans pas ou peu diplômés en 2017 (en %)

Part des jeunes de 25-34 ans ... en 2017 (en %)

Pas ou peu diplômés

ayant un bac + 2 ou plus

- TRP Deux-Sèvres
- Nouvelle-Aquitaine
- France hexagonale



Environnement social : précarité d'accès aux soins

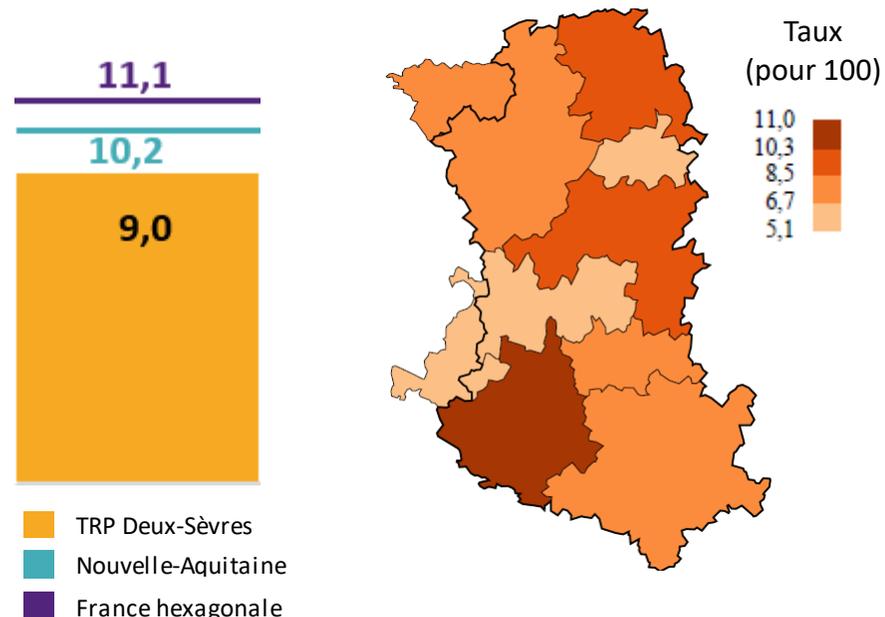
25 700 bénéficiaires de la CSS, soit 9,0 % des consommateurs de soins affiliés au RG ;

- Une part plus faible qu'en France (11,1 %) ;
- Des disparités infra-territoriales importantes, sans valeur au-dessus de la moyenne nationale.

Définition & Précision méthodologique :

Depuis le 1^{er} novembre 2019, la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) et l'ACS (aide au paiement d'une complémentaire santé) ont été remplacées par la Complémentaire santé solidaire (CSS). La CSS est une aide accordée sous condition de ressources, dont le plafond varie selon la composition du foyer. Elle donne droit à la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé (y compris à l'hôpital). Les dépenses de santé sont donc prises en charge à hauteur de 100 % des tarifs de la sécurité sociale.

Part de bénéficiaires de la CSS parmi les consommateurs affiliés au régime général (RG)* au 31 décembre 2019 (en %)



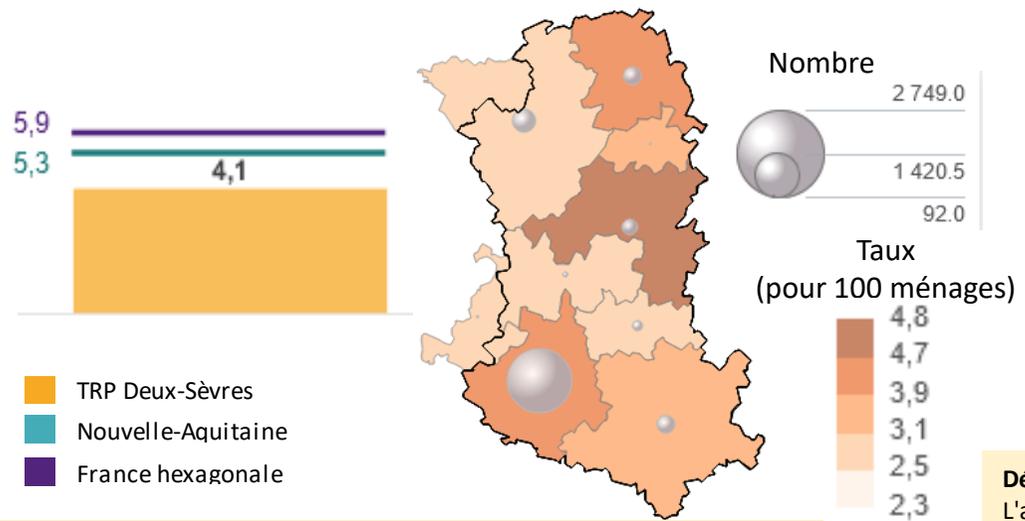
- * Les consommateurs de soins affiliés au régime général (RG) couvrent :
- 84 % des consommateurs du TRP Deux-Sèvres
 - 75 % des consommateurs de la région Nouvelle-Aquitaine
 - 81 % des consommateurs au niveau national

Environnement social : allocations

6 600 allocataires du RSA, soit 4,1 % des ménages ;

- Le taux est :
 - Plus faible qu'en NA et France ;
 - Très faible dans les CC Haut-Val-de-Sèvres et Val de Gâtine.

Allocataires du RSA au 31 décembre 2019

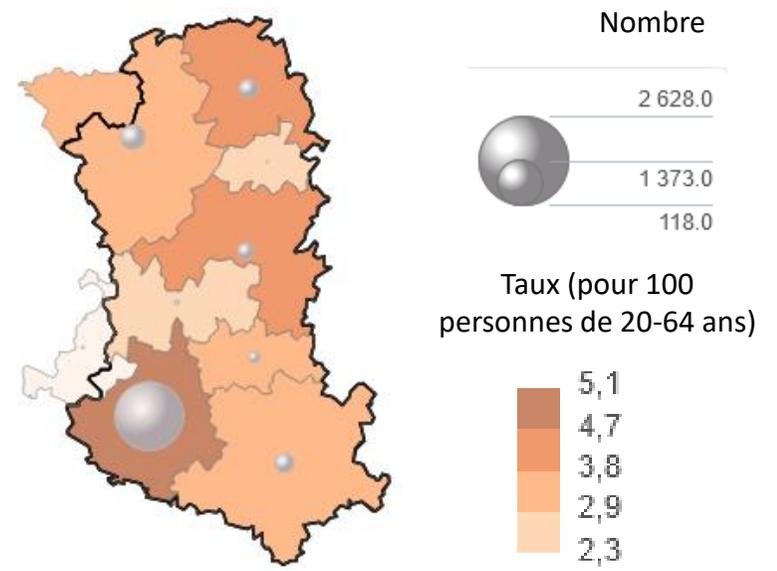


Définition & Précision méthodologique :
 Le revenu de solidarité active (RSA) assure aux personnes disposant de faibles ressources un niveau minimum de revenu qui varie selon la composition du foyer. Ce niveau minimum pour une personne vivant seule sans enfant est de 565 euros, pour un couple avec deux enfant de 1 187 euros.

7 080 bénéficiaires de l'AAH en 2019, soit 3,6 % des habitants de 20-64 ans ;

- Une proportion proche de celle de NA (3,5 %), au-dessus de la moyenne nationale (3,1 %).

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



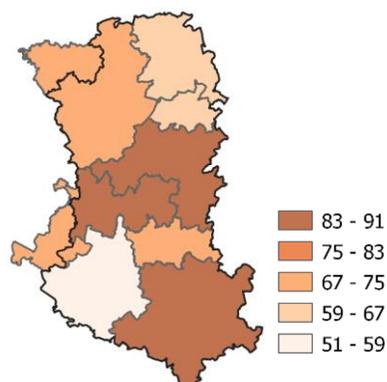
Définition & Précision méthodologique :
 L'allocation aux adultes handicapés (AAH) est une aide financière qui permet d'assurer un revenu minimum aux personnes en situation de handicap. Accordée sur décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), l'AAH est attribuée sous réserve de respecter des critères d'incapacité, d'âge, de résidence et de ressources. Son montant vient compléter les autres ressources. Le montant maximal est de 904 euros.

