

Diagnostic Santé Communauté d'Agglomération Royan Atlantique



Sommaire

Le diagnostic local de santé	3	Les besoins de demain en termes de soins primaires	49
Préambule : Les déterminants de santé et du recours aux soins	6	Le maillage territorial des pharmacies dans la CARA permet-il de suppléer l'absence de médecins généralistes dans certaines communes ?	51
Analyse des caractéristiques de la population au regard des déterminants de santé	9	L'offre en matière de chirurgie-dentaire est-elle en adéquation avec les besoins théoriques des habitants ?	52
Le peuplement du territoire	10	Accès et recours aux soins	55
La composition par âge des habitants de la CARA	12	Approche du non recours par la (non) consommation d'actes de prévention et dépistage	56
La composition des ménages	17	Approche du non-recours par l'absence de médecin généraliste déclaré	59
La population active	19	Approche du non-recours au travers de la consommation de soins spécialisés	61
Niveau de vie et ressources des habitants	21	ANNEXE	63
Les assurés sociaux et leurs ayants-droits	24	Lexique	66
Projections de population : anticiper les grandes tendances à venir	26	Les sources de données exploitées	72
Synthèse sur les déterminants de santé - le baromètre des besoins potentiels de santé	30	Éléments de méthode.	73
État de santé et habitudes de vie	32		
La mortalité et ses causes, signes de l'état de santé de la population	33		
La morbidité approchée par les Affections de Longues Durées (ALD) et les invalidités	35		
La morbidité approchée par les consommations de soins	37		
L'offre de soins libérale	38		
Quelles sont les réponses existantes sur le territoire concernant l'offre de soins ?	39		
L'offre de soins de premier recours est-elle en adéquation avec les besoins théoriques des habitants en matière de santé ?	41		
L'accès aux soins primaires est-il le même dans tout le territoire ?	44		

Le diagnostic local de santé

Les objectifs stratégiques du diagnostic local de santé de la CA Royan Atlantique

La réalisation du diagnostic local de santé de la CA Royan Atlantique s'inscrit dans la perspective de mise en place d'un Contrat local de santé.

« Selon les ARS, un contrat local de santé est un outil porté conjointement par l'agence régionale de santé et une collectivité territoriale pour réduire les inégalités territoriales et sociales de santé. Il est l'expression des dynamiques locales partagées entre acteurs et partenaires sur le terrain pour mettre en œuvre des actions, au plus près des populations. »

Afin d'engager cette dynamique locale, le diagnostic santé constitue un préalable permettant notamment : d'établir un état des lieux détaillé de la situation démographique et de l'état de santé des habitants de la Communauté d'Agglomération et de chacune de ses communes, puis d'identifier les besoins de santé de la population, actuels, émergents et futurs.

L'objectif est d'avoir une vision claire et précise sur l'offre et les besoins en matière de santé des habitants, et de faire ressortir ainsi les grands enjeux de santé du territoire. La question de désertification médicale sera notamment au cœur des débats.

Le diagnostic local de santé constitue également une aide à la décision pour la définition d'une politique sociale et solidaire et d'un projet de développement social et sanitaire local.

Il s'agit d'obtenir :

- Une vision globale et rationnelle des besoins de santé de la population,
- Une évaluation de l'offre sociale et sanitaire locale et des actions de prévention, de promotion et d'éducation à la santé,
- De permettre une mise en adéquation des besoins de la population et des actions intercommunales et/ou municipales,
- D'instaurer un partenariat opérationnel entre tous les acteurs de la santé.

Au final, la démarche doit permettre :

- d'établir la feuille de route de la CA Royan Atlantique et la placer au cœur d'une coordination partenariale orientée vers la veille sanitaire et sociale
- de contribuer à la définition de la politique de santé du territoire en impliquant les habitants, les élus, les professionnels.

La place du portrait territorial dans la démarche

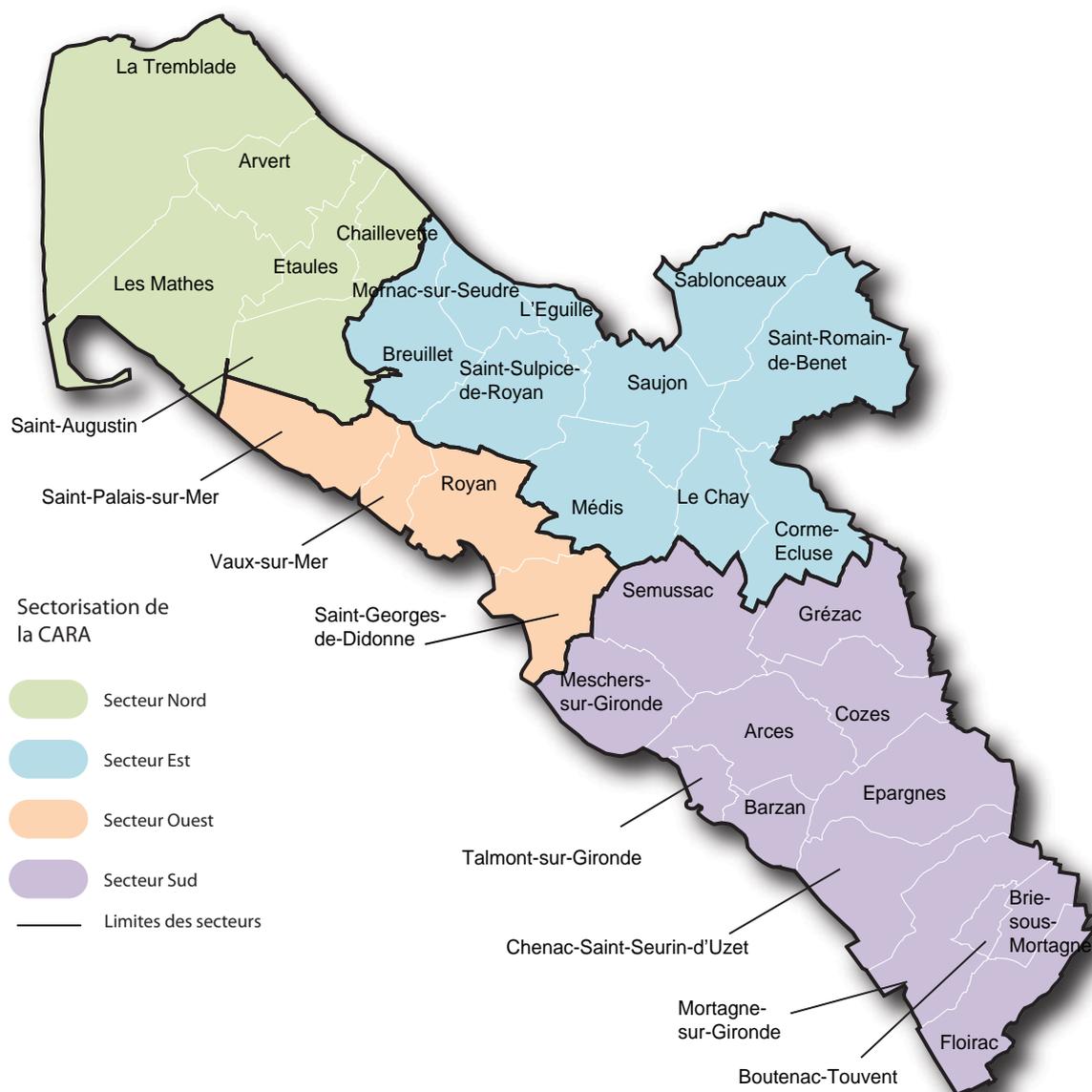
Ce diagnostic constitue la première brique de la démarche. Le portrait local de santé de la CA Royan Atlantique et de ses communes doit permettre la sélection de thématiques prioritaires qui feront l'objet d'une analyse qualitative partagée avec les acteurs de la réponse. Cette approche des enjeux repérés permettra la formulation de propositions d'axes d'interventions et des préconisations opérationnelles.

La Communauté d'Agglomération Royan Atlantique



Située à l'Ouest de la Charente-Maritime, la Communauté d'Agglomération Royan Atlantique (CARA) regroupe 33 communes depuis le 1er janvier 2018. Celles-ci sont inégalement peuplées, 13 d'entre elles comptant moins de 1 000 habitants, 11 communes comptant de 1 000 à moins de 3 000 habitants, 5 communes de 3 000 à moins de 5 000 habitants. Royan se détache avec près de 18 500 habitants au 1er janvier 2018 loin devant Saujon (7 150 habitants) et St Georges-de-Didonne (5 340 habitants).

Sectorisation de la Communauté d'Agglomération Royan Atlantique



Les communes de la Communauté d'Agglomération Royan Atlantique (CARA) ont été regroupées dans 4 secteurs. Cette échelle géographique permet de réaliser une analyse la plus fine possible tout en assurant la lisibilité des résultats statistiques. Elle permet par ailleurs la diffusion de données pour certaines sous-populations présentant de trop faibles effectifs à l'échelle des communes. L'usage de la cartographie a été cependant privilégiée lorsque cela était possible.

La CARA sera comparée au fil des tableaux à la Charente-Maritime, la France métropolitaine ainsi que aux intercommunalités voisines soit à la CA de Saintes, la CC du Bassin de Marennes, la CC Cœur de Saintonge, la CC de Gémozac et de la Saintonge Viticole, la CC de la Haute Saintonge et la CA Rochefort Océan.

Préambule : Les déterminants de santé et du recours aux soins

L'état de santé d'une personne se caractérise par des interactions complexes entre plusieurs facteurs individuels, socio-environnementaux et économiques. (...)

Pour exemple, le modèle de Dahlgren et Whitehead présente les déterminants de la santé en 4 niveaux. Ces niveaux ne sont pas indépendants les uns des autres, ils interagissent¹ :



Les déterminants de la santé (1992) Dahlgren et Whitehead

- Le premier niveau « Facteurs liés au style de vie personnel » concerne les comportements et styles de vie personnels, influencés par les modèles qui régissent les relations entre amis et dans l'ensemble de la collectivité. Ces rapports peuvent être favorables ou défavorables à la santé. Les personnes désavantagées ont tendance à montrer une prévalence plus élevée des facteurs comportementaux comme le tabagisme et une alimentation médiocre et feront également face à des contraintes financières plus importantes pour choisir un style de vie plus sain.
- Le deuxième niveau « Réseaux sociaux et communautaires » comprend les influences sociales et collectives : la présence ou l'absence d'un soutien mutuel dans le cas de situations défavorables a des effets positifs ou négatifs. Ces interactions sociales et ces pressions des pairs influencent les comportements individuels de façon favorable ou défavorable.

1. Whitehead, M., Dahlgren G. What can we do about inequalities in health. The lancet, 1991, n° 338 : p. 1059-1063.

- Le troisième niveau « Facteurs liés aux conditions de vie et de travail » se rapporte à l'accès au travail, l'accès aux services et aux équipements essentiels : eau, habitat, services de santé, nourriture, l'éducation mais aussi les conditions de travail. Dans cette strate, les conditions d'habitat plus précaires, l'exposition aux conditions de travail plus dangereuses et stressantes et un accès médiocre aux services créent des risques différentiels pour les personnes socialement désavantagées.
- Le quatrième niveau « Conditions socio-économiques, culturelles et environnementales » englobe les facteurs qui influencent la société dans son ensemble. Ces conditions, comme la situation économique du pays et les conditions du marché du travail ont une incidence sur toutes les autres strates. Le niveau de vie atteint dans une société, peut par exemple influencer sur les possibilités d'un logement, d'un emploi et d'interactions sociales, ainsi que sur des habitudes en matière d'alimentation et de consommation des boissons. De même, les croyances culturelles sur la place des femmes dans la société ou les attitudes profondes par rapport aux communautés minoritaires peuvent influencer sur leur niveau de vie et position socio-économique.»

Revenus, diplôme, milieu social, lieu d'habitation, sexe, âge... l'état de santé et le recours aux soins d'une population dépendent d'un ensemble de déterminants ; dont il est cependant difficile de distinguer l'influence respective.

Le sexe : Le sexe est l'un des critères de distinction fort. En effet, le sexe joue un rôle essentiel sur l'état de santé de la population. En France, l'espérance de vie des femmes (85,6 ans en 2019) est plus importante que celle des hommes (79,7 ans la même année). Selon l'Insee, la mortalité prématurée (décès avant 65 ans) est 1,9 fois plus élevée chez les hommes (235 décès pour 100 000 habitants) que chez les femmes (123 décès pour 100 000 habitants) en 2019.

Face à la précarité, il apparaît que les femmes constituent la majorité des personnes concernées². Les femmes en situation de précarité ont, par exemple, moins recours à une contraception ou aux dépistages du cancer du sein et du col de l'utérus que l'ensemble des femmes. De plus, chez les ouvrières, la mortalité prématurée liée à des maladies cérébro-cardiovasculaires est en moyenne 3 fois supérieure à celle des cadres et professions intermédiaires (due à une consommation plus importante de tabac, d'alcool).

Les capacités d'accès : Le recours aux soins dépend aussi des capacités d'accès. Elles peuvent être liées à l'information sur l'offre de soins (qui voir et où aller ?), inégale selon les milieux, comme à la distance aux lieux de soins. La quasi-totalité de la population vit à moins de 15 minutes d'un généraliste, mais près de la moitié à plus de 15 minutes d'un ophtalmologiste. Dans ce domaine, vivre en milieu rural est un handicap certain car l'accès aux soins de spécialistes libéraux se fait de plus en plus long³.

Les ressources financières : De plus, l'accès est commandé par des barrières financières. Dans une étude menée par l'IRDES, 15% des adultes déclaraient avoir renoncé à des soins médicaux pour des raisons financières au cours des douze derniers mois⁴. Les soins dentaires et l'optique

2. BOUSQUET D., GOURAND G., LAZIMI G. et COLLET M., «La santé et l'accès aux soins : Une urgence pour les femmes en situation de précarité», Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, rapport n°2017-05-29, mai 2017

3. COLDEFY M., COM-RUELLE L. et LUCAS-GABRIELLI V., «Distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine», Etudes et Résultats, IRDES, DREES, N°764, juin 2011

4. DESPRES C., DOURGNON P., FANTIN R. et JUSOT F., «Le renoncement aux soins pour raisons financières : une

étaient davantage cités dans le non recours aux soins pour raisons financières (respectivement 10% et 4% de la population concernée). Le non recours aux soins des médecins généralistes et spécialistes pour raisons financières était de 3%. Il apparaît également que les personnes ayant les niveaux de revenus les plus faibles renoncent davantage aux soins.

La qualité de la couverture complémentaire : La qualité de la couverture complémentaire exerce un rôle central. Selon une étude de l'IRDES, 16% des bénéficiaires d'une complémentaire privée ont renoncé aux soins (tous soins confondus), contre 18% de la population générale⁵. Le taux de renoncement des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) est quant à lui de 22%. Cependant, il est estimé à 40% si ces bénéficiaires n'avaient pas la CMU-C.

Les facteurs économiques, sociaux et culturels : Le recours aux soins dépend d'un ensemble de facteurs économiques, sociaux et culturels. Selon une étude de la DREES, les catégories socioprofessionnelles défavorisées (ouvriers non-qualifiés) enregistrent des dépenses plus élevées dans la consommation de soins (+18% par rapport à la moyenne) que les catégories sociales les plus favorisées (cadres et professions intermédiaires). Cependant, le renoncement financier aux soins augmente quand le revenu diminue. Les effets socio-économiques à travers les dimensions de précarité influent fortement sur le renoncement aux soins. Les difficultés financières, périodes d'inactivités, chômage, isolement ou encore le fait de n'avoir pu partir en vacances sont autant de dimensions de précarité qui jouent un rôle sur le non recours au soins.