Autres déterminants de santé : équipements sportifs et licences sportives

Un taux d'équipements sportifs de 67 pour 10 000 habitants supérieur au niveau national (55 pour 10 000) et régional (63 pour 10 000). Des taux de licences sportives délivrées proches de ceux observés en Nouvelle-Aquitaine (20,9 vs 22,2 pour 100 habitants) ;

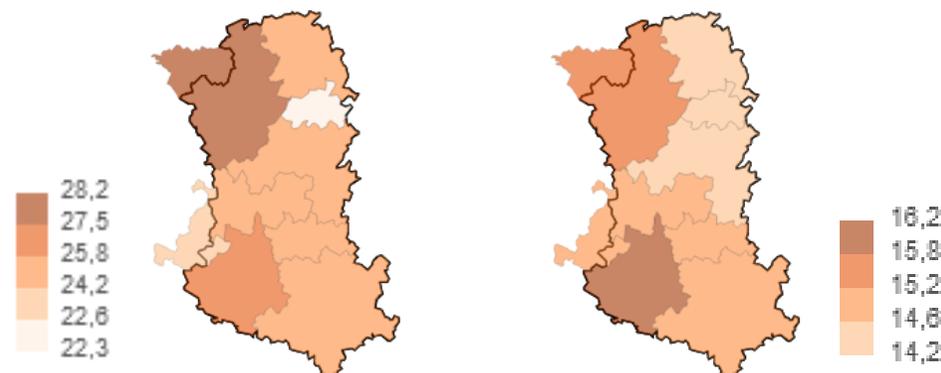
- Des taux d'équipements disparates au sein des EPCI variant de 90 pour 10 000 dans la CC Mellois en Poitou à 52 pour 10 000 dans la CC du Niortais ;
- Des taux de licences sportives délivrées moins importants chez les femmes (26,2) que les hommes (15,5).

Taux d'équipements sportifs en avril 2021
(pour 10 000 habitants)



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

Hommes (pour 100 habitants) Femmes



Définition & Précision méthodologique :

Le recensement des licences et des clubs sportifs est réalisé annuellement par la MEDES auprès des fédérations sportives agréées par le ministère en charge des sports. Celles-ci fournissent des données sur les licences qu'elles délivrent et sur les clubs qui leur sont affiliés. Ces fichiers sont retraités par l'INJEP. Les licences sportives dénombrées sont celles délivrées par les fédérations sportives agréées par le ministère chargé des sports, hors union nationale du sport scolaire -UNSS-, union sportive de l'enseignement du premier degré et fédération des arts énergétiques et martiaux chinois qui ne sont pas répertoriées au lieu de domicile du licencié. Il est à noter que le recensement des licences fournit un nombre de licences et non de licenciés, des personnes peuvent donc être comptées plusieurs fois s'ils sont licenciés dans plusieurs fédérations.

Etat de santé

L'examen de l'état de santé d'une population peut être abordé au travers de différents éléments que sont notamment l'espérance de vie, la mortalité, la morbidité (ici, total des affections de longue durée -ALD- au 31 décembre), la santé ressentie (non étudiée ici) et la consommation de soins.

Sont ainsi présentés ici des indicateurs issus de l'exploitation de bases de données de santé auxquelles ont accès la Fnors et les ORS, grâce à des conventionnements avec les producteurs de données, des décrets les y autorisant et au respect de règles pour l'utilisation de ces données.

Les indicateurs sont notamment des taux standardisés sur l'âge qui s'affranchissent des effets liés à l'âge et autorisent des comparaisons entre territoires et entre périodes. Sont aussi présentés des indicateurs évaluant par exemple le différentiel de mortalité entre le territoire étudié et la France hexagonale et sa significativité statistique.

Sont d'abord abordés des indicateurs de santé générale, de santé mentale puis des *focus* sur les pathologies faisant l'objet des travaux de responsabilité populationnelle de la FHF, à savoir le diabète et l'insuffisance cardiaque et enfin des indicateurs de recours à certains professionnels de santé.

La FHF produit également des indicateurs complémentaires provenant de l'exploitation des données du PMSI soit des hospitalisations.

Etat de santé : vue d'ensemble

1 887



nombre de décès
annuel moyen
en 2009-2015

1 757



- 80 décès

Écart entre le nombre de décès
relevé et celui qui serait observé
avec la même mortalité qu'en
France

- 80 décès

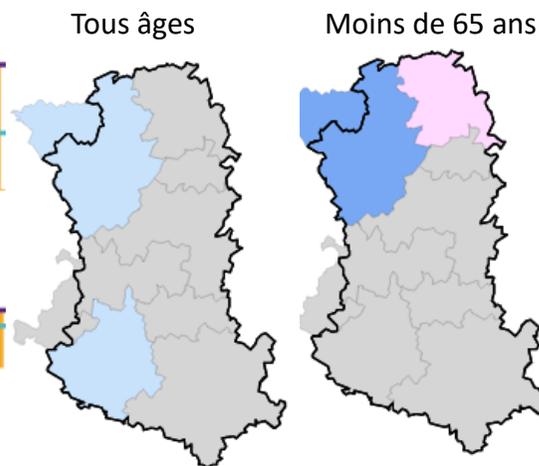
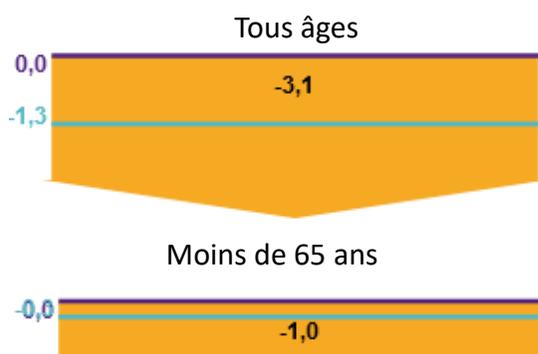
Une espérance de vie à la naissance en 2009-2015,

- de **79,0 ans chez les hommes ;**

- de **85,7 ans chez les femmes ;**

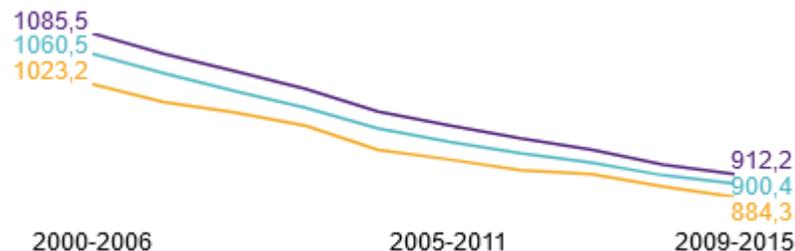
- **soit des valeurs plus élevées qu'en France :**
+ 0,3 ans pour les hommes et +0,5 ans pour les femmes ;
- **et, à un degré moindre, qu'en région :**
+ 0,2 an pour les hommes et les femmes.

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



■ pas de différence significative
■ sous-mortalité ■ surmortalité

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



■ surmortalité > à 45 %
■ surmortalité comprise entre 25 % et 45 %
■ surmortalité comprise entre 15 % et 25 %
■ surmortalité comprise entre 5 % et 15 %
■ pas de différence significative
■ sous-mortalité comprise entre -5 % et -15 %
■ sous-mortalité < à -15 %

■ TRP Deux-Sèvres
■ Nouvelle-Aquitaine
■ France hexagonale

État de santé : mortalité évitable chez les moins de 75 ans

liée à la prévention

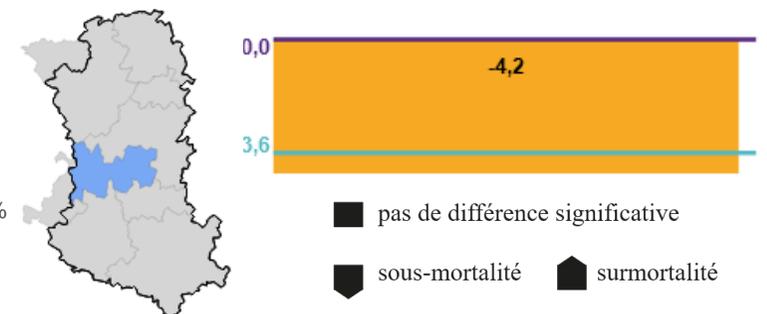
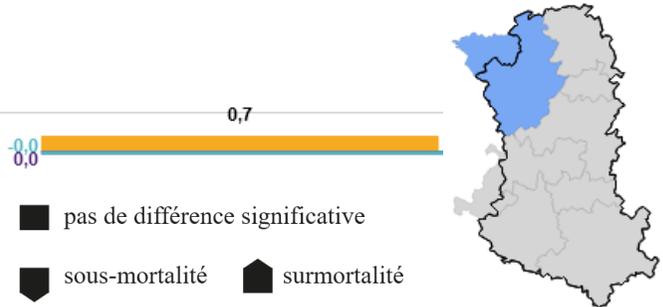
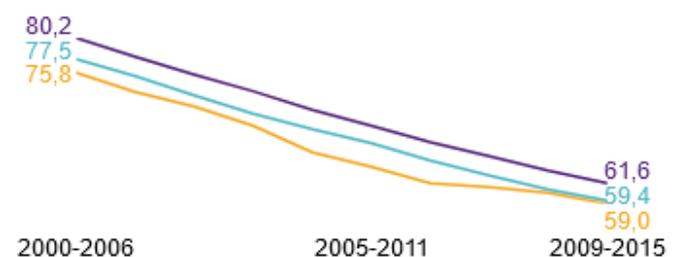
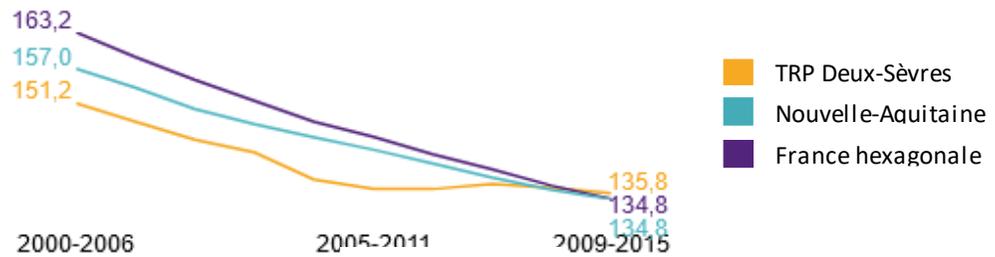


Une situation comparable à celle de la région et de la France.

liée au système de soins



Évolution du taux standardisé de mortalité évitable (pour 100 000 habitants de moins de 75 ans)



Définition & Précision méthodologique :

La mortalité évitable considérée (OCDE/Eurostat - novembre 2019) est celle définie dans le document intitulé *Avoidable mortality : OECD/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death (November 2019 version)* publié en novembre 2019. Deux types de mortalité évitable peuvent être calculés, celle liée au système de soins et celle liée à la prévention. La mortalité évitable liée à la prévention regroupe toutes les causes de décès qui, chez les moins de 75 ans, compte-tenu des connaissances sur les déterminants de la santé à la date du décès, auraient pu être en grande partie évitées grâce à des actions de prévention dans un sens très large. La mortalité évitable liée au système de soins regroupe toutes les causes de décès qui, chez les moins de 75 ans, compte-tenu des connaissances médicales et techniques à la date du décès, auraient pu être en grande partie évitées grâce à une bonne qualité du système de soins large.

État de santé : *focus* santé mentale - suicide

59

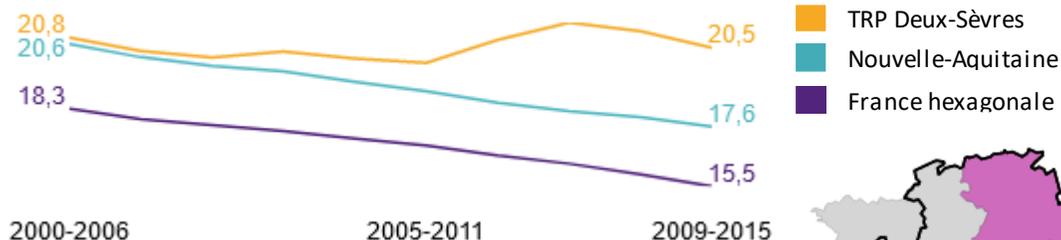


nombre de décès
annuel moyen par suicide
en 2009-2015

18



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



Définition & Précision méthodologique :

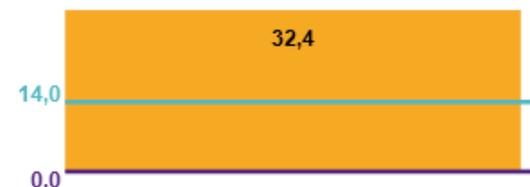
Différentes études ont pu mettre en évidence que des biais pouvaient entraîner une sous-estimation des décès par suicide. Selon la dernière évaluation réalisée par le CépiDc, certains suicides seraient en particulier enregistrés en tant que causes inconnues de décès (code R99) ou morts violentes dont l'intention n'a pas été déterminée (codes Y10-Y34). Ce défaut d'identification pourrait entraîner, selon l'étude, une sous-estimation potentielle des décès par suicide de 9,4 % en France (données 2006). Cette sous-estimation semble variable selon les territoires.

Sources : Inserm (

Le taux standardisé de mortalité par suicide se situe au dessus de celui de la région et de la France :

- sans différence significative pour l'ensemble du TRP ;
- mais un écart significatif pour 3 EPCI.

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



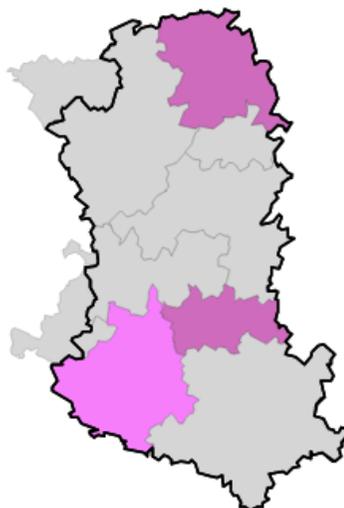
■ pas de différence significative

■ sous-mortalité

■ surmortalité

- surmortalité > à 45 %
- surmortalité comprise entre 25 % et 45 %
- surmortalité comprise entre 15 % et 25 %
- surmortalité comprise entre 5 % et 15 %
- pas de différence significative
- sous-mortalité comprise entre -5 % et -15 %
- sous-mortalité < à -15 %
- effectif trop faible pour présenter la valeur

* calculé à partir du taux standardisé de mortalité



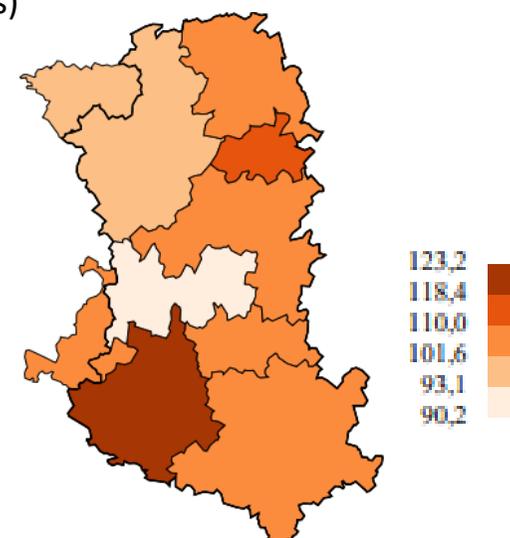
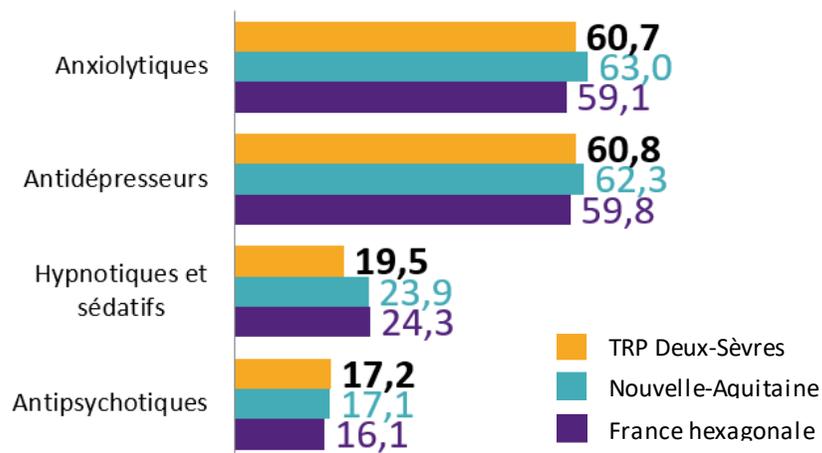
rs, ORSNA

État de santé : focus santé mentale - consommation de psychotropes

43 580 patients traités par psychotropes, soit 110,1 pour 1 000 consommateurs de soins ;

- Un taux équivalent au taux national (110,8 pour 1 000) ;
- Un taux plus élevé dans le Niortais.

Patients pris en charge par traitements psychotropes en 2019
(taux standardisés pour 1 000 consommateurs de soins)



Définition & Précision méthodologique :

Les personnes prises en charge pour les différentes classes de traitements psychotropes (antipsychotiques N05A, anxiolytiques N05B, hypnotiques et sédatifs N05C, antidépresseurs N06A, psycholeptiques N05A/N05B/N05C) correspondent aux personnes ayant reçu au moins 3 délivrances des traitements de la classe ATC concernée dans l'année.