De façon encore plus large, le recours aux soins - et notamment la prévention - dépend aussi de l'éducation à la santé et de l'information sur les risques et l'offre de soins au sein des catégories de populations qui en sont le plus éloignées.

approche économétrique», Questions d'économie de la Santé, IRDES, n°170, Novembre 2011

5. DESPRES C, DOURGNON P., FANTIN R. et JUSOT F., «Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique», Questions d'économie de la Santé, IRDES, n°170, Novembre 2011

Analyse des caractéristiques de la population au regard des déterminants de santé

Chiffres clés

		Evolution (2013-2018)
Population municipale	83 171 habitants <i>646 932</i>	+2,6% <i>+1,8%</i>
		Evolution (2012-2017)
Enfants de moins de 6 ans	3 108 résidences <i>34 856</i>	-11,7% <i>-7,7%</i>
75 ans et plus	18,3% de la population (15 054) <i>12,7%</i>	+13,1% <i>+6,2%</i>
Familles monoparentales	29,0% des familles (2 398) <i>26,6%</i>	+5,3% <i>+13,2%</i>
Actifs occupés	25154 des ménages (0) <i>234718</i>	-1,2% <i>+0,0%</i>
Ouvriers et employés	51,1% des ménages (12 684) <i>52,0%</i>	-3,5% <i>-3,1%</i>
Niveau de vie médian mensuel	1 764 € par U.C. <i>1 718 €</i>	+122 €
Personnes pauvres	10 370 personnes pauvres <i>83 510</i>	

NB : En orange, valeurs Charente-Maritime

Population municipale: elle comprend toutes les personnes qui vivent effectivement dans la commune. On y trouve aussi bien les ménages qui demeurent en logement individuel, que les étudiants en cité-universitaire, les personnes âgées en maison de retraite, où les personnes en habitat mobile, etc.

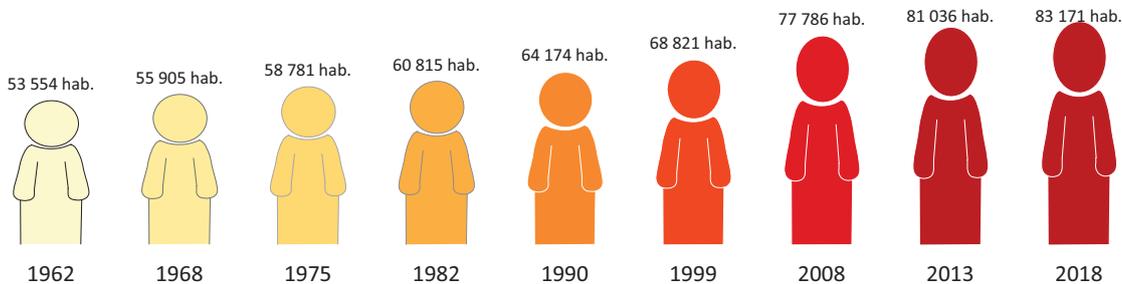
Population des ménages: elle désigne l'ensemble des personnes vivant en ménage.

Un ménage désigne l'ensemble des personnes partageant une même résidence principale, sans que ces personnes soient nécessairement unies par un lien de parenté. Il peut être constitué d'une seule personne. Le nombre de ménages et le nombre de résidences principales sont égaux. Les personnes vivant dans des habitations mobiles, les marinières, les sans-abris, et les personnes vivant en communauté (foyers de travailleurs, maisons de retraite, résidences universitaires, maisons de détention...) sont considérés comme vivant hors ménage.

Le peuplement du territoire

L'évolution de la population, des années soixante à nos jours

Source : Insee, RP 1962-2018



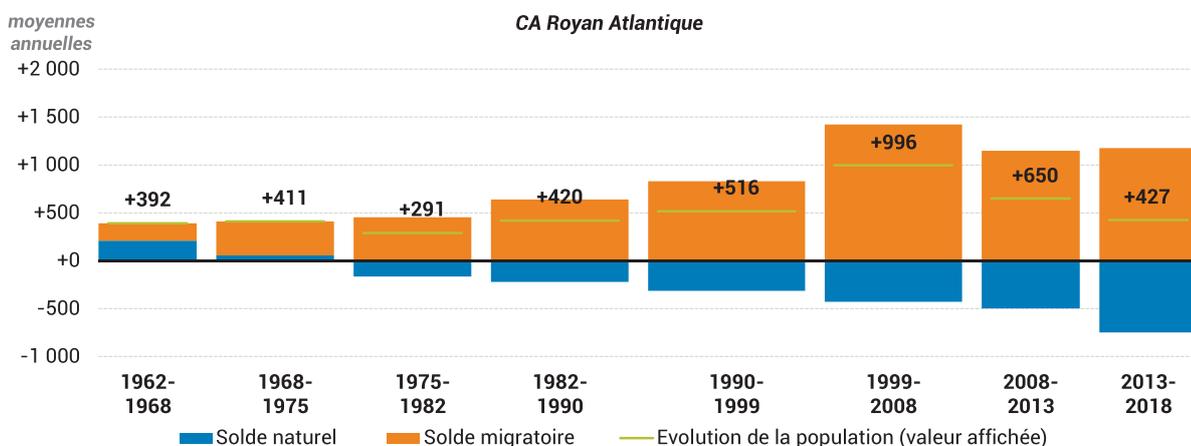
La CA Royan Atlantique compte 83 171 habitants en 2018 contre 53 554 habitants cinquante ans plus tôt. Depuis 1962, la CA Royan Atlantique a gagné 29 617 habitants, soit en moyenne une augmentation de 529 habitants par an (+0,8%).

Si l'intercommunalité avait suivi le rythme d'évolution de la population observé en France métropolitaine, sa population serait de 74 800 habitants en 2018, soit 8 370 habitants de moins.

Entre 2013 et 2018, la CA Royan Atlantique a connu une augmentation de sa population de +0,5% par an : -0,9% par an dû au solde naturel et +1,4% par an dû au solde migratoire. Le solde migratoire (différence entre les arrivées et les départs d'habitants) est ainsi le moteur explicatif de la croissance démographique de la CARA. Un excédent de 1 180 arrivées (au regard des départs) s'observe chaque année. 750 décès de plus que de naissances sont au contraire enregistrés chaque année dans l'intercommunalité.

Les soldes migratoires et naturels, des années soixante à nos jours

Source : Insee, RP 1962-2018

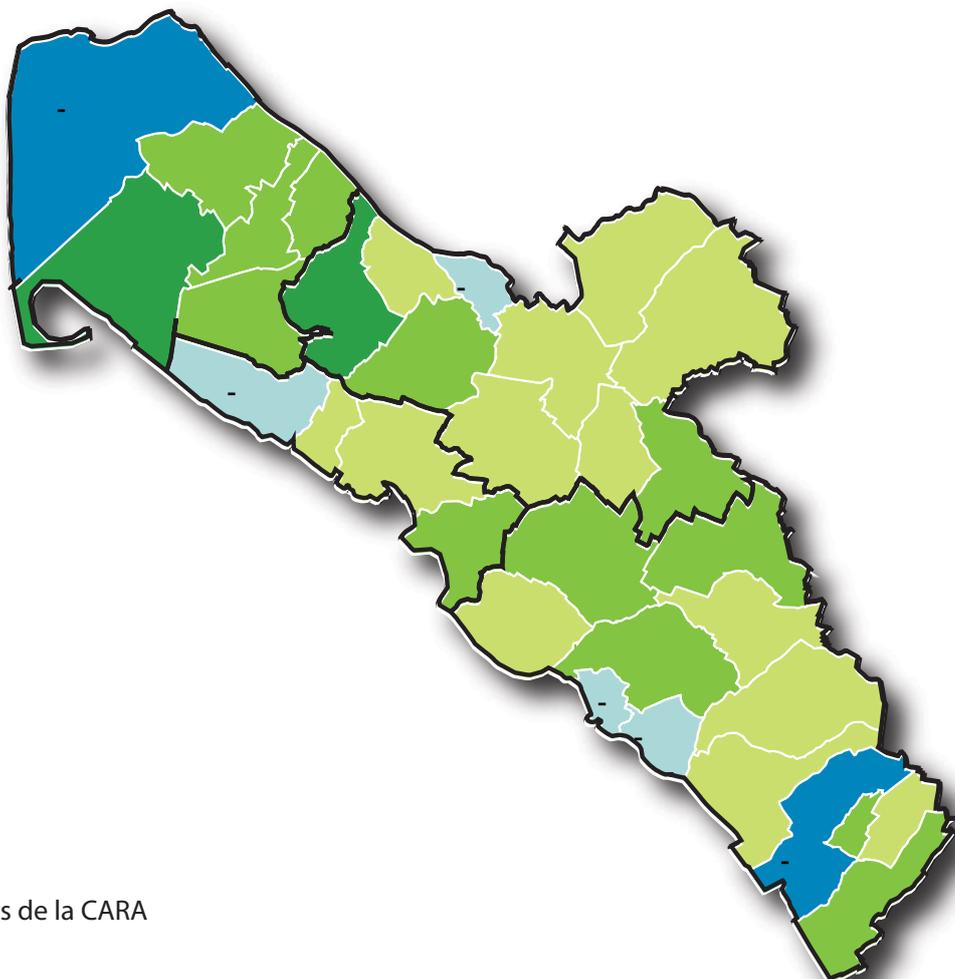
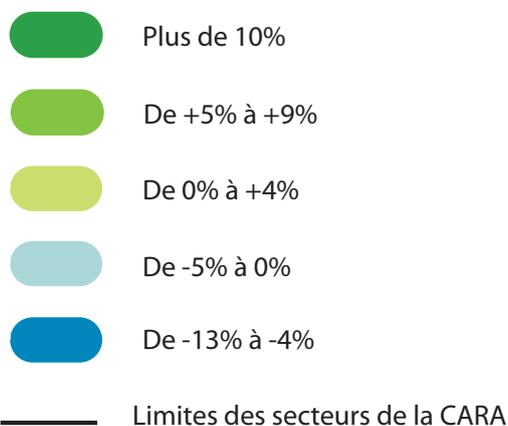




Source : Insee, RP 2013 et 2018

Taux de variation de la population entre 2013 et 2018

Moyenne de la CARA: +2,6%



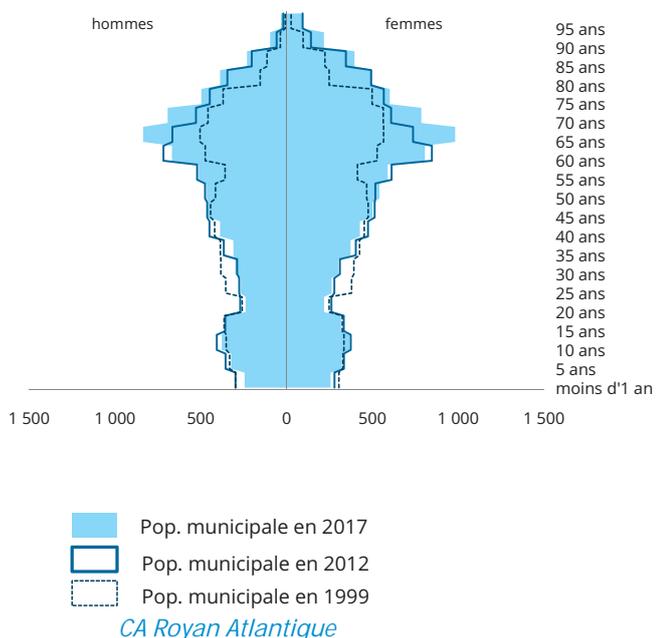
Entre 2013 et 2018, la CARA a gagné près de 2 135 habitants, soit 2,6% de plus durant cette période. La croissance démographique est légèrement supérieure à celle de l'ensemble de la Charente-Maritime et de la France métropolitaine (respectivement +2,1% et +1,8%). Les CA de Saintes et de Rochefort Océan ainsi que la CC de la Haute Saintonge connaissent dans le même temps une stabilité de leur population quand la population de la CC du Bassin de Marennes ne s'accroît que de 1,2%. Seules les CC Cœur de Saintonge et de Gémozac et de la Saintonge Viticole connaissent des évolutions démographiques plus rapides (+3,2% et +4,8%).

Des dynamiques très marquées et différentes s'observent cependant au sein de l'intercommunalité, La Tremblade perdant -9% de sa population (-440 habitants), Mortagne-sur-Gironde -8% (-85 habitants) quand Les Mathes en gagne 13% (+235 habitants) et Breuillet +11% (+295 habitants) entre 2013 et 2018.

La composition par âge des habitants de la CARA

La pyramide des âges de la population

Source : Insee, RP 2017



Certaines périodes stimulent la démographie. Cela aura été le cas de la phase dite du « baby-boom » à la suite de la seconde guerre du 20ème siècle et jusqu'au milieu des années 1970, durant laquelle les naissances ont sensiblement augmenté. C'est donc aujourd'hui sur la tranche d'âge des 45-70 ans que nous pouvons percevoir singulièrement les effets de cette période. Par-delà les effets de l'allongement de l'espérance de vie, c'est donc cette génération qui contribuera pour une part importante au vieillissement accéléré de la population prévu sur les prochaines décennies.

Cette tendance va être amplifiée par l'installation de personnes âgées de 60 ans et plus dans le territoire, la CARA étant très attractive pour ces générations.

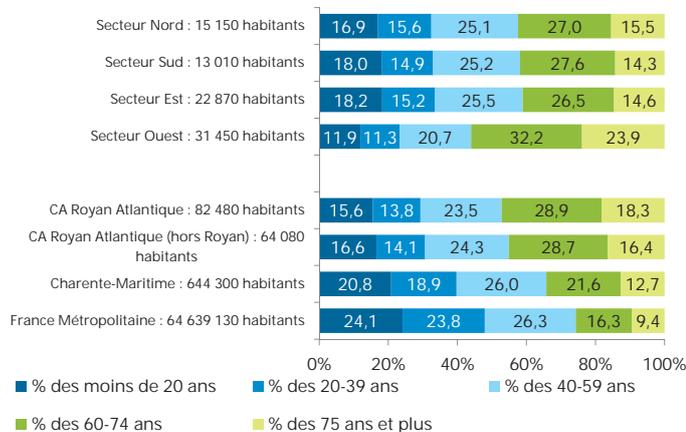
L'intercommunalité se distingue de l'ensemble de la Charente Maritime et de la France métropolitaine par la forte présence de personnes âgées de 60 ans et plus dans la population. La moitié de ses habitants appartiennent à ces générations (38 903 habitants) contre un tiers dans le département et un quart en moyenne nationale en 2017. Leur part s'élève à 56% des habitants dans le secteur Ouest. Ce secteur est également le plus peuplé et compte 10 des 23 établissements pour personnes âgées dépendants implantés dans la CARA.

La prédominance des personnes âgées dans la population se fait au détriment des populations les plus jeunes, 29% des habitants ayant moins de 50 ans (24 970 habitants) contre 40% en Charente-Maritime et 48% en France métropolitaine.