État de santé : mortalité liée au diabète

112

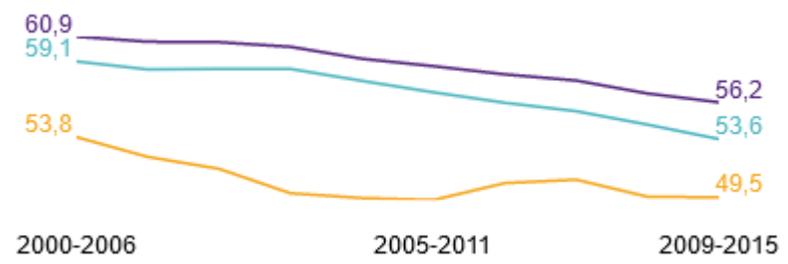


nombre de décès
annuel moyen par diabète
en 2009-2015

97



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

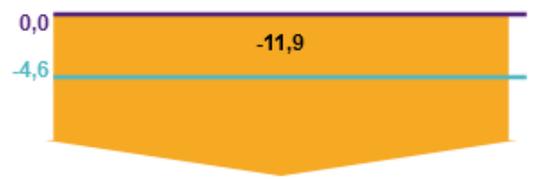


- TRP Deux-Sèvres
- Nouvelle-Aquitaine
- France hexagonale

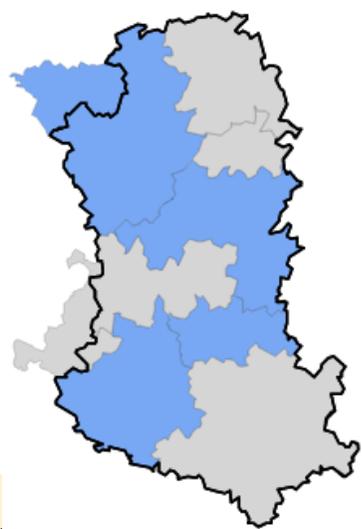
Le taux standardisé de mortalité par diabète est inférieur à celui de la région et de la France ;

- avec une différence significative pour l'ensemble du TRP et 5 EPCI.

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



- pas de différence significative
- sous-mortalité
- surmortalité



- surmortalité > à 45 %
- surmortalité comprise entre 25 % et 45 %
- surmortalité comprise entre 15 % et 25 %
- surmortalité comprise entre 5 % et 15 %
- pas de différence significative
- sous-mortalité comprise entre -5 % et -15 %
- sous-mortalité < à -15 %

* calculé à partir du taux standardisé de mortalité

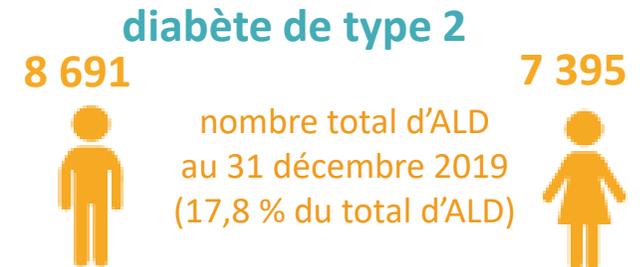
Définition & Précision méthodologique :
La mortalité liée au diabète est étudiée en tant que causes initiale, associée et comorbide.

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

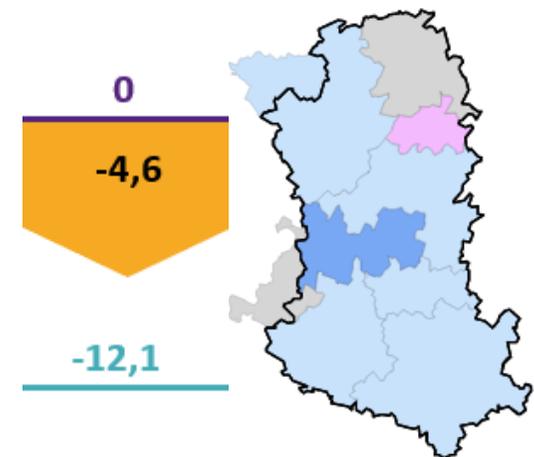
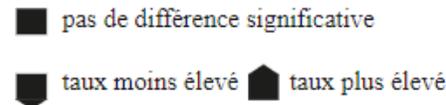
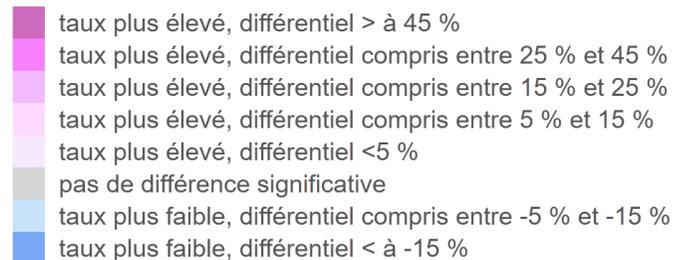
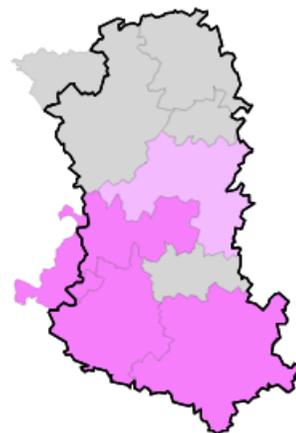
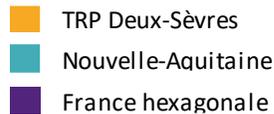


Les patients diabétiques en ALD sont :

- Plus représentés pour le type 1 ;
- Moins représentés pour le type 2.



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



Définition & Précision méthodologique :

Il faut noter que les données d'ALD dépendent naturellement de la situation de la population face à la pathologie, mais également des modalités d'attribution de la part du service médical de l'Assurance maladie et de la demande des personnes *via* leur médecin. De plus, certaines personnes ne sont pas forcément diagnostiquées et ne sont, de fait, pas comptabilisées dans ce recueil.

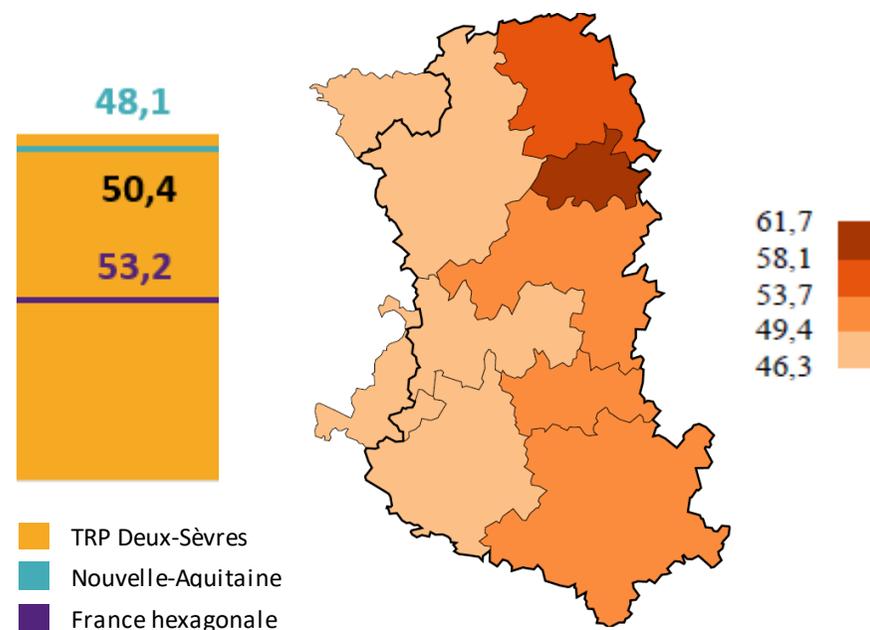
Aussi, les indicateurs calculés à partir des données d'ALD ne reflètent pas la morbidité réelle, mais constitue une approche d'une certaine morbidité diagnostiquée et prise en charge.

État de santé : diabète pris en charge par le système de soins

22 600 patients diabétiques, soit 50,3 pour 1 000 consommateurs de soins ;

- Un taux en deçà de la moyenne nationale (53,2 pour 1 000) ;
- Les CC à l'est du TRP présentent les taux les plus élevés.

Patients pris en charge pour diabète en 2019
(taux standardisés pour 1 000 consommateurs de soins)



Définition & Précision méthodologique :

Les personnes prises en charge pour diabète correspondent :

- aux personnes ayant reçu au moins 3 délivrances (à différentes dates) d'antidiabétiques oraux ou d'insuline (ou au moins 2 en cas d'au moins 1 grand conditionnement) au cours de l'année, et/ou personnes ayant une ALD (affection de longue durée) au cours de l'année avec codes Cim 10 de diabète,
- et/ou personnes hospitalisées au cours de l'année avec codes Cim 10 de diabète (diagnostic principal -DP- ou diagnostic relié -DR-),
- et/ou personnes hospitalisées au cours de l'année pour une complication du diabète (DP ou DR) avec un code Cim 10 de diabète en diagnostic associé (DA), ou en DP ou DR de RUM (résumé d'unité médicale).

État de santé : mortalité et ALD pour insuffisance cardiaque

249



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

285



- La mortalité est au dessus de la moyenne nationale ;
- La prise en charge en ALD est identique à la valeur nationale.

818

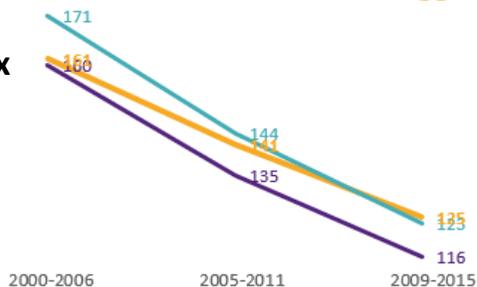


nombre total d'ALD
pour insuffisance cardiaque
au 31 décembre 2019

808



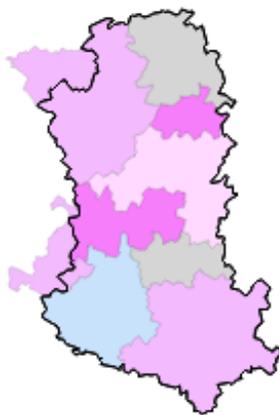
Évolution du taux
standardisé de
mortalité
par insuffisance
cardiaque (pour
100 000
habitants)



TRP Deux-Sèvres
Nouvelle-Aquitaine
France hexagonale

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

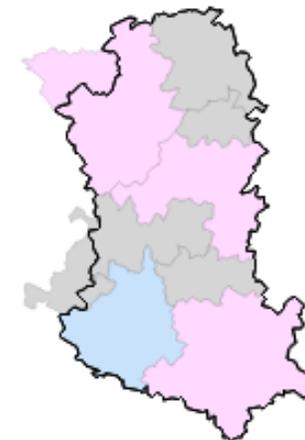
Différentiel de
mortalité par
insuffisance
cardiaque*
en regard de la
France hexagonale
en 2009-2015 (en %)



taux plus élevé, différentiel > à 45 %
taux plus élevé, différentiel compris entre 25 % et 45 %
taux plus élevé, différentiel compris entre 15 % et 25 %
taux plus élevé, différentiel compris entre 5 % et 15 %
taux plus élevé, différentiel < 5 %
pas de différence significative
taux plus faible, différentiel compris entre -5 % et -15 %
taux plus faible, différentiel < à -15 %

* calculé à partir du taux standardisé de mortalité ou d'ALD

1,6
0 0



Précision méthodologique :

La mortalité liée à l'insuffisance cardiaque est étudiée ici en tant que causes initiale, associée et comorbidité.

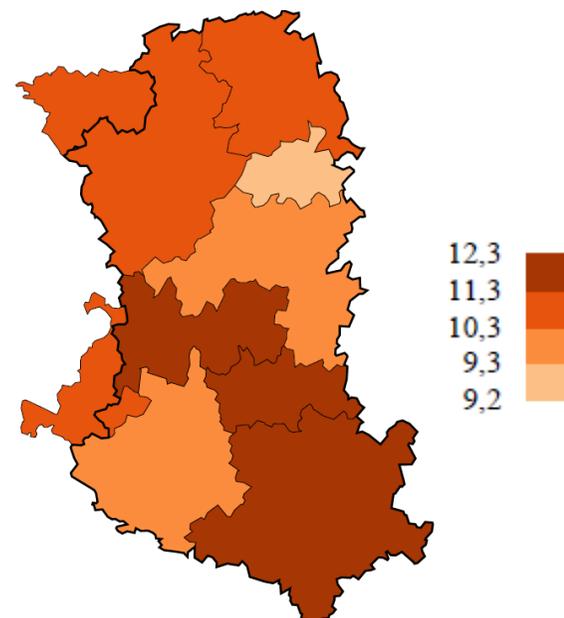
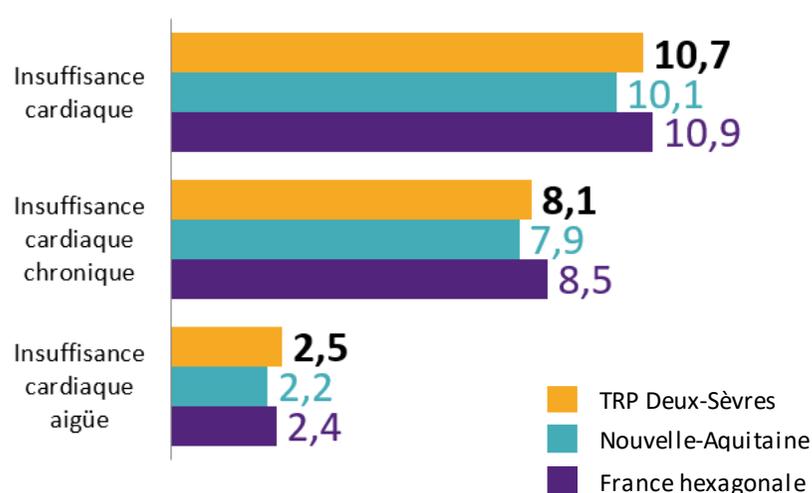
Les ALD sont une estimation du nombre de patients a minima atteints (cf. page 23) et sont relativement imprécises pour l'insuffisance cardiaque.

État de santé : Insuffisance cardiaque prise en charge par le système de soins

3 280 patients traités pour IC, soit 10,7 pour 1 000 consommateurs de soins ;

- Un taux proche de la moyenne nationale (10,9 pour 1 000) ;
- 2 500 patients traités pour IC chronique.

Patients pris en charge pour insuffisance cardiaque (IC) en 2018
(taux standardisés pour 1 000 consommateurs de soins du régime général)



Définition & Précision méthodologique :

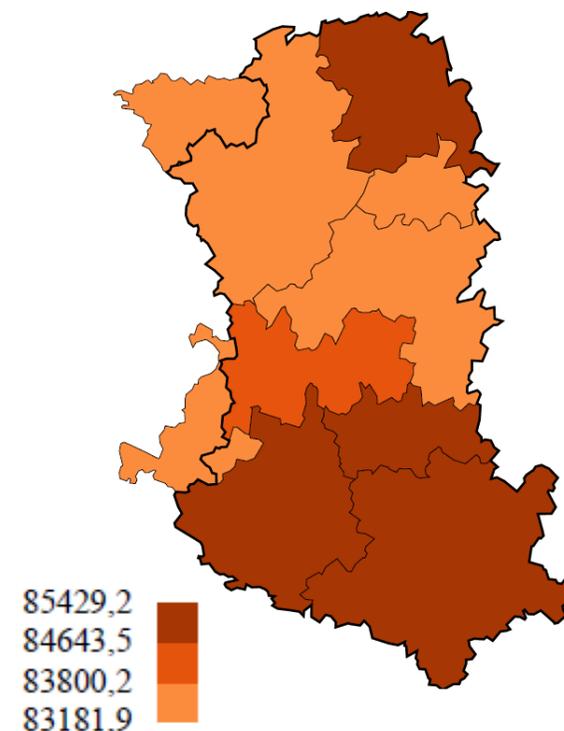
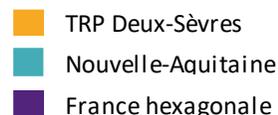
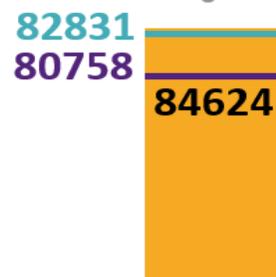
Les données sur les personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque aiguë et/ou insuffisance cardiaque chronique sont issues de la cartographie des pathologies disponible dans le portail SNDS de l'Assurance Maladie.

État de santé : recours aux soins de médecins généralistes

324 500 personnes ont eu recours à un MG de ville, soit 84 560 pour 100 000 consommateurs de soins ;

- Un taux plus important qu'en France (80 758 pour 100 000) et Nouvelle-Aquitaine (82 831) ;
- Des taux plus élevés dans la CC du Thouarsais et dans les CC situées au sud du territoire de TRP.

Personnes ayant eu recours à un médecin généraliste (MG) de ville en 2019
(taux standardisés pour 100 000 consommateurs de soins)



Définition & Précision méthodologique :

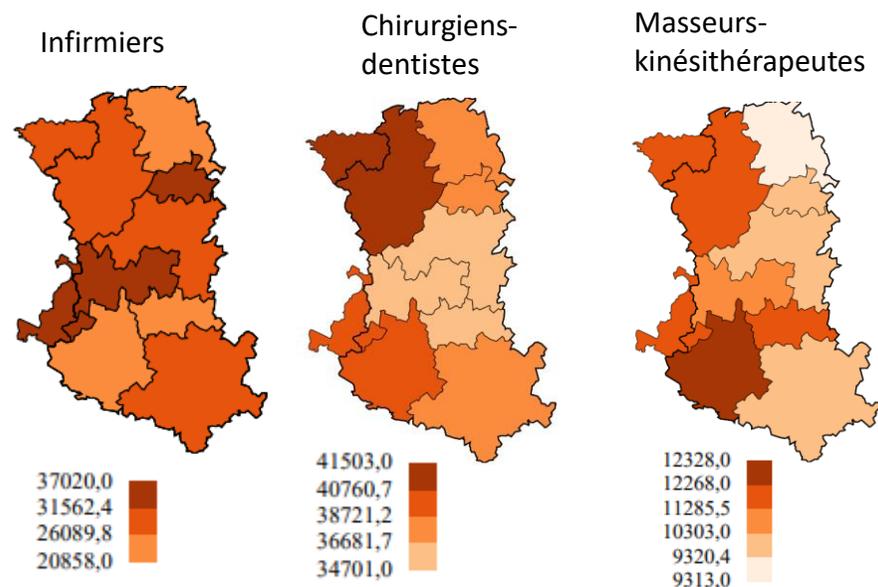
Sont pris en compte ici les recours aux médecins généralistes libéraux ou mixtes (exerçant en cabinet) et/ou aux médecins généralistes salariés d'un centre de santé.