Le sexe-ratio (rapport entre le nombre d'hommes et de femmes) est de manière générale décroissant avec l'avancée en âge. Jusqu'à 80 ans environ, le nombre d'hommes est proche de celui des femmes. Passé cet âge, les femmes sont sur-représentées dans la population. Dans la CARA, on compte 1 homme pour 1 femme jusqu'à 60 ans puis ce ratio diminue avec le vieillissement de la population, pour atteindre 0,7 homme pour 1 femme chez les 80-89 ans et tombe jusqu'à 0,4 homme pour 1 femme chez les personnes âgées de 90 ans et plus.

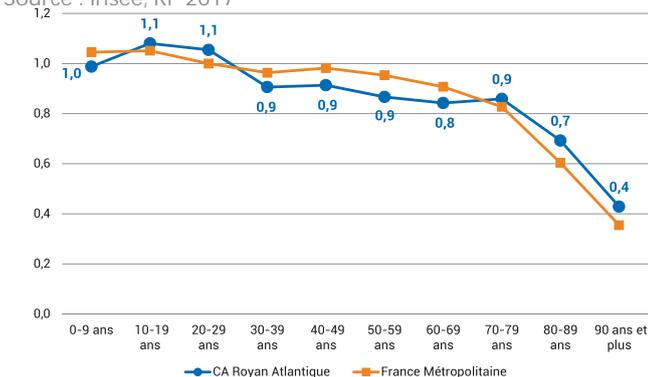
La structure par âge des populations

Source : Insee, RP 2017



Le sexe-ratio par grands groupes d'âge

Source : Insee, RP 2017



L'âge et le sexe sont les principaux facteurs explicatifs des différences de consommation de soins, comme nous le verrons ultérieurement.

• Les enfants de moins de 6 ans vivant sur le territoire

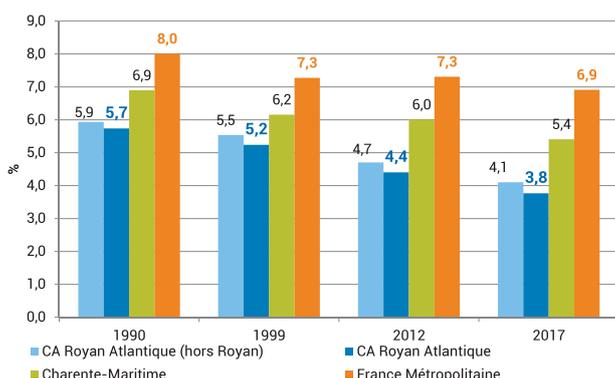
Les enfants de moins de 6 ans

Source : Insee, RP 2010-2017

	Enfants âgés de moins de 6 ans		Evolution 2012-2017	
	Nombre	Part parmi la population (%)	En volume	En %
CARA Nord	678	4,5	-40	-5,6
CARA Sud	609	4,7	-53	-8,0
CARA Est	1 021	4,5	-162	-13,7
CARA Ouest	800	2,5	-156	-16,3
Royan	478	2,6	-114	-19,3
CARA Ouest hors Royan	322	2,5	-42	-11,5
CA Royan Atlantique (hors Royan)	2 630	4,1	-298	-10,2
CA Royan Atlantique	3 108	3,8	-412	-11,7
Charente-Maritime	34 856	5,4	-2 916	-7,7
France Métropolitaine	4 468 040	6,9	-163 628	-3,5
CA de Saintes	3 366	5,6	-243	-6,7
CC du Bassin de Marennes	791	5,1	-61	-7,2
CC Coeur de Saintonge	1 125	6,5	-174	-13,4
CC de Gémozac et de la Saintonge Viticole	915	6,4	-36	-3,8
CC de la Haute Saintonge	3 748	5,5	-369	-9,0
CA Rochefort Océan	3 684	5,8	-580	-13,6

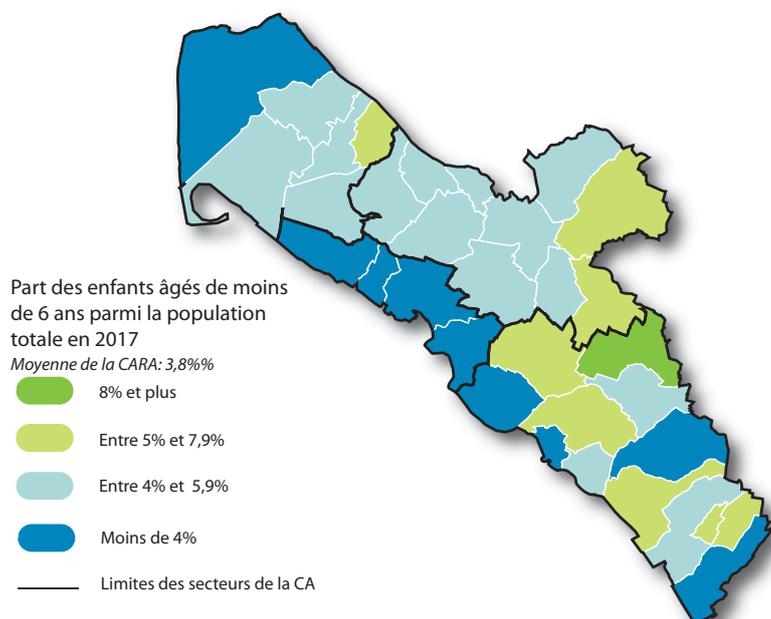
Évolution de la part des enfants de moins de 6 ans dans la population totale

Source : Insee, RP 1990-2017



Cartographie de la part des moins de 6 ans à l'échelle de la CARA en 2017

Source : Insee, RP 2017



3 110 enfants de moins de 6 ans sont recensés en 2017 dans la CA Royan Atlantique. Ils représentent 3,8% de la population totale. L'intercommunalité compte ainsi 1,8 fois moins d'enfants de moins de 6 ans qu'en moyenne à l'échelle nationale.

Le nombre d'enfants de moins de 6 ans a diminué de 12% entre 2012 et 2017, soit de 410 enfants. Cette diminution est nettement plus marquée que celle du département (-8%) comme de la France métropolitaine (-4%). Elle reste *contario* moins prononcée que dans la CC Coeur de Saintonge et la CA Rochefort Océan.

Entre 1990 et 2017, la part des enfants de moins de 6 ans parmi la population totale a diminué sur l'ensemble des territoires de comparaison. La CARA accuse la baisse la plus forte avec -2 points entre le deux dates (5,7% en 1990 contre 3,8% en 2017).

La part des enfants âgés de moins de 6 ans parmi la population totale varie de 2% (Talmont-sur-Gironde et St Palais sur Mer) à 9% (Grézac) au sein de la CA Royan Atlantique. Le Sud de l'intercommunalité compte au sein de sa population un plus grand nombre de jeunes âgés de moins de 6 ans.

Les jeunes enfants ainsi que les personnes âgées sont les principaux consommateurs de soins. Ainsi, est-il important de connaître la population appartenant à ces générations.

• Les personnes âgées de 75 ans et plus vivant sur le territoire

Les personnes âgées de 75 ans et plus

Source : Insee, RP 2010-2017

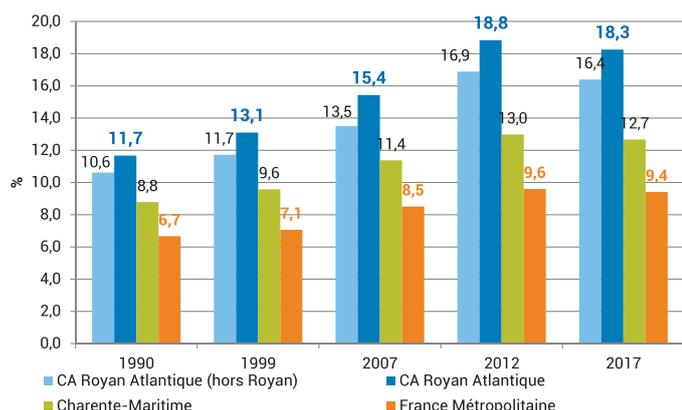
	Personnes âgées de 75 ans et plus		Evolution 2012-2017	
	Nombre	Part parmi la population (%)	En volume	En %
CARA Nord	2 343	15,5	+297	+14,5
CARA Sud	1 857	14,3	+140	+8,1
CARA Est	3 340	14,6	+452	+15,6
CARA Ouest	7 513	23,9	+851	+12,8
Royan	4 546	24,7	+482	+11,9
CARA Ouest hors Royan	2 967	22,7	+369	+14,2
CA Royan Atlantique (hors Royan)	10 508	16,4	+1 257	+13,6
CA Royan Atlantique	15 054	18,3	+1 739	+13,1
Charente-Maritime	81 621	12,7	+4 752	+6,2
France Métropolitaine	6 085 451	9,4	+279 286	+4,8
CA de Saintes	7 122	11,9	+116	+1,7
CC du Bassin de Marennes	2 070	13,4	+91	+4,6
CC Coeur de Saintonge	1 646	9,5	+85	+5,4
CC de Gémozac et de la Saintonge Viticole	1 410	9,9	+91	+6,9
CC de la Haute Saintonge	8 968	13,2	+163	+1,8

La CA Royan Atlantique compte 15 054 personnes âgées de 75 ans et plus en 2017, soit un peu moins d'une personne sur cinq.

Leur nombre a augmenté de 13% entre 2012 et 2017, soit de 1 740 personnes. Cette hausse est 2 fois plus élevée que celle observée dans le département (+6%) et 2,7 fois plus importante qu'en moyenne nationale (+5%). Elle est également très au-dessus des valeurs enregistrées dans les intercommunalités voisines.

Évolution de la part des personnes âgées de 75 ans et plus dans la population totale

Source : Insee, RP 1990-2017

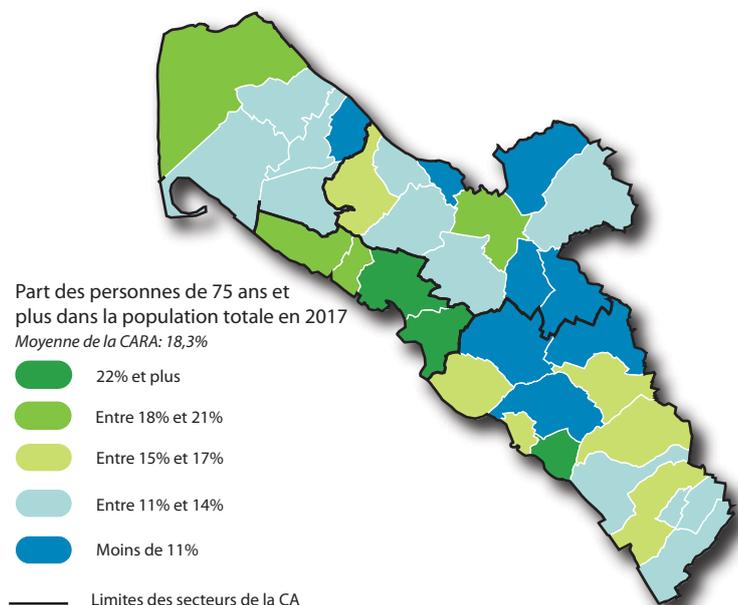


La part des personnes âgées de 75 ans et plus dans la population a augmenté de 12% à 18% entre 1990 et 2017, soit de 6 points. L'évolution a été de +4 points pour le département et de 3 points pour la France métropolitaine.

Les communes de la CARA enregistrent des parts de personnes âgées de 75 ans et plus parmi la population totale allant de 2 % (Corme-Écluse) à près de 25% (Royan et St Georges-de-Didonne). Les communes du littoral enregistrent des concentrations plus importantes de personnes âgées de 75 ans et plus.

Cartographie de la part des personnes âgées de 75 ans et plus à l'échelle de la CARA en 2017

Source : Insee, RP 2017



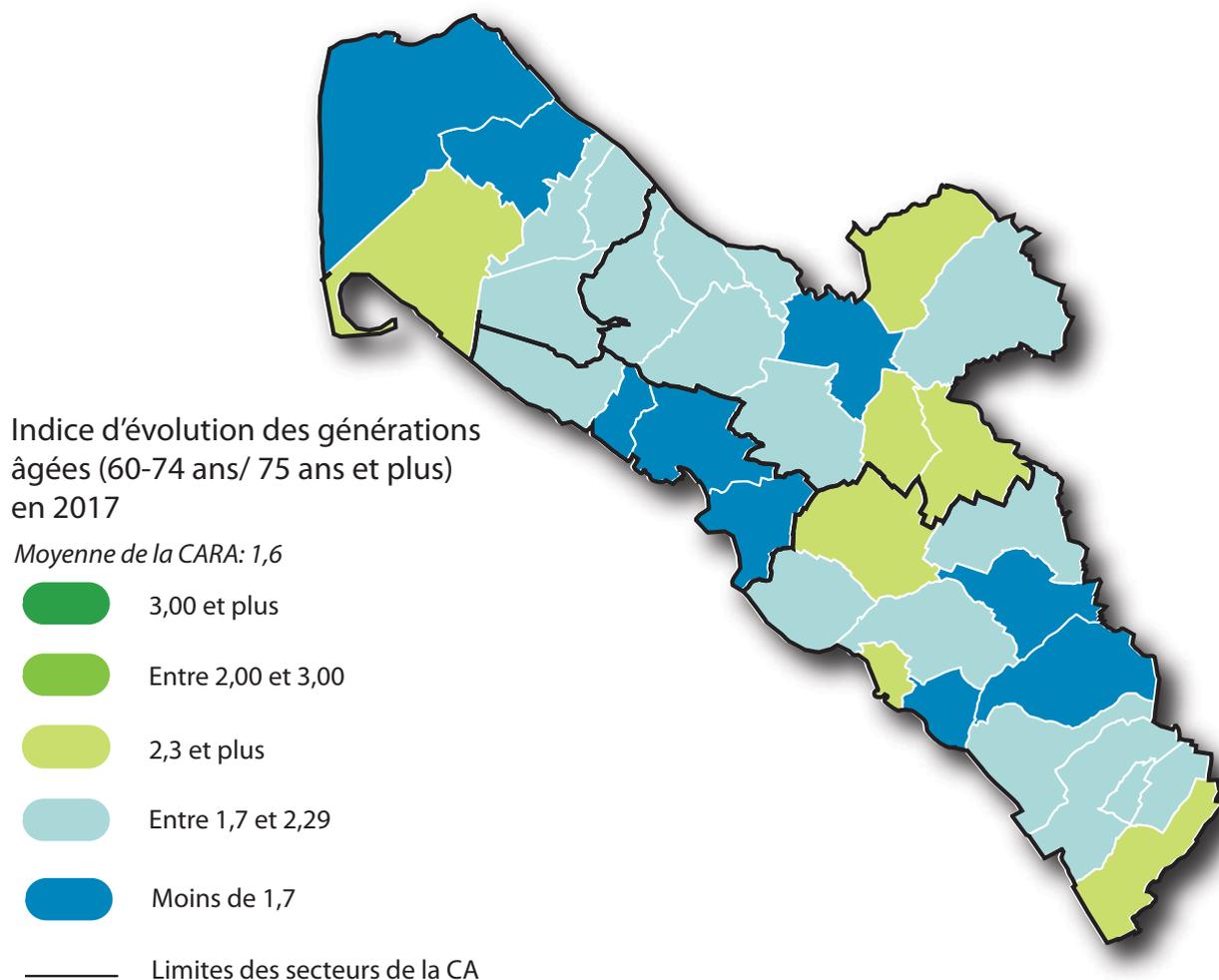
Notons que la localisation des établissements pour personnes âgées dépendantes élève également la part de 75 ans et plus dans les communes où ces établissements sont implantés.