État de santé : recours aux soins d'autres professionnels de santé

- Le taux de recours aux infirmiers est supérieur taux national ;
- Le taux de recours aux masseurs-kiné est inférieur au taux national.

Personnes ayant eu recours à un infirmier, un chirurgien-dentiste et/ou un masseur-kinésithérapeute de ville en 2019
(taux standardisés pour 100 000 consommateurs de soins)

Recours aux soins de proximité	TRP Deux-Sèvres		Nouvelle-Aquitaine	France hexagonale
	Nombre de patients	Taux std / 100 000	Taux std / 100 000	Taux std / 100 000
Infirmiers	103 144	26 725	19 507	17 023
Chirurgiens-dentistes	135 807	38 247	39 912	40 558
Masseurs-kinésithérapeutes	40 866	11 122	15 840	14 503



Définition & Précision méthodologique :

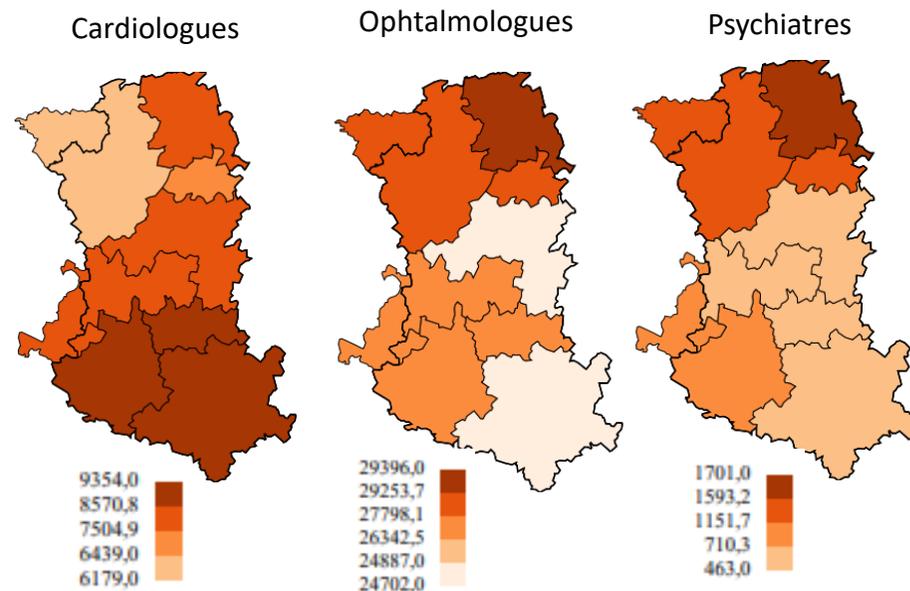
Les professionnels de santé de proximité (autres que le médecins généralistes) considérés ici, sont les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes et les chirurgiens-dentistes. Sont pris en compte les recours à ces 3 types de professionnels de santé libéraux ou mixtes (exerçant en cabinet) et/ou salariés d'un centre de santé.

État de santé : recours aux soins d'autres spécialités médicales de ville

- Le taux de recours aux cardiologues et aux ophtalmologues équivalant aux taux national et régional ;
- Le taux de recours aux psychiatres inférieur aux taux de référence.

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

Recours aux PS de ville	TRP Deux-Sèvres		Nouvelle-Aquitaine	France hexagonale
	Nombre de patients	Taux std / 100 000	Taux std / 100 000	Taux std / 100 000
Ophtalmologues	98 440	27 088	27 698	27 295
Cardiologues	33 760	8 342	8 223	8 931
Psychiatres	3 239	921	2 037	2 162



Définition & Précision méthodologique :

Sont pris en compte les recours aux cardiologues, ophtalmologues et psychiatres libéraux ou mixtes (exerçant en cabinet) et/ou salariés d'un centre de santé.

● Offre de soins, offre de santé

Même si, dans la constitution des inégalités de santé, la part attribuable aux soins apparaît plus limitée que celle attribuable aux facteurs sociaux et environnementaux, l'accès aux soins reste néanmoins un élément central des politiques de santé et constitue un axe important dans le cadre des travaux de responsabilité populationnels de la FHF qui souhaite s'appuyer sur les ressources présentes sur les territoires.

Les professionnels libéraux sont *a priori* les principaux acteurs de la prise en charge organisée des « soins primaires », dits aussi de premier recours ou de proximité, centrés autour des médecins généralistes, qui assurent également l'orientation de leurs patients, vers des soins de second recours dispensés par les médecins spécialistes voire de troisième recours en établissement de santé ou en structure adaptée.

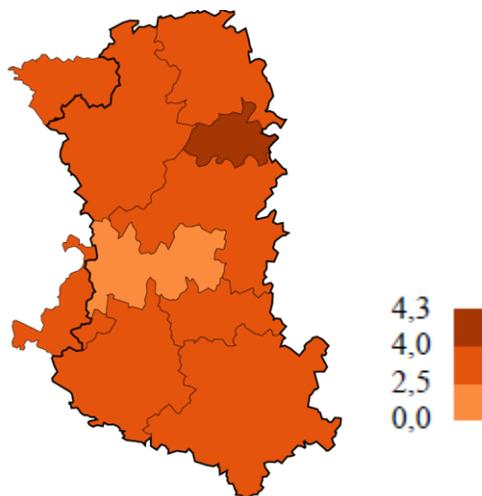
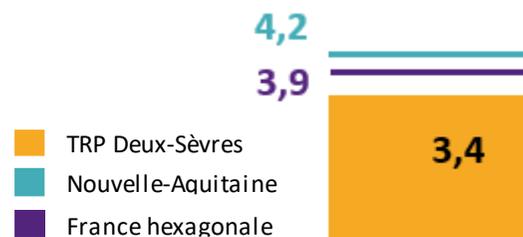
Vous trouverez ainsi des éléments sur la densité de professionnels de santé libéraux ou mixtes et leur accessibilité (en durée) sur les territoires étudiés.

Sont également présentés des éléments en matière d'offres d'accompagnements/hébergements médico-sociaux pour les personnes âgées ainsi que les dispositifs connus d'exercices coordonnés et enfin, des éléments quant à des programmes d'Education thérapeutique du patient (ETP) disponibles sur les territoires (l'ETP étant un outil notamment déployé dans le cadre des pathologies diabétiques et d'insuffisance cardiaque).

Offre de soins libérale : APL au médecin généraliste

- Une **accessibilité spatiale aux médecins généralistes plus faible dans le TRP Deux-Sèvres** que pour l'ensemble régional ou national en 2019 (3,4 consultations potentielles accessibles par an et par habitant contre 4,2 en Nouvelle-Aquitaine et 3,9 en France).
- La CC Airvaudais-Val du Thouet est la mieux dotée, la CC Val de Gâtine la moins dotée
- Une situation qui tend à se dégrader par rapport à 2015.

Accessibilité potentielle localisée (APL) au médecin généraliste, en 2019 (en nombre de consultations par an et par habitant)



Définition & Précision méthodologique :

L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) est un indicateur d'adéquation territoriale entre l'offre et la demande de soins de ville (hors hôpital). Il permet de mesurer à la fois la proximité et la disponibilité des professionnels de santé. Il est donc plus fin que les indicateurs usuels de densité ou de temps d'accès. Calculé au niveau de la commune, il tient compte de l'offre et de la demande issues des communes environnantes, de façon décroissante avec la distance. Il intègre en outre une estimation du niveau d'activité des professionnels en exercice, sur la base des observations passées, ainsi que des besoins de soins de la population locale, en fonction des consommations de soins moyennes observées par tranche d'âge.

De l'accessibilité potentielle localisée (APL) à la sous-densité

La Drees a retenu, pour déterminer si une commune est sous-dense ou pas en médecins généralistes, le seuil de 2,5 consultations par an et par habitant standardisé (C/an/hab). Ainsi, Un territoire est dit sous-doté (ou sous-dense) si son APL est inférieur ou égal à 2,5 C/an/hab. Il est dit moyennement doté si son APL est compris entre 2,5 et 4 C/an/hab et bien doté si son APL excède 4 C/an/hab.