La part des seniors dans la population permet d'évaluer l'importance des consommations médicales de la CARA au regard des communes qui la composent. En effet, les personnes âgées sont parmi les consommateurs de soins les plus importants.

Cartographie de l'indice d'évolution des générations âgées (60-74 ans/75 ans et plus) en 2017



Source : Insee, RP 2017



L'indice d'évolution des générations âgées de la CARA est de 1,6, c'est-à-dire qu'il y a 1,6 fois plus de personnes âgées de 60-74 ans que de 75 ans et plus sur le territoire. L'ensemble des communes qui composent l'intercommunalité vont connaître un vieillissement de leur population (indice supérieur à 1). Ce vieillissement sera particulièrement sensible dans les communes de Corme-Écluse, Sablonceaux et Semussac, celles-ci comptant plus de 2,5 fois ou plus de personnes âgées de 60-74 ans que de 75 ans et plus.

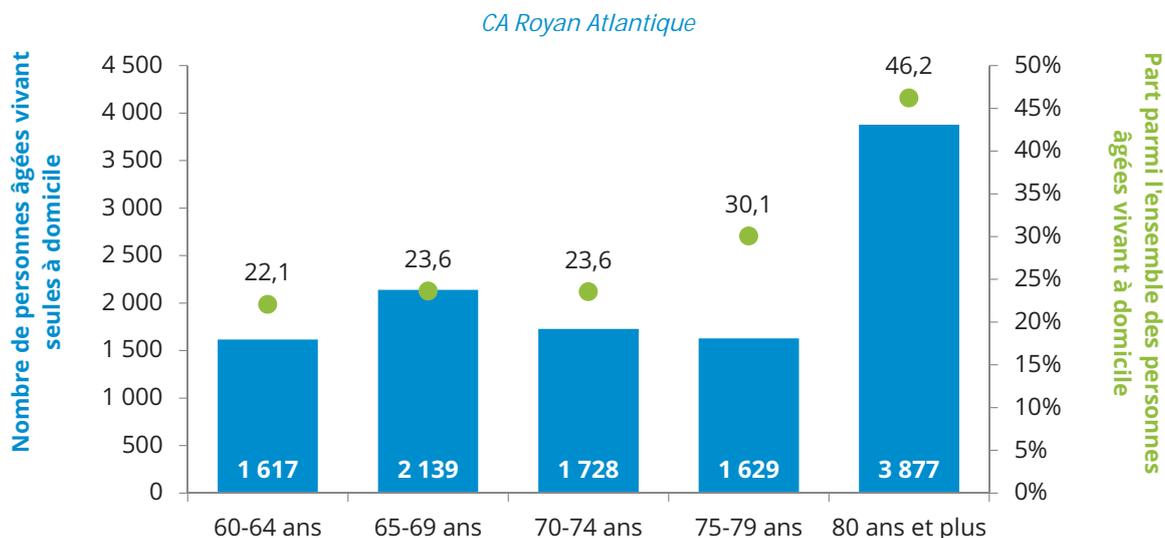
L'indice d'évolution des générations âgées permet de distinguer les territoires susceptibles de vieillir le plus dans les années à venir au regard des populations présentes au recensement de 2017. C'est ainsi que sur ces territoire les besoins en matière de soins seront en augmentation dans les années à venir.

L'indice d'évolution des générations âgées rapporte la population âgée de 60 à 74 ans à la population âgée de 75 ans et plus. Cet indicateur permet d'appréhender, sans réaliser de projections de populations, l'évolution programmée de la population âgée et ainsi le vieillissement à venir de la population. En effet, le rapport entre ces deux générations donne une idée du remplacement des générations pour la décennie suivante. Plus ce rapport est élevé, plus la génération des 60-74 ans est importante par rapport à la génération des 75 ans et plus, et plus la population des personnes âgées est susceptible d'augmenter dans la décennie à venir. Et inversement, plus ce rapport est faible, plus la population des 75 ans et plus est susceptible de diminuer dans la décennie à venir. Cet indicateur est surtout significatif pour les comparaisons entre territoires. En effet, il ne prend pas en compte les taux de mortalité (l'intégralité de la génération des 60-74 ans n'atteindra pas l'âge de 75 ans et plus), ni les migrations susceptibles d'intervenir sur la décennie. Il doit être considéré avec d'autant plus de précautions que le territoire ne comprend de structures d'accueil pour personnes âgées.

• **Lieu de vie et mode de cohabitation des personnes âgées**

Les personnes âgées de 60 ans et plus vivant seules à domicile

Source : Insee, RP 2017



La proportion de personnes âgées vivant seules à leur domicile augmente avec l'âge, du fait d'une probabilité d'être veuf(ve) en hausse également avec l'âge. Cette situation est un facteur de risque d'isolement, même si vivre seul(e) ne signifie pas pour autant isolement social.

Les écarts d'espérance de vie entre hommes et femmes contribuent à construire une société où les femmes vieillissent plus souvent seules que les hommes.

Vivre seul(e) complique la possibilité de maintien à domicile lorsque cela se conjugue avec la dépendance (dont le risque augmente avec l'âge). Se posent en particulier les questions de l'adaptation du logement, de la mobilité ou de l'accessibilité aux services.

En 2017, 22 % des personnes âgées de 60-64 ans à domicile de la CARA vivent seules (1 620 personnes) contre un quart pour celles âgées de 70-74 ans (1 730 personnes). Pour les personnes âgées de 80 ans et plus, cette part atteint 46%, soit 3 880 personnes âgées vivant seules à domicile.

L'isolement résidentiel de personnes âgées entrant dans la dépendance implique la mise en place de réponses adaptées à leurs besoins d'autonomie et de soutien.

La composition des ménages

La composition des ménages en 2017

Source : Insee, RP 2017

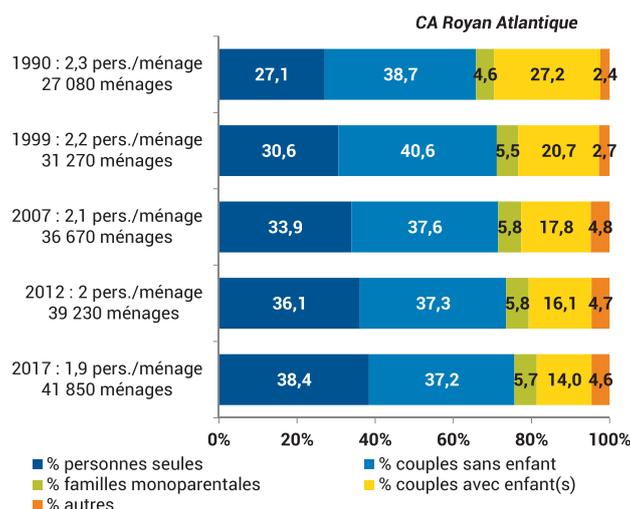
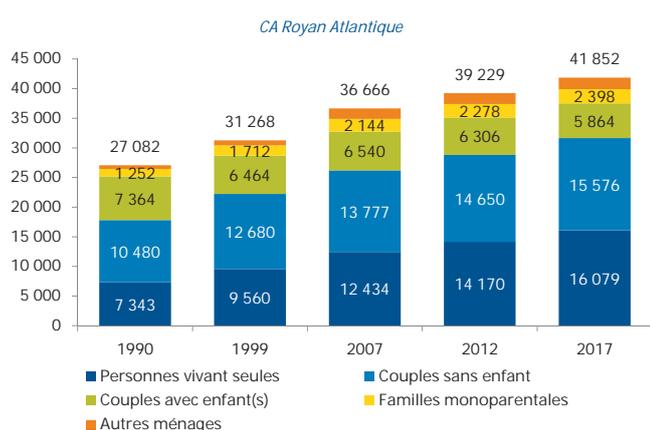
	Composition des ménages (%)					taille des ménages
	personnes seules	couples sans enfant	familles monoparentales	couples avec enfant(s)	autres	
Secteur Nord	33,4	37,8	5,7	17,4	5,6	2,0
Secteur Sud	32,3	38,2	4,7	18,3	6,4	2,1
Secteur Est	31,6	38,9	7,1	18,4	4,0	2,1
Secteur Ouest	46,7	35,6	5,3	8,5	3,9	1,7
Royan	52,0	31,4	5,2	7,6	3,7	1,7
CARA Ouest hors Royan	38,3	42,4	5,3	9,8	4,3	1,8
CA Royan Atlantique	38,4	37,2	5,7	14,0	4,6	1,93
Charente-Maritime	37,0	31,9	6,7	19,5	4,8	2,06
France Métropolitaine	36,4	26,6	7,7	23,8	5,6	2,20
CA de Saintes	38,1	31,5	6,9	19,3	4,3	2,04
CC du Bassin de Marennes	33,9	34,4	6,4	20,3	5,0	2,08
CC Coeur de Saintonge	27,3	35,2	5,5	28,4	3,7	2,32
CC de Gémozac et de la Saintonge Viticole	27,4	36,3	5,3	25,7	5,2	2,26
CC de la Haute Saintonge	33,2	33,5	6,8	20,7	5,7	2,15
CA Rochefort Océan	38,1	29,3	7,9	20,0	4,7	2,06

Avec 1,9 personnes par ménage, la taille moyenne des ménages de la CA Royan Atlantique est légèrement moins élevée que l'ensemble des territoires de comparaison. Les personnes vivant seules y sont plus nombreuses en proportion : 38% des ménages se compose d'une personne seule (comme dans les CA de Saintes et Rochefort Océan) contre 37% dans le département et 36% au niveau national. Cette part atteint plus de la moitié des ménages à Royan.

La Communauté d'agglomération compte également plus de couples sans enfant. Les familles avec enfant(s) sont au contraire sous-représentées dans ce territoire : un ménage sur cinq est une famille avec enfant(s) contre un quart dans le département et un tiers à l'échelle nationale.

La composition des ménages

Source : Insee, RP 2017

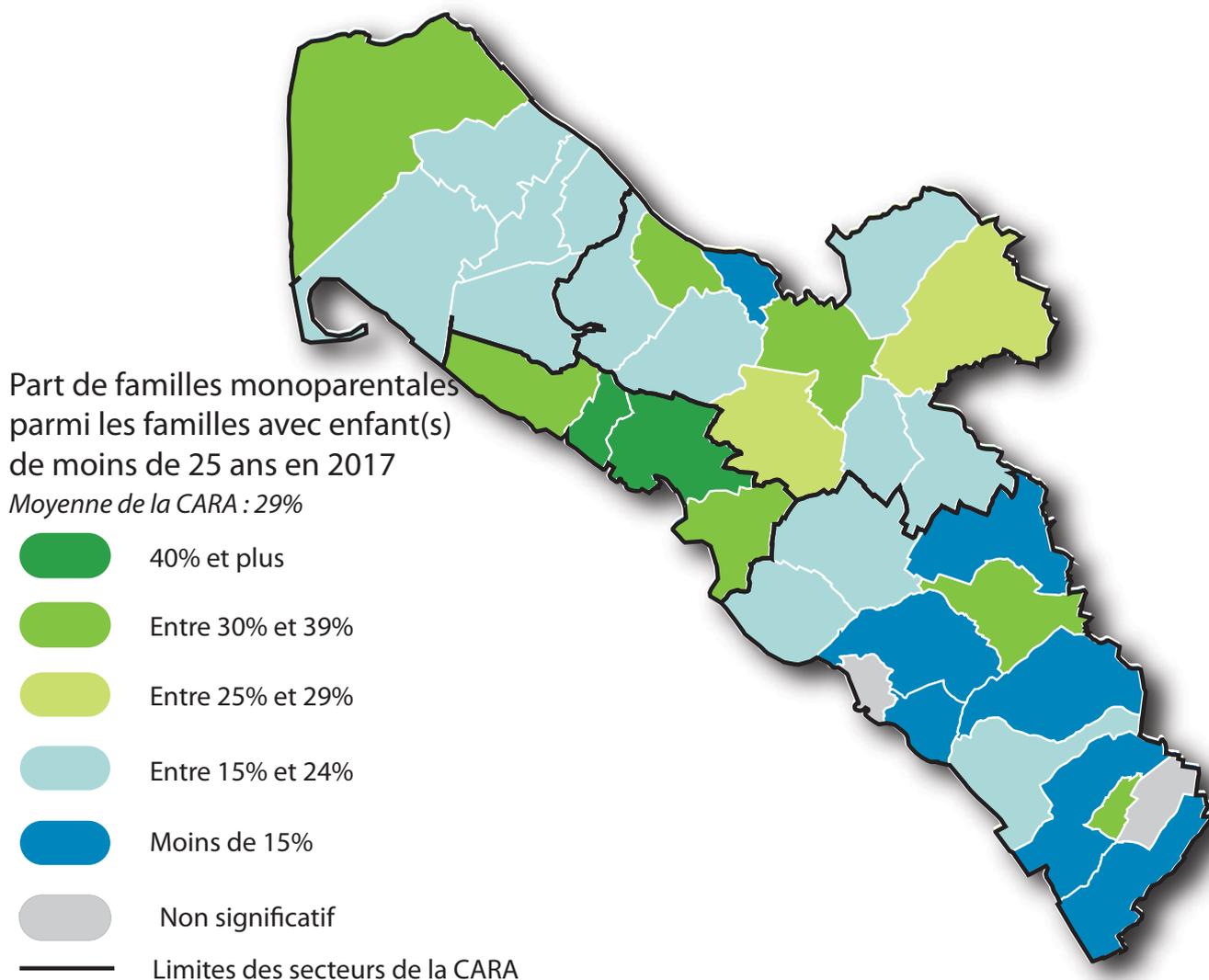


Au fil des années, on observe une augmentation de l'isolement résidentiel qui se fait au détriment des couples avec enfant(s). En 1990, la CARA comptait près d'autant de personnes seules que de couples avec enfant(s), soit plus d'un quart des ménages chacun. Les couples sans enfant étaient le type de ménage le plus représenté (39%).

En 2017, 38% des ménages de la CARA sont des personnes seules (16 080 ménages) soit peu ou prou autant que les couples sans enfant (15 580 ménages) tandis que seuls 14% des ménages sont des couples avec enfant (s) (5 860 ménages).



Source : Insee, RP 2017



Près de 2 400 familles monoparentales sont recensées dans la CA Royan Atlantique en 2017, soit 6% des ménages. Elles représentent 29% des familles avec enfant(s) de moins de 25 ans installées dans ce territoire.

D'importantes disparités territoriales s'observent au sein de l'intercommunalité : les communes situées dans le sud de la CARA enregistrent les parts de familles monoparentales les plus faibles (5% à 14%). A l'inverse, une concentration importante de familles

monoparentales s'observe dans le secteur Ouest de la CARA : aux alentours de 40% des familles avec enfant(s) sont monoparentales à Royan et Boutenac-Touvent.

Les territoires classés non significatifs enregistrent un très faible nombre de familles avec enfant(s) âgés de moins de 25 ans. Cela ne veut pas dire que ces communes ne compte aucune famille monoparentale, mais très peu.