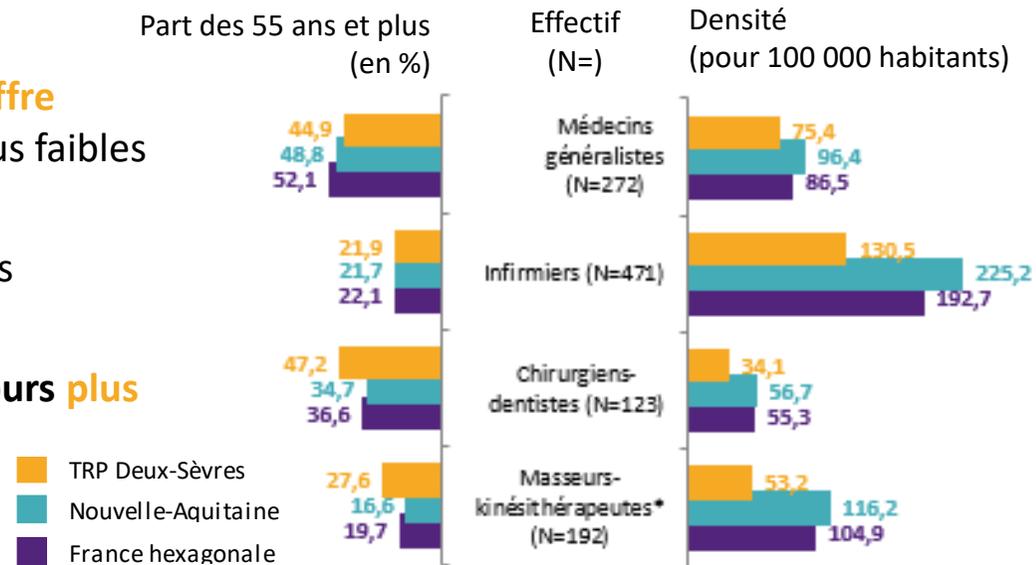
L'indicateur d'APL d'une entité supra-communale est égal à la moyenne des APL des communes composant cette entité, pondérés par leur population standardisée. Il faut toutefois noter que plus l'indicateur d'APL est agrégé sur des mailles larges, plus il se rapproche d'un indicateur de densité.

Source : Drees

Offres de soins de 1^{er} recours

- **Globalement, un territoire moins bien doté en offre libérale de premier recours**, avec des densités plus faibles qu'aux niveaux régional et national.
- Un vieillissement plus marqué pour les chirurgiens dentistes et les masseurs-kiné.
- **Des temps d'accès aux professionnels de 1^{er} recours plus élevés** sur le territoire.

Professionnels de santé libéraux (ou mixtes) au 1^{er} janvier 2020



Part de la population à moins de 10 minutes (en %) et temps moyen d'accès (en minutes)

Professionnels de santé libéraux ou mixtes	TRP Deux-Sèvres		Nouvelle-Aquitaine	France hexagonale
	% population à moins de 10 mn	Temps moyen d'accès en mn	Temps moyen d'accès en mn	Temps moyen d'accès en mn
Médecins généralistes	94,4	2,3	1,7	1,2
Infirmiers	95,2	2,4	1,2	0,9
Chirurgiens-dentistes	80,3	4,1	2,8	2,1
Masseurs-kinésithérapeutes	88,3	3,1	1,9	1,3
Officines de ville	95,3	2,2	1,8	1,3

Définition & Précision méthodologique :

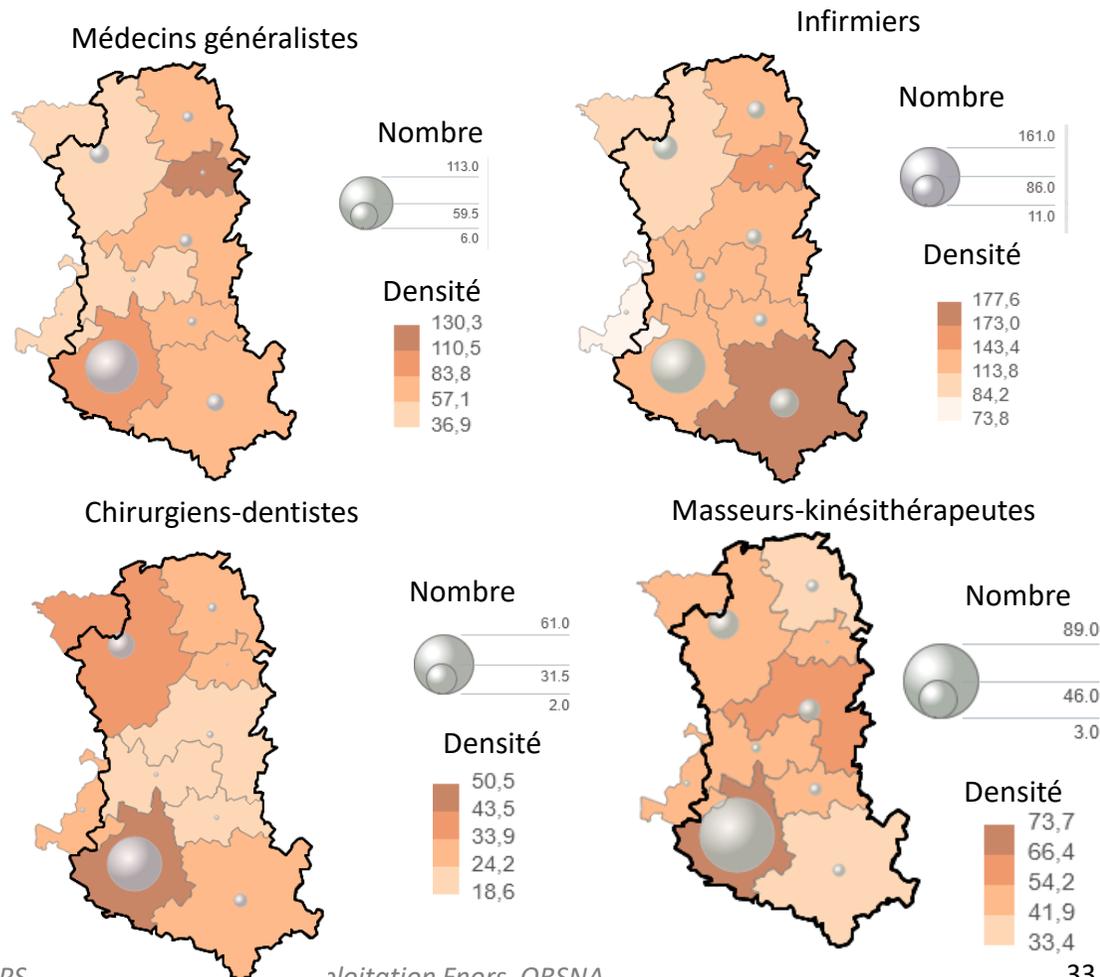
Depuis 2016, les distances et temps d'accès aux professionnels de santé et aux structures sont calculées à partir des distances routières fournies par le distancier Métrix de l'Insee. Ils ont donc un caractère théorique car, en pratique, les trajets ne se font pas forcément en voiture, et certains critères ne sont pas pris en compte dans la modélisation (recherche d'une place de parking, feux rouges...). Ils permettent cependant d'appréhender des situations très diverses en matière d'accessibilité et d'enclavement des territoires. Pour chaque commune, le temps d'accès à un équipement, par exemple un professionnel de santé, est le temps d'accès entre le chef-lieu de la commune et celui de la commune équipée la plus proche. Lorsque le professionnel est présent dans la commune, le temps d'accès est alors considéré comme étant nul.

Le temps moyen d'accès pour un territoire supracommunal -par exemple une région- représente la moyenne des temps d'accès communaux de ce territoire pondérée par la populatio. La population de chaque commune est prise en compte de sorte qu'une commune très peuplée pèse davantage dans le calcul qu'une commune moins peuplée.

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

- Des disparités géographiques d'implantation des professionnels :
- Des densités de médecins généralistes dans le Niortais et Airvaudais-Val du Thouet supérieures à la valeur nationale (86,5) ;
- Pour les autres professionnels, des densités toujours inférieures à celles de France.