La population active

Les catégories socioprofessionnelles des actifs occupés en 2012 et 2017

Source : Insee, RP 2012-2017

CA Royan Atlantique	Actifs occupés en 2017		Evolution 2012-2017	
	Nombre	Part relative en %	Nb	%
Agriculteurs	715	2,9	8	1,1
Artisans, comm., chefs d'entre.	3 443	13,9	-18	-0,5
Cadres et prof. intell. sup.	2 518	10,1	154	6,5
Prof. intermédiaires	5 481	22,1	7	0,1
Employés	8 097	32,6	-164	-2,0
Ouvriers	4 587	18,5	-299	-6,1
Ensemble des actifs occupés	12 684	51	-462	-3,5

12 680 habitants de la CA Royan Atlantique occupent un emploi en 2017. Les employés sont les plus nombreux (8 100). Ils représentent un tiers des actifs occupés peu ou prou comme en moyenne départementale contre 28% à l'échelle nationale.

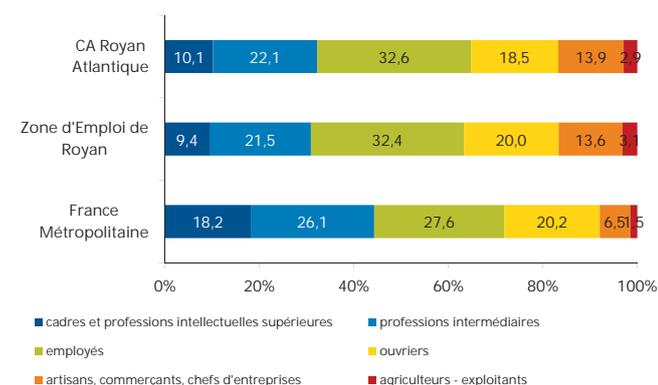
Les cadres et les professions intellectuelles supérieures sont au contraire 1,8 fois moins présents que dans l'ensemble de la France métropolitaine. Seulement 10% des actifs occupés sont en effet cadres ou de professions intellectuelles supérieures contre 12%

dans le département et 18% en France métropolitaine.

Entre 2012 et 2017, le nombre d'habitants ayant un emploi a diminué de 460 personnes, soit de 3,5%. Cette baisse est particulièrement marquée pour les ouvriers (-300 actifs, soit une diminution de 6%) et les employés (-160 actifs, soit une baisse de 2%). Le nombre de cadres et de professions intellectuelles supérieures a au contraire augmenté de 7% dans le même temps (+ 155 actifs) quand celui des professions intermédiaires restait stable.

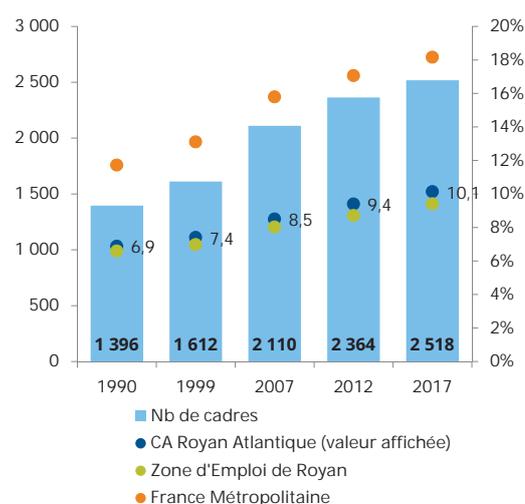
Les catégories socioprofessionnelles des actifs occupés en 2017

Source : Insee, RP 2017



Évolution du nombre et de la part de cadres et professions intellectuelles supérieures

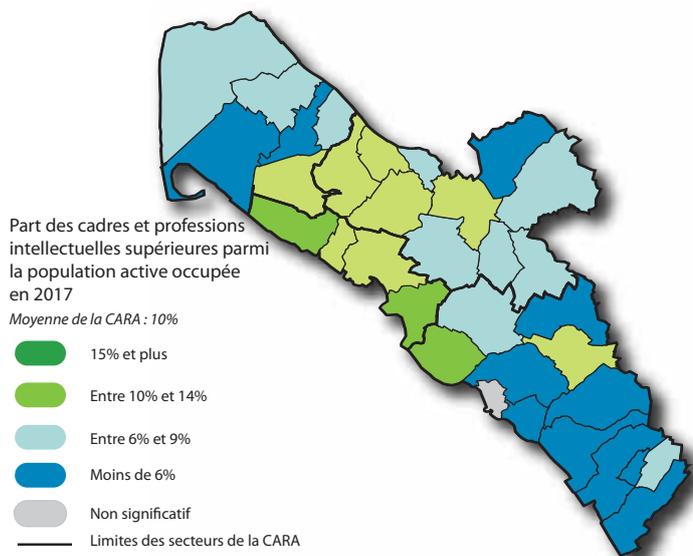
Source : Insee, RP 1990-2017





Cartographie de la part des cadres et professions intellectuelles supérieures parmi les actifs occupés à l'échelle de la CARA en 2017

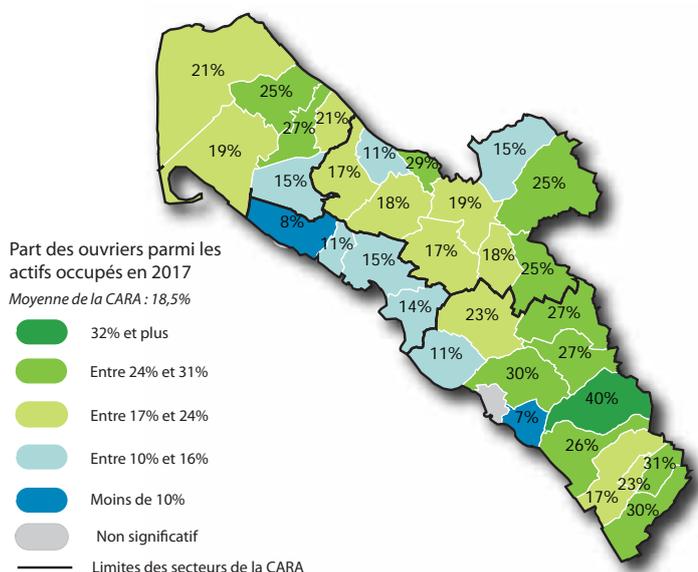
Source : Insee, RP 2017



Les cadres et professions intellectuelles supérieures ne se répartissent pas de façon homogène dans la CA Royan Atlantique mais se concentrent plus particulièrement dans le secteur Ouest et le secteur Est de l'intercommunalité. La plupart des communes du secteur Nord et Sud comptent moins de 10% de cadres et professions intellectuelles supérieures parmi leurs actifs occupés (Talmont-sur-Gironde et Boutenac-Touvent aucun). Royan en compte en comparaison près du double, soit un sur cinq et St Palais-sur-Mer et St Georges-de-Didonne près d'un sur six en 2017.

Cartographie de la part des ouvriers parmi les actifs occupés à l'échelle de la CARA en 2017

Source : Insee, RP 2017



A l'inverse, les ouvriers sont plus nombreux en proportion dans le Sud de l'intercommunalité que dans les plus grosses communes du littoral.

En 2017, 19% des actifs occupés sont des ouvriers dans la CA Royan Atlantique. Ce taux varie de 0% à St Palais-sur-Mer à 40% pour la commune d'Epargnes (mais ne compte que très peu d'actifs). 16 communes sur les 33 du territoire enregistrent un taux supérieur à 20% de l'ensemble des actifs occupés, c'est-à-dire supérieur à la moyenne nationale.

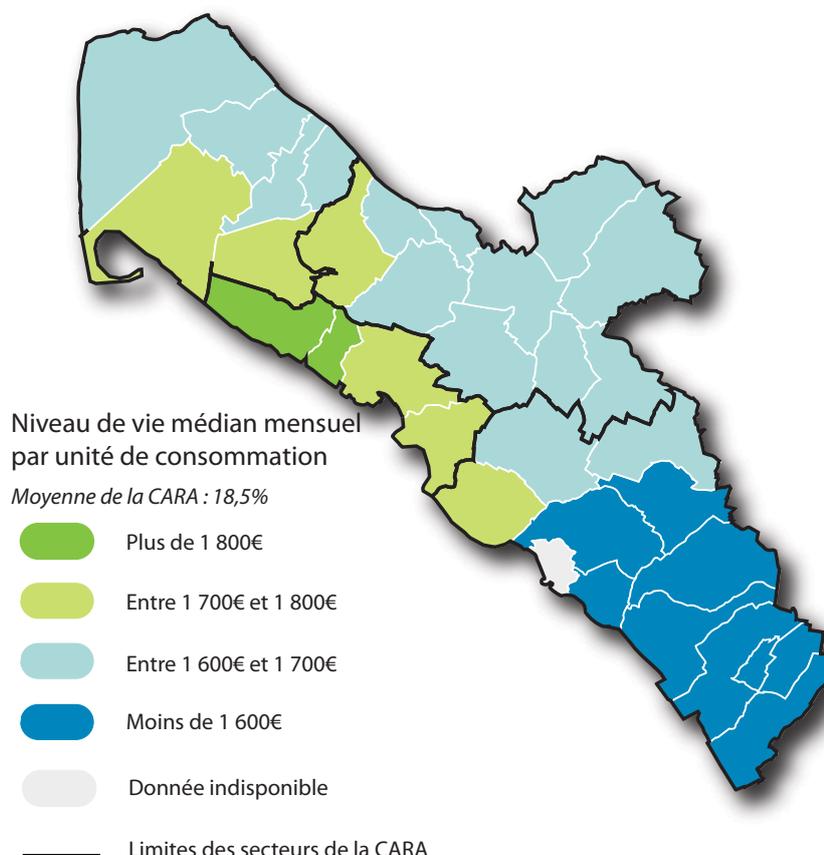
La catégorie socioprofessionnelle des actifs occupés est l'un des principaux déterminants de santé du fait des inégales conditions de travail et d'un rapport au corps et à la santé très différents.

- Le travail peut être pathogène en lui-même du fait des produits manipulés (chimie), des gestes à accomplir ou de l'environnement (poussières, pollution etc).
- Certains rythmes de travail, avec des horaires variables oblige l'organisme à des changements de rythmes qui ont des effets négatifs bien identifiés sur la santé.
- La pénibilité physique du travail concerne de même essentiellement les moins qualifiés.
- Enfin, le «seuil» à partir duquel la douleur ou simplement la gêne déclenche le recours au soins n'est pas le même d'une catégorie sociale à l'autre. Les personnes qui exercent les métiers les plus pénibles apprennent à endurer des douleurs qui font partie du quotidien ; leur seuil de tolérance s'élève.

Niveau de vie et ressources des habitants

Cartographie du niveau de vie médian à l'échelle de la CA Royan Atlantique

Source : Insee, Filosofi 2017



En 2017, le niveau de vie médian mensuel est de 1 764€ dans la CA Royan Atlantique : 50% de la population de la CARA vit avec moins de 1 764€ par mois quand l'autre moitié dispose de plus de 1 764€.

Ce niveau de vie médian est comparable à celui observé dans l'ensemble de la France métropolitaine (+5€ par mois et par UC). Il est par ailleurs plus élevé de 50€ que le niveau de vie médian enregistré en Charente-Maritime.

Le secteur Sud enregistre les niveaux de vie médians les plus faibles de l'intercommunalité, soit moins de 1 600 € par mois et par Unité de consommation. A l'inverse, Le niveau de vie médian est de 2 120€ à St Palais-sur-mer en 2017.

Les difficultés économiques sont en lien avec un état de santé et un accès aux soins amoindris :

- des revenus modestes exposent davantage au mal-logement. Or l'humidité, les mauvaises conditions de chauffage ou le bruit pèsent sur la santé.

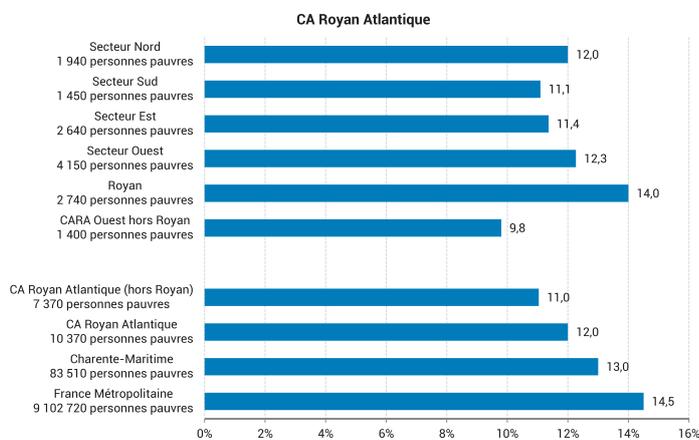
- Les populations les plus pauvres ont pour des raisons économiques des modes d'alimentation moins variés, les exposant plus fortement à l'obésité ou au diabète.

- Enfin, en plus de peser sur la dégradation de l'état de santé, les difficultés monétaires limitent l'accès aux soins. C'est ainsi 1/4 de la population française qui déclare en 2012 avoir renoncé à des soins pour des raisons financières en dépit du système de protection sociale.

• Les populations pauvres économiquement

Le taux de pauvreté des populations selon l'âge du référent fiscal

Source : Insee, Filosofi 2017



En France métropolitaine, le seuil de pauvreté officiel, correspondant à 60% du niveau de vie observé, est de 1 041 € par mois en 2017. Toutes les personnes qui vivent dans un ménage dont le niveau de vie est inférieur à ce seuil sont considérées comme pauvres.

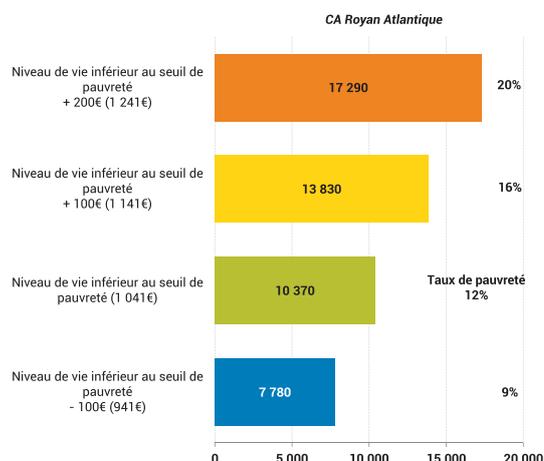
On estime à 12% la population vivant sous le seuil de pauvreté, soit environ 10 370 personnes. Ce taux de pauvreté est inférieur à celui des territoires de comparaison.

Augmenter de 100€ à 200€ le seuil de niveaux de ressources pour déterminer les populations vulnérables de la CA Royan Atlantique générerait une augmentation de 3 460 à 6 920 personnes.

Un seuil de 100€ inférieur au seuil officiel (qui est de 1 041€ par mois en 2017) porterait à environ 7 780 personnes la population concernée, soit 2 590 personnes de moins qu'au seuil de pauvreté officiel.