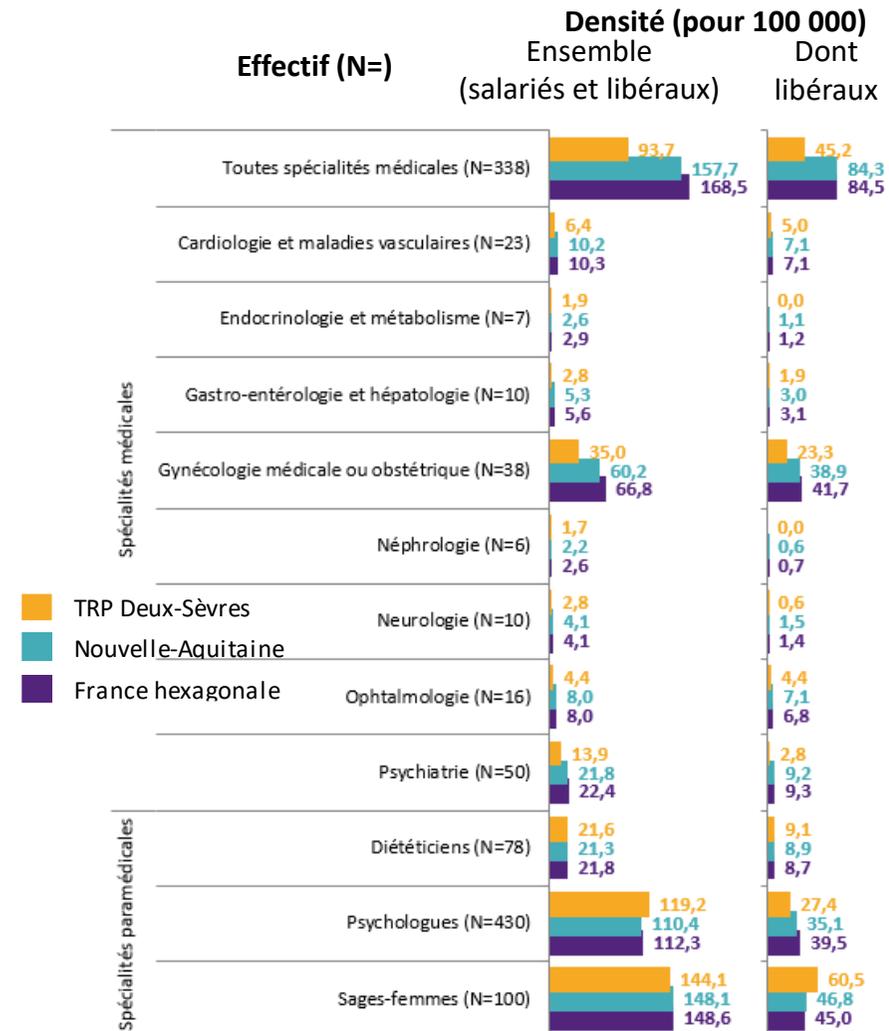
Nombre et densité des professionnels de santé libéraux (ou mixtes) au 1^{er} janvier 2020 (pour 100 000 habitants)



Offres de soins en médecine de spécialités

- Globalement, **un territoire moins doté en offre libérale et salariée pour la médecine de spécialité**, avec une densité de médecins spécialistes (91,7 pour 100 000 habitants) très inférieure à celle de la région (157,7) et de la France (168,5).
- Mais les densités de psychologues, sages-femmes et diététiciens proches de ceux de la France.
- Des temps d'accès aux professionnels libéraux plus longs**, notamment pour l'ophtalmologie, la cardiologie, la psychiatrie et la neurologie.

Professionnels de santé au 1^{er} janvier 2020



Part de la population à moins de 10 minutes (en %) et temps moyen d'accès (en minutes)

Professionnels de santé libéraux	TRP Deux-Sèvres		Nouvelle-Aquitaine	France hexagonale
	% de la population à moins de 10 minutes	Temps moyen d'accès en minutes	Temps moyen d'accès en minutes	Temps moyen d'accès en minutes
Sages-femmes libérales	62,3*	6,8	5,9	4,6
Ophthalmologues libéraux	28,2	20,0	11,1	8,6
Gastro-entérologues libéraux	21,7	23,5	16,0	12,5
Cardiologues libéraux	27,7	18,5	13,4	9,5
Gynécologues libéraux	29,8*	16,6	13,4	10,1
Psychiatres libéraux	26,8	20,4	13,6	10,7
Neurologues libéraux	16,3	31,6	20,2	16,7

*Part de la population féminine de 15 ans ou plus

● Offre de soins : Dispositif pour les personnes âgées

La vie en établissements :

- 70 Ehpad – 5 600 places d’hébergement ;
- 15 résidences autonomie – 510 places ;

Par rapport à la valeur régionale :

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

Un taux de places en résidence autonomie inférieur.

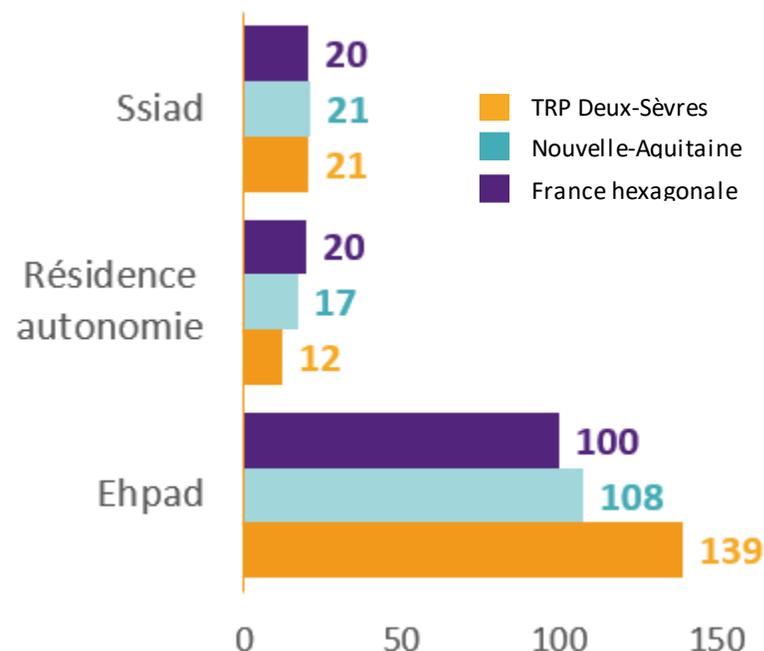
La vie à domicile :

- Accueil temporaire en Ehpad : 124 places ;
- Accueil de jour en Ehpad : 124 places ;
- Ssiad : 860 places ;

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

Un taux de places de Ssiad équivalent.

Taux de places d’accompagnement pour
1 000 personnes de 75 ans ou plus en 2021



Définition & Précision méthodologique :

:

Ehpad : établissement d’hébergement pour personnes âgées dépendantes

Ssiad : services de soins infirmiers à domicile et services polyvalents d’aide et de soin à domicile.

Sources : Finess, Insee (RP2017) - Exploitation Fnors, ORSNA

Offre de soins : Exercice coordonné et Coordinations

Exercice coordonné de professionnels de santé

- 16 Maisons de santé pluridisciplinaires ;
- 3 Centres de santé polyvalents.

Dispositif d'appui à la coordination (DAC)

Le TRP est couvert par la plateforme d'appui à la coordination PTA Deux-Sèvres, organisée en 2 secteurs et 6 antennes :

- Secteur nord : Thouars-Bressuire-Parthenay ;
- Secteur sud : Niort-St-Maixent l'Ecole-Melle ;
- Intègre les 2 MAIA + les 2 réseaux gérontologiques + 1 expérimentation PAERPA ;
- Travaille en lien avec le CLIC.

3 Maisons sports-santé

● Offre de soins : Education thérapeutique

Unité transversale et territoriale en éducation du patient (UTTEP), basée au CH Niort

Unité se situant dans un établissement de santé pour accompagner les équipes en interne mais également les autres équipes d'ETP, qu'elles soient en établissements publics, privés ou en ville sur un territoire GHT.

Programmes d'ETP recensés sur le territoire

Diabète

- CH Niort : Enfant et adolescent diabétique ;
- CH Niort : Patient diabétique ;
- CES : Patient diabétique de type 2 : offre de service aux médecins traitants via les CES (Assur. maladie).

+ association française des diabétiques des Deux-Sèvres, basée au CH Niort

Insuffisance cardiaque

- CH Niort : Patient insuffisant cardiaque ;
- CH Niort : Mesure des différents facteurs de risque coronarien, intervention sur les facteurs de risque, prévention auprès du patient coronarien, éducation du patient sous AVK ;
- MSA-Ateliers d'ETP en cabinet médical de ville (MSP, CPTS...) : Mieux vivre avec plusieurs pathologies chroniques (maladies cardiovasculaires, diabète, bronchite chronique) ;
- MSA-Ateliers d'ETP ambulatoires de proximité : Mieux vivre avec une Hyper Tension Artérielle et/ou une maladie cardio-vasculaire.

Merci de votre attention

Observatoire régional de la santé de Nouvelle-Aquitaine
58 rue Abbé de l'Épée
33000 Bordeaux

www.ors-na.org/

Téléphone : 05 56 56 99 60

E-mail : contact@ors-na.org



Juillet 2021