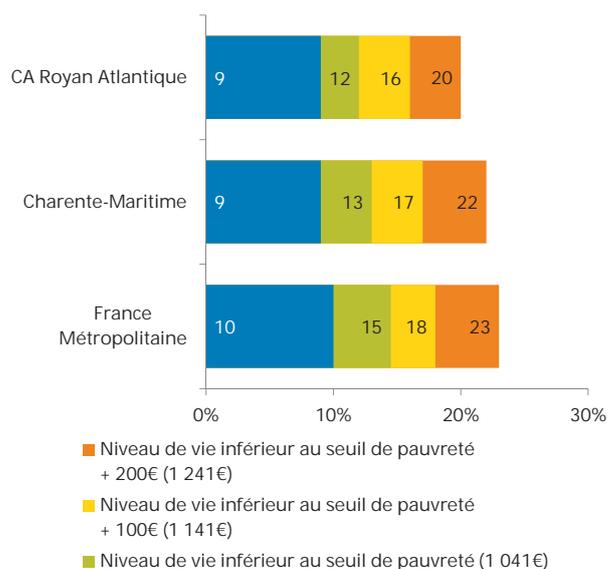
Les effectifs des populations selon les seuils de niveaux de vie

Source : Insee, Filosofi 2017 & estimations © Compas



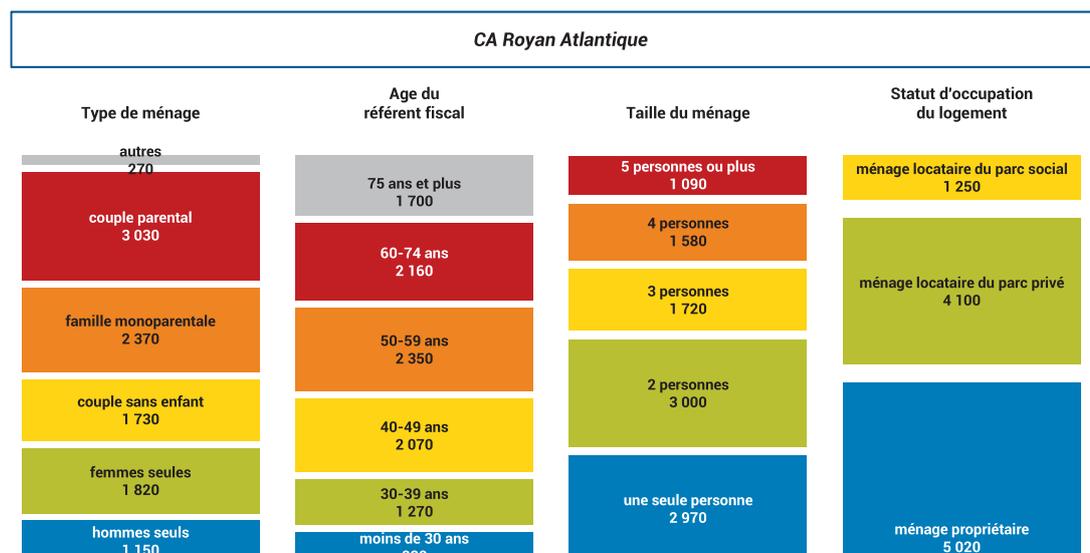
La répartition des populations selon les seuils de niveaux de vie

Source : Insee, Filosofi 2017 & estimations © Compas



Le taux de pauvreté des populations selon l'âge du référent fiscal

Source : Insee, Filosofi 2017



Le schéma ci-dessus présente la répartition des 10 370 personnes pauvres de la CA Royan Atlantique. Il permet de visualiser rapidement leur profil, soit dans la communauté d'Agglomération majoritairement des familles avec enfant(s), des quinquagénaires et sexagénaires, des petits ménages et des ménages propriétaires, ce qui est assez atypique. En effet, les quadragénaires, les grands ménages et les ménages locataires sont dans la majorité des communes françaises les plus confrontés à la pauvreté économique.

Les personnes pauvres vivant en familles monoparentales sont estimées à 2 370 environ, contre 3 030 au sein des couples parentaux et 1 730 au sein des couples sans enfant. On estime que 1 820 femmes seules et 1 150 hommes seuls vivent sous le seuil de pauvreté.

Selon l'âge du référent fiscal, la population considérée comme pauvre est estimée autour de 820 personnes au sein des ménages les plus jeunes de la CA Royan Atlantique, contre 1 700 au sein des ménages les plus âgés.

Environ 4 100 personnes sont pauvres parmi les populations des ménages locataires et 5 020 personnes chez les propriétaires.

Enfin, la répartition par taille des ménages permet d'estimer à environ 2 970 personnes seules vivant sous le seuil de pauvreté contre environ 1 090 personnes pour celles vivant dans un ménage composé de 5 personnes ou plus.

Les assurés sociaux et leurs ayants-droits

• Les bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS)

Part des personnes gérées par la CPAM couverts par la CSS au 27 Novembre 2020

Source : CPAM de Charente-Maritime, Traitement @ compas

Au 27 Novembre 2020	Bénéficiaires de la CSS		Dont CSS participative	
	Nombre	Part parmi les personnes gérées par la CPAM %	Nombre	Part parmi les bénéficiaires de la CSS (%)
CARA Nord	766	5,5	nd	nd
CARA Sud*	573	5,1	nd	nd
CARA Est*	1 150	5,5	nd	nd
CARA Ouest	2 610	8,3	nd	nd
<i>Royan</i>	1 954	10,5	nd	nd
<i>CARA Ouest hors Royan</i>	656	5,1	nd	nd
CARA hors Royan	3 183	5,4	829	26,0
CA Royan Atlantique (CARA)	5 137	6,6	1 306	25,4
Charente Maritime	46 921	8,1	11 582	24,7

CARA Sud : données non disponibles pour Brazan, Boutenac-Touvent, Brie-ss-Mortagne, Floirac et Talmont-s/-Gironde

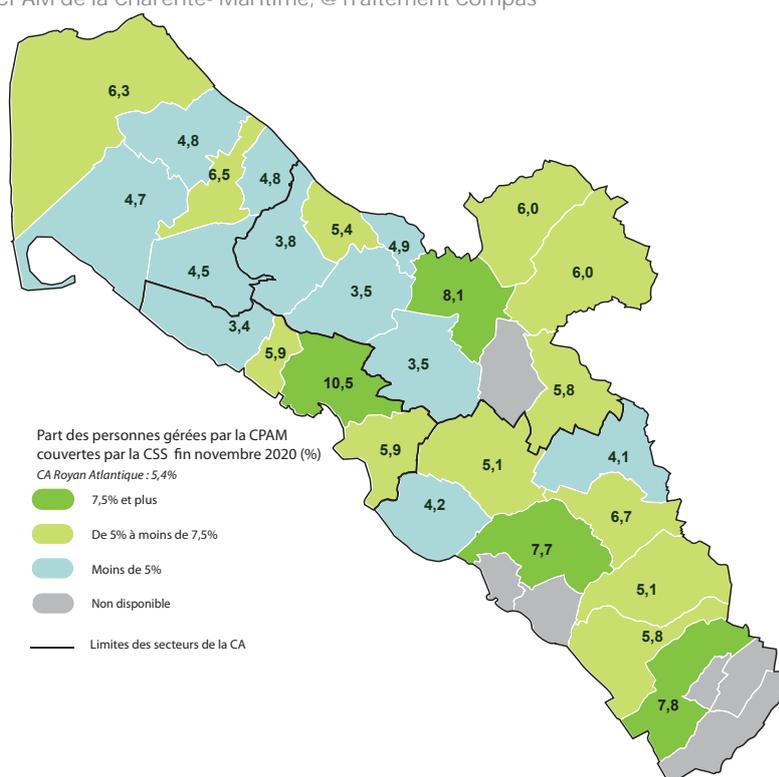
CARA Est: données non disponibles pour Le Chay

3 183 habitants de la CARA bénéficient de la Complémentaire Santé Solidaire, soit 6,6% des personnes gérées par la Cpm fin novembre 2020 contre 8,1% dans l'ensemble du département. Les communes de Royan Saujon, Arces et Mortagne-sur-Gironde enregistrent les taux de couverture les plus élevés de l'intercommunalité.

Depuis le 1er 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). Ouverte aux bénéficiaires de l'assurance maladie et attribuée sous conditions de résidence et de ressources, la CSS est une protection complémentaire santé gratuite ou coûtant moins de 1€ par jour et par personne.

Au 1er avril 2020, le plafond annuel de ressources est fixé à 9 032€ pour une personne seule sans participation financière et 12 193€ avec participation (moins d'1€ par jour et par personne).

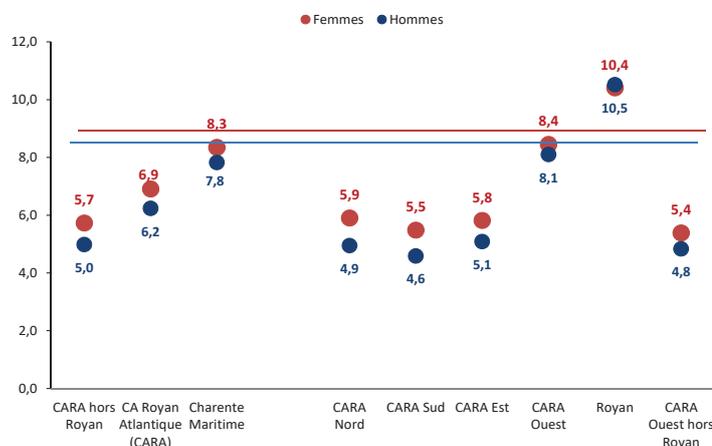
Source : CPAM de la Charente- Maritime, @Traitement Compas



Taux de couverture par sexe des personnes gérées par la CPAM de Charente Maritime fin novembre 2020

Part des personnes gérées par la CPAM couverts par la CSS au 27 Novembre 2020 (%)

Source : CPAM de Charente-Maritime, Traitement @ compas



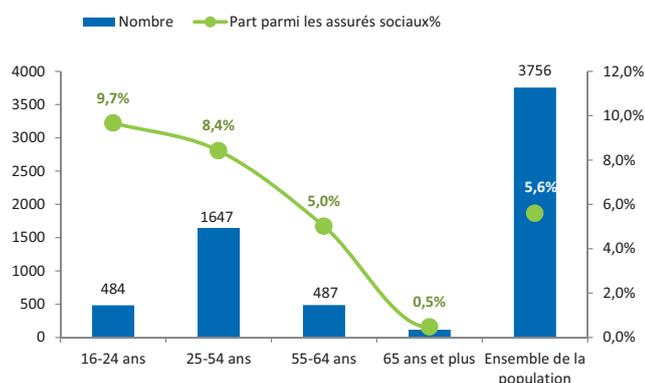
Les différences entre les sexes sont négligeables dans l'ensemble de l'intercommunalité : 6,9 % des femmes contre 6,2% des hommes gérés par la Cpm en bénéficient fin novembre 2020.

Les écarts observés dans certains secteurs (qui restent minimes) sont liés au plus grand nombre de personnes âgées et de familles monoparentales, ces familles étant composées dans la majorité des cas d'une femme avec ses enfant(s) en situation de fragilité économique.

Taux de couverture par âge des bénéficiaires du régime général de la CPAM en 2018

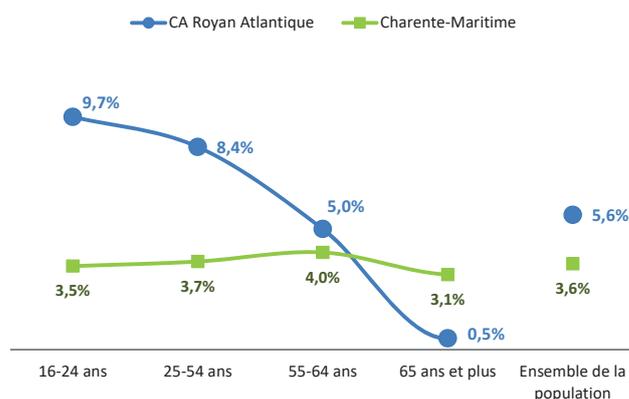
Part des bénéficiaires du régime général couverts par la CSS en 2018

Source : CNAM SIAM ERASME 2018 -Observatoire des fragilités du grand Sud, Traitement @ compas



Part des bénéficiaires par âge du régime général couverts par la CSS en 2018

Source : CNAM SIAM ERASME 2018 -Observatoire des fragilités du grand Sud, Traitement @ compas



En règle générale, plus les populations sont jeunes, plus elles ont une forte probabilité d'être couvertes. C'est le cas sur la CARA où 10% des 16-24 ans sont bénéficiaires de la CSS en 2018, contre 5% des 55-64 ans et moins de 1% des personnes âgées de 65 ans et plus.

Le taux de couverture de la population est au contraire relativement comparable d'une classe d'âge à l'autre dans l'ensemble du département. Entre 3 à 4% des habitants en bénéficient en 2018.

Projections de population : anticiper les grandes tendances à venir

Les projections de population par prolongement des tendances de constructions de logements

Les projections de population présentées ici sont réalisées à partir des données des derniers (recensements depuis 1999). Elles utilisent les tables de mortalité [**une espérance de vie à la naissance : passant de 85,0 ans en 2013 à 87,7 ans en 2030 pour les femmes, et de 77,7 ans en 2013 à 82,7 ans en 2030 pour les hommes**] et de natalité [**1,95 enfant par femme en moyenne et un âge moyen à la maternité de 31,3 ans en 2030**] par classe d'âge projetées au niveau national (tables Omphale, scénario central) et la structure par âge des migrations résidentielles observées entre 2016 et 2017. Le calcul des naissances et décès réalisé à partir des quotients de mortalité Omphale est ajusté via les observations issues des données état-civil.

L'évolution du parc de logement prise en compte reprend, par défaut, l'évolution du nombre de logements entre 2012 et 2017. De la même façon, l'évolution de la diminution de la taille moyenne des ménages est prolongée. **Ces hypothèses peuvent être modifiées pour tenir compte des tendances de constructions attendues sur le territoire.**

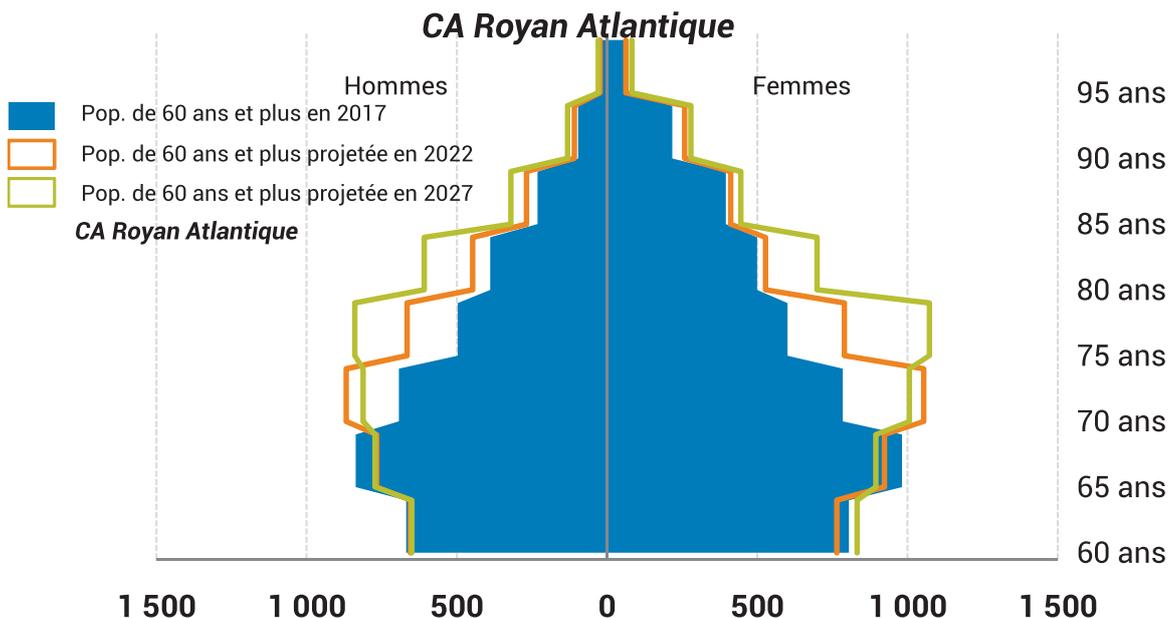
Ainsi, les projections de population que nous vous proposons, au-delà de poursuivre le rythme des constructions passées, reposent sur quelques postulats de base :

- elles partent notamment du principe que ces dernières correspondent et correspondront à un besoin réel et donc qu'ils ne resteront pas vacants ;
- elles considèrent également que ce rythme de construction est tenable et qu'il existe donc suffisamment de foncier disponible sur le territoire.

Ainsi les projections de la CA Royan Atlantique considèrent une évolution annuelle du nombre de logements de +1,24%, un poids des résidences principales en hausse de +0,08% en moyenne par an et une taille moyenne des ménages en baisse de 0,01% par an.

La pyramide des âges des 60 ans et plus projetée

Source : Insee, RP 2017 & ©Projections Compas



L'augmentation de l'espérance de vie, combinée au passage aux âges élevés des générations issues du baby-boom, devrait générer, dans la plupart des territoires de France métropolitaine, une augmentation conséquente de la part des populations les plus âgées dans la population.

Les générations issues du baby-boom sont celles nées entre 1945 et le milieu des années 1970. Elles ont commencé à atteindre l'âge de 60 ans depuis 2005, entreront dans la classe d'âge des 75 ans et plus à partir de 2020 et chez les 85 ans et plus à partir de 2030.

En 2017, la CA Royan Atlantique regroupe 38 900 habitants de 60 ans ou plus, soit 15% de plus qu'en 2012 (une évolution moyenne annuelle de +3% sur la période 2012-2017, contre +1% pour la population totale).

6% de la population de la CARA est âgée de 85 ans ou plus, 12% de 75-84 ans et 29% de 60-74 ans.

La population de 85 ans et plus pourrait représenter 9,1% de la population en 2032 et atteindre 8 140 personnes, contre 5 120 personnes quinze ans plus tôt.

Projection de l'évolution des générations âgées

Source : Insee, RP 2017 & Projections © Compas

	CA Royan Atlantique					
	RP	Projections Compas				
	2017	2022	2027	2032	2037	2042
60-74 ans	23 849	25 150	24 830	25 300	25 900	25 650
75-84 ans	9 929	12 150	16 100	17 630	17 430	18 500
85 ans et plus	5 124	5 670	6 430	8 140	10 690	11 870
Total des 60 ans et plus	38 903	42 970	47 360	51 070	54 020	56 020

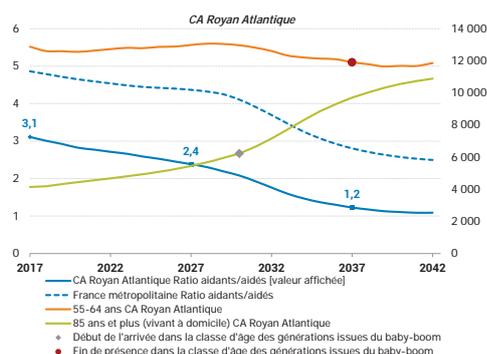
	Taux d'évolution en %*					
	RP	Projections Compas				
	2017	2022	2027	2032	2037	2042
60-74 ans	+16,2	+5,5	-1,3	+1,9	+2,4	-1,0
75-84 ans	+7,3	+22,4	+32,5	+9,5	-1,1	+6,1
85 ans et plus	+26,2	+10,6	+13,4	+26,6	+31,3	+11,0
Total des 60 ans et plus	+15,0	+10,5	+10,2	+7,8	+5,8	+3,7

*Evolutions calculées sur les 5 années précédentes

La collectivité doit considérer le vieillissement à venir afin d'anticiper différents services, modes d'accompagnement et de prise en charge, adaptés aux multiples profils caractérisant ces aînés (seniors dynamiques et actifs, personnes âgées isolées, en perte d'autonomie, proches aidants ...).

Une projection du ratio aidants/aidés

Source : Insee, RP 2017 & Projections © Compas



Répondre aux besoins des personnes âgées, notamment en matière d'isolement relationnel, implique en partie une prise en charge par les générations suivantes. Même si le premier aidant est, s'il est encore présent, le conjoint, ces aidants (potentiels) sont souvent âgés d'une soixantaine d'années et n'ont pas toujours de liens familiaux avec les personnes les plus âgées vivant à proximité de chez eux. Ils peuvent être l'expression d'un potentiel de présence ou d'alerte en cas de besoins.

Le ratio aidants/aidés rapporte les 55-64 ans* (population des aidants potentiels des personnes les plus âgées) aux 85 ans et plus (population quantitativement représentative du volume de personnes aidées). Ce ratio donne une idée du potentiel en matière d'aide informelle des personnes âgées dépendantes.

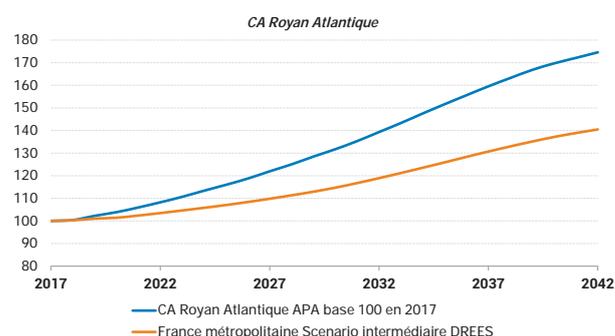
La diminution du ratio aidants/aidés oblige les territoires à imaginer et développer de nouvelles réponses pour prévenir l'isolement social des personnes les plus âgées.

* Les 55-64 ans sont parfois appelés la « génération pivot ». Ils sont susceptibles d'être sollicités à la fois pour venir en appui à leurs parents vieillissants, et pour aider leurs enfants, financièrement ou via la garde de leurs petits-enfants.

La CA Royan Atlantique compte, en 2017, 3,1 aidants (personnes âgées de 55-64 ans) pour une personne à aider (personnes âgées de 85 ans et plus). Le passage, à partir de 2030, des générations issues du baby-boom dans la tranche d'âge des 85 ans et plus pourrait générer un ratio aidants/aidés situé autour de 1,2 aidants pour une personne à aider à l'horizon 2037. Ce ratio est attendu à 2,8 aidants pour une personne à aider en France métropolitaine.

Une projection des bénéficiaires de l'APA

Source : Insee, RP 2017 & Projections © Compas



L'Allocation Personnalisée pour l'Autonomie s'adresse aux personnes âgées de 60 ans et plus reconnues dépendantes. Le graphique ci-dessus propose une projection de la population bénéficiaire de l'APA tenant compte, d'une part, de l'évolution attendue des populations par classes d'âge, et d'autre part des prévisions d'évolution de la dépendance. Les hypothèses prises en compte prévoient une diminution progressive des taux de recours à l'APA, pour tenir compte de l'évolution probable de l'espérance de vie en bonne santé (hypothèse intermédiaire Projections DREES) et une augmentation de l'espérance de vie.

Proposé en base 100 en 2017, il met en avant la croissance attendue des effectifs de personnes bénéficiaires de l'APA et par conséquent des ressources nécessaires au financement de cette aide institutionnelle. Cette croissance provient essentiellement de la croissance attendue des effectifs des classes d'âges les plus élevées.

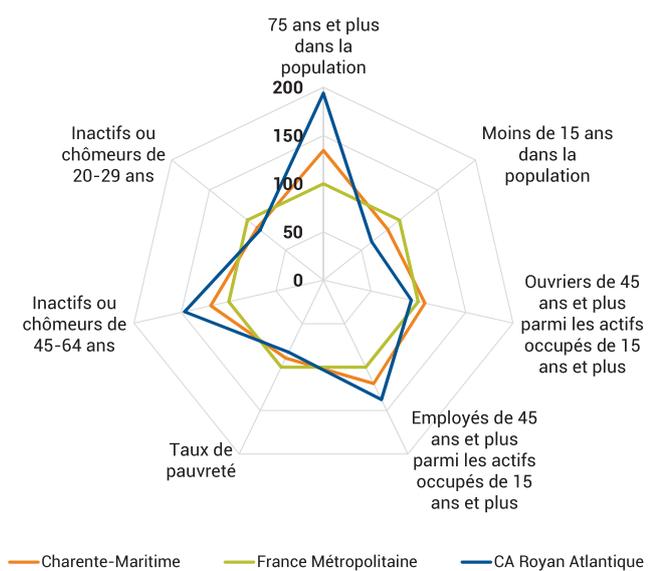
En 25 ans (entre 2017 et 2042), le nombre de personnes âgées bénéficiaires de l'APA résidant dans la CA Royan Atlantique devrait être multiplié par 1,7.

Synthèse sur les déterminants de santé - le baromètre des besoins potentiels de santé

7 indicateurs ont été retenus pour composer l'indice de besoins potentiels en santé ; renvoyant à 4 grands critères des déterminants de santé : l'âge, la catégorie socioprofessionnelle, la pauvreté monétaire et la « mise à l'écart de l'emploi »

Indice des besoins potentiels en santé

Source : Insee, RP & RP fichiers détail 2017 & Filosofi 2017 - Traitements © Compas



Lecture : La part de personnes âgées de 75 ans et plus dans la population totale de la CARA est 1,7 fois plus élevée que celle de la France métropolitaine.

L'indice des besoins potentiels en santé est de 18 dans la CA Royan Atlantique contre 21 en France métropolitaine. En référence à la moyenne métropolitaine, les sur-représentations suivantes peuvent être mises en avant :

- la part de personnes âgées de 75 ans et plus parmi l'ensemble de la population (16% contre 9%)
- la part d'employés de 45 ans et plus parmi les actifs occupés de 15 ans et plus (16% contre 12%),
- la part d'inactifs ou chômeurs de 45-64 ans (8% contre 6%).

Dans le détail des secteurs de l'intercommunalité les facteurs de fragilité pèsent différemment (cf. tableau page suivante), témoignant des caractéristiques spécifiques à chacun d'entre eux. L'indice des besoins potentiels en santé le plus élevé se retrouve dans les secteurs Ouest et Sud (20).

L'indice du secteur Ouest est porté notamment par la plus forte proportion :

- de personnes âgées de 75 ans et plus
- d'employés de 45 ans et plus parmi les actifs occupés de 15 ans et plus,
- et d'inactifs ou chômeurs de 45-64 ans

Les facteurs de fragilités sont différents dans le secteur Sud, une sur représentation des habitants âgés de moins de 15 ans ainsi que des ouvriers âgés de 45 ans et plus parmi les actifs occupés de 15 ans et plus s'observant.

Détail des facteurs des besoins potentiels en santé

Source : Insee, RP & RP fichiers détail 2017 & Filosofi 2017 - Traitements © Compas

	Indice de besoins potentiels en santé	75 ans et plus dans la population		Moins de 15 ans dans la population		Ouvriers de 45 ans et plus parmi les actifs occupés de 15 ans et plus	
		Nb	%	Nb	%	Nb	%
Secteur Nord	19	2 343	15,5	1 914	12,6	435	8,7
Secteur Sud	20	1 857	14,3	1 779	13,7	420	9,6
Secteur Est	18	3 340	14,6	3 101	13,6	629	8,0
Secteur Ouest	20	7 513	23,9	2 647	8,4	471	5,8
CA Royan Atlantique (hors Royan)	18	10 508	16,4	7 895	12,3	1 655	8,1
CA Royan Atlantique	18	15 054	18,3	9 441	11,4	1 956	7,7
Charente-Maritime	18	81 621	12,7	98 112	15,2	21 215	8,9
France Métropolitaine	21	6 085 451	9,4	11 641 411	18,0	2 179 501	8,3
CA de Saintes	18	7 122	11,9	9 335	15,6	1 947	8,4
CC du Bassin de Marennes	21	2 070	13,4	2 224	14,4	712	13,1
CC Coeur de Saintonge	17	1 646	9,5	3 302	19,1	654	9,2
CC de Gémozac et de la Saintonge Viticole	16	1 410	9,9	2 495	17,5	626	10,7
CC de la Haute Saintonge	21	8 968	13,2	10 653	15,7	3 269	12,7
CA Rochefort Océan	19	7 392	11,6	10 330	16,2	2 307	9,6

	Employés de 45 ans et plus parmi les actifs occupés de 15 ans et plus		Taux de pauvreté	Inactifs ou chômeurs de 45-64 ans		Inactifs ou chômeurs de 20-29 ans	
	Nb	%	%	Nb	%	Nb	%
Secteur Nord	639	12,8	12,0	605	7,4	327	4,0
Secteur Sud	672	15,4	11,1	523	7,5	239	3,4
Secteur Est	1 247	15,8	11,4	925	7,5	397	3,2
Secteur Ouest	1 553	19,0	12,3	1 442	10,2	527	3,7
CA Royan Atlantique (hors Royan)	3 193	15,6	11,0	2 583	7,8	1 155	3,5
CA Royan Atlantique	4 112	16,2	12,0	3 495	8,4	1 491	3,6
Charente-Maritime	33 431	14,0	13,0	25 595	6,8	14 040	3,7
France Métropolitaine	3 090 827	11,8	14,5	2 317 040	5,7	1 737 150	4,3
CA de Saintes	3 420	14,8	13,4	2 467	6,9	1 337	3,7
CC du Bassin de Marennes	845	15,5		694	7,9	324	3,7
CC Coeur de Saintonge	959	13,6	12,9	581	5,6	301	2,9
CC de Gémozac et de la Saintonge Viticole	688	11,8	13,3	541	6,4	275	3,2
CC de la Haute Saintonge	3 541	13,8	16,7	2 871	7,3	1 394	3,6
CA Rochefort Océan	3 224	13,4	14,2	2 899	7,6	1 590	4,2

Valeur inférieure à celle de la CA Royan Atlantique

Valeur proche de celle de la CA Royan Atlantique

Valeur supérieure à celle de la CA Royan Atlantique

Lecture : L'indice des besoins potentiels en santé de la CARA est de 18.

État de santé et habitudes de vie

Appréhender l'état de santé des habitants est une chose peu aisée. Celui-ci est évalué classiquement au travers des taux de mortalité. La reconnaissance administrative de maladies chroniques de certains bénéficiaires permet également de l'approcher. Les consommations de soins apportent enfin des indications sur la fréquence de certaines pathologies.

Les taux de mortalité enregistrés dans la CARA sont relativement proches de la moyenne départementale, bien qu'une légère surmortalité des hommes s'observe pour la CARA au regard de la situation en Charente-Maritime. 1 180 décès ont été constatés en moyenne chaque année dans l'intercommunalité dans la période 2011-2015, soit 1 130 décès pour 10 000 hommes et 674 pour 1000 000 femmes.

Comme dans le département les décès liés à un cancer, une maladie de l'appareil circulatoire et ceux liés à la consommation de tabac sont les plus nombreux. Des différences notamment entre sexe s'observent. Celles-ci sont consécutives à des habitudes de vie différentes, les hommes décédant 3 fois plus souvent de maladies liées à la consommation de tabac et d'alcool.

Si le plus grand nombre de personnes en ALD souffre d'une maladie de l'appareil respiratoire ou est atteint de tumeurs malignes, faisant écho aux principales causes de décès, l'importance numérique des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et démences associées apparaît.

Par ailleurs, fin novembre 2020, 23% des bénéficiaires de l'assurance maladie (18 760 personnes) gérés par la Cnam ont une prise en charge d'une pathologie en ALD contre 20% en moyenne nationale. 1 090 bénéficiaires sont par ailleurs reconnus comme invalides.

Les consommations de soins permettent enfin de mettre en évidence l'importance du recours aux anxiolytiques et psychotropes. Un bénéficiaire de l'assurance maladie gérés par la Cnam sur quatre s'est vu prescrire des anxiolytiques en 2019 et un sur six des psychotropes. Leurs consommations devançant largement celles des principaux médicaments prescrits en cas de maladies cardiovasculaires. Celle-ci est à rapprocher de la prévalence de la maladie d'Alzheimer et autres maladies associées. Notons que les femmes sont les principales consommatrices d'anxiolytiques et de psychotropes.

La mortalité et ses causes, signes de l'état de santé de la population

Entre 2011 et 2015, la Charente Maritime a en moyenne enregistré 870 décès pour 100 000 habitants, soit un taux supérieur à celui de la région (860 décès pour 100 000 habitants). Le département fait alors partie des départements ayant le plus fort taux standardisé de mortalité générale de Nouvelle Aquitaine.

Par ailleurs, on compte 1 214 décès prématurés, toutes causes confondues, en Charente-Maritime entre 2011 et 2015. Le département se positionne ainsi au 2ème rang des départements enregistrant le plus grand nombre de décès prématurés dans la

région de Nouvelle Aquitaine. Les hommes sont 2,2 fois plus touchés que les femmes par la mortalité prématurée (312 hommes pour 100 000 contre 139 femmes pour 100 000) durant la période 2011-2015.

En France métropolitaine comme en Charente-Maritime, les trois premières causes de décès prématurés sont les maladies de l'appareil circulatoire les tumeurs et les traumatismes et empoisonnements (ex : accidents de la vie courante, intoxication, etc.).

Les principales causes de décès dans la Communauté d'Agglomération Royan Atlantique

Source : ORS Nouvelle Aquitaine 26-10-2020, Traitement @ Compas

CARA Période 2011-2015	Nombre annuel moyen de décès		Taux comparatif de mortalité* p 100 000 habitants		Taux comparatif de mortalité* p 100 000 habitants Charentes- Maritime	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Taux comparatif de mortalité générale 2011-2015 (pour 100 000 hab.)	604	576	1130	674	1168	669
Taux comparatif de mortalité prématurée 2011-2015 (pour 100 000 personnes âgées de moins de 65 ans)	111	54	338	146	312	139
Taux comparatif de mortalité prématurée évitable 2011-2015 (pour 100 000 personnes âgées de moins de 65 ans)	39	14	119	38	121	38
Mortalité par cause						
Par maladies de l'appareil circulatoire 2011-2015 (pour 100 000 hab.)	156	167	289	180	287	177
Par tumeurs malignes 2011-2015 (pour 100 000 hab.)	200	150	349	191	370	185
Par causes externes 2011-2015 (pour 100 000 hab.)	41	30	96	42	99	41
Par maladies de l'appareil respiratoire 2011-2015 (pour 100 000 hab.)	39	35	72	37	74	40
Liée à la consommation de tabac 2011-2015 (pour 100 000 hab.)	124	64	222	77	215	74
Liée à la consommation d'alcool 2011-2015 (pour 100 000 hab.)	24	10	45	15	50	12
Par suicide 2011-2015 (pour 100 000 hab.)	20		22		21	

* Structure par âge de population de la France entière

1 180 décès sont en moyenne enregistrés au sein de la CA Royan Atlantique chaque année sur la période 2011-2015.

A l'instar de la Charente Maritime et de la Nouvelle Aquitaine, les cancers, les maladies de l'appareil circulatoire et les maladies liées à la consommation de tabac sont les trois premières causes de mortalité dans la CA Royan Atlantique.

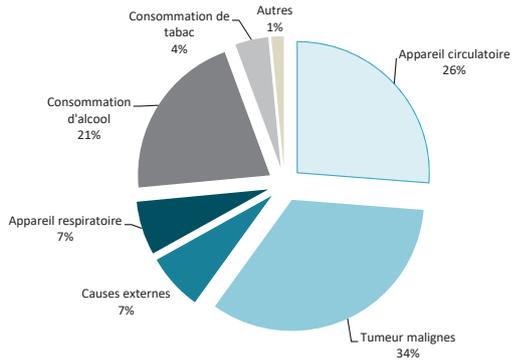
Comme dans le département, la région ou la France métropolitaine, les hommes décèdent également plus que les femmes. 600 décès d'hommes sont recensés en moyenne chaque année pour 580 de femmes. Ces décès correspondent à un taux comparatif de mortalité de 1 130 hommes pour 100 000 et 674 femmes pour 100 000 sur la période 2011-2015.

La différence entre hommes et femmes s'accroît pour les décès prématurés et plus particulièrement les décès prématurés évitables. Le taux comparatif de mortalité des hommes âgés de moins de 65 ans est alors 3,2 fois plus élevé que celui des femmes du même âge.

En outre, cet écart entre sexe varie selon la cause principale du décès. Les hommes de la CA Royan Atlantique meurent ainsi 3 fois plus fréquemment de maladies liées à la consommation d'alcool et de tabac que les femmes mais seulement 1,6 fois plus de maladies de l'appareil circulatoire. Ces différences renvoient à des comportements et habitudes de vie distinctes selon le sexe.

Répartition des décès par cause chez les hommes- CARA- année 2011-2015

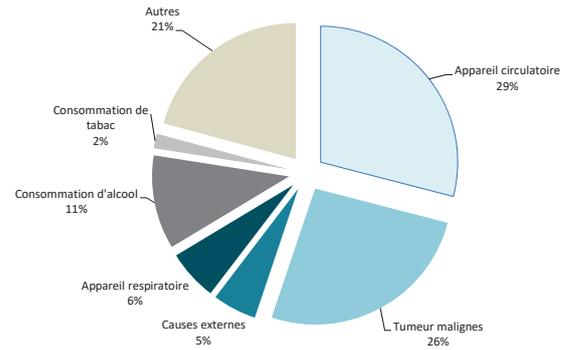
Source : ORS Nouvelle Aquitaine 26-10-2020, Traitement @ Compas



* dont décès liés à des traumatismes et empoisonnements ou liés à l'appareil respiratoire

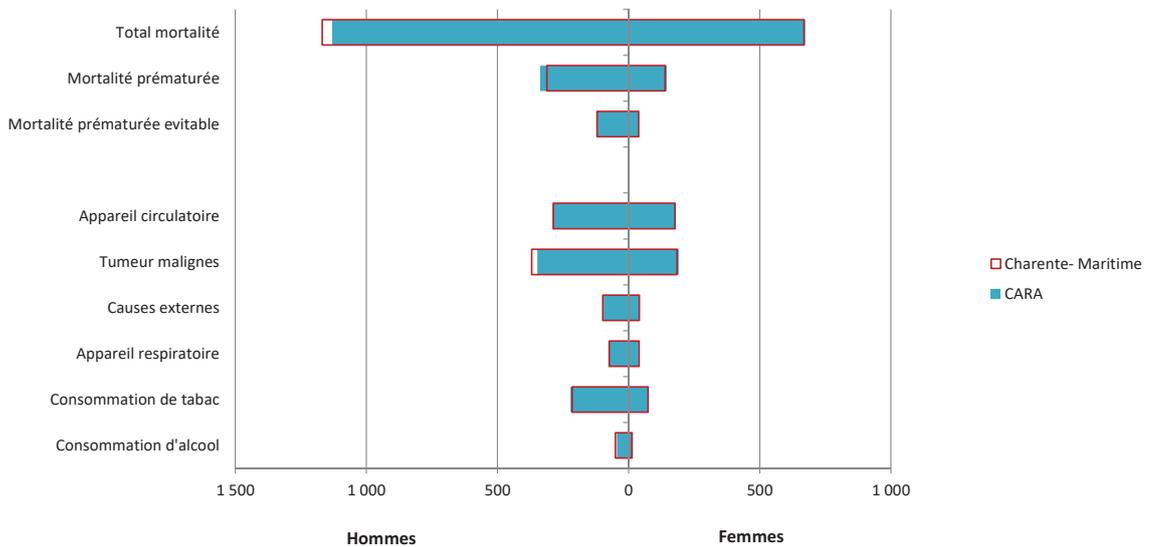
Répartition des décès par cause chez les femmes- CARA - année 2011-2015

Source : ORS Nouvelle Aquitaine 26-10-2020, Traitement @ Compas



Les causes de décès dans la CARA et en Charentes-Maritimes en 2011-2015. Taux pour 100 000 habitants

Source : ORS Nouvelle Aquitaine 26-10-2020, Traitement @ Compas



Une certaine similitude s'observe en matière de décès entre la CA Royan Atlantique et la Charente-Maritime. Si le taux comparatif de mortalité des hommes est légèrement inférieur dans l'intercommunalité, la mortalité prématurée des hommes est au contraire légèrement plus élevée dans la CA Royan Atlantique.

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.

Indépendamment de la pathologie, bénéficiaire d'une prise en charge en ALD peut aussi dépendre de l'appréciation du médecin sur les capacités de leur patient à prendre en charge financièrement ou pas une partie des frais inhérents à son traitement. Elle peut également être un facteur incitatif permettant au patient de s'inscrire dans une démarche de soins dans la durée.

La morbidité approchée par les Affections de Longues Durées (ALD) et les invalidités

Les personnes gérées par la CPAM en ALD au 27 Novembre 2020

Source : CPAM de la Charente- Maritime

Au 27 Novembre 2020	Personnes en ALD		Personnes en invalidité*	
	Nombre	Part parmi les personnes gérées par la CPAM %	Nombre	Part parmi les personnes gérées par la CPAM %
CARA Nord*	3 125	22	161	1,5
CARA Sud*	2 664	24	101	1,4
CARA Est*	4 662	22	299	1,6
CARA Ouest	8 288	26	375	1,2
Rohan	5 003	27	236	1,3
CARA Ouest hors Rohan	3 285	26	139	1,1
CARA hors Rohan	13 755	23	860	1,5
CA Rohan Atlantique (CARA)	18 758	24	1 096	1,4
Charente Maritime	114 342	20	8 572	1,5

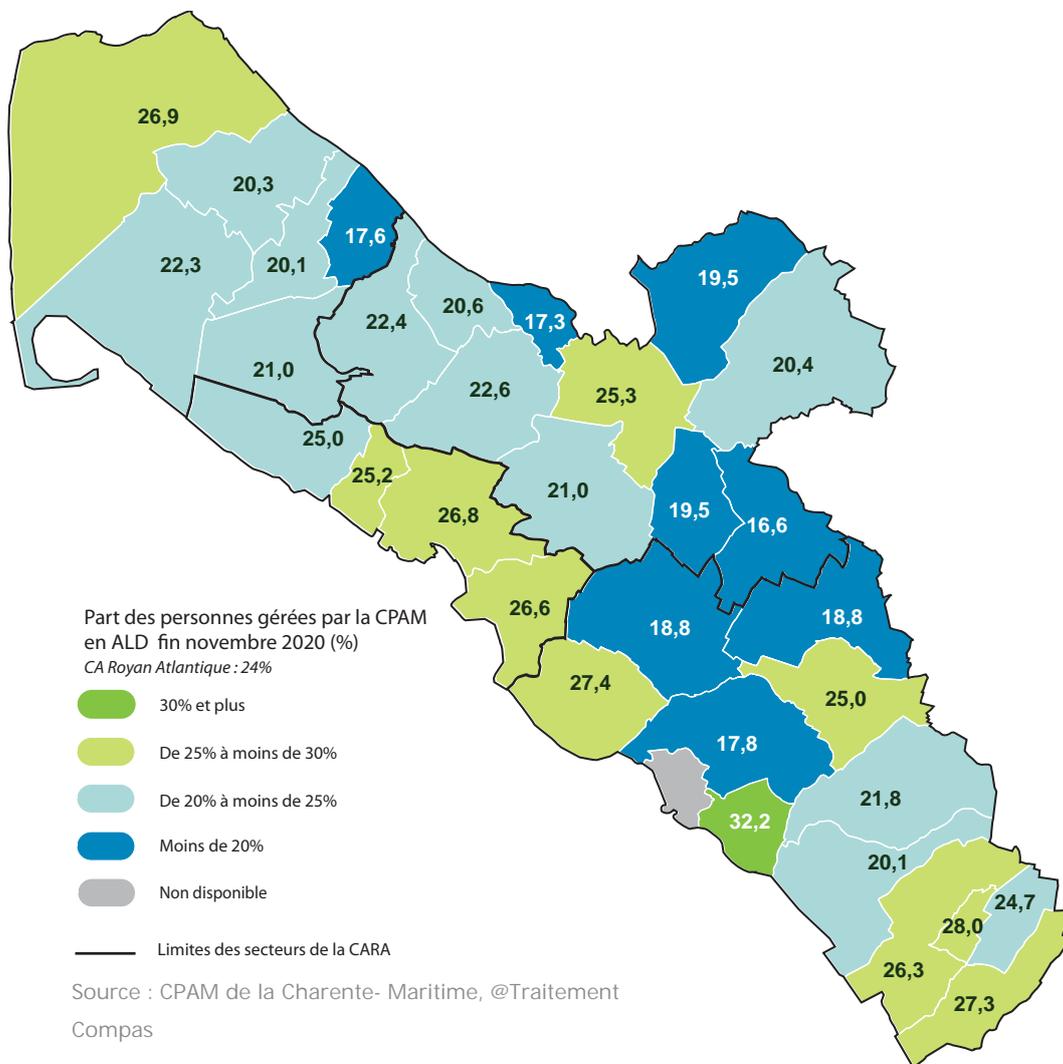
Données non disponibles pour Chaillevette, Les Mathes et St Augustin (CARA Nord); Le Chay et L'Éguille (CARA Est); Arces, Barzan, Boutenac- Touvent, Brie-ss- Mortagne, Floirac, Talmont-s/Gironde, Chenac-St-Seurin-d'Uzet, Epagnes et Grezac (CARA Sud)

Fin Novembre 2020, près de 18 760 habitants de la CA Rohan Atlantique gérés par la Cpm bénéficiaient d'une prise en charge pour une Affection Longue Durée (ALD), soit 23% des bénéficiaires du régime général. Cette proportion est proche de celle du département mais est plus prononcée que la moyenne nationale.

Une certaine disparité géographique s'observe au sein de la CA Rohan Atlantique, 22% des assurés sociaux gérés par la Cpm ayant une prise en charge en ALD dans les secteurs Nord et Est contre 26% dans le secteur Ouest. Ce dernier secteur est également celui qui compte le plus de personnes âgées au sein

de sa population.

Près de 1 090 personnes sont par ailleurs reconnues en invalidité, soit 1,4% des personnes gérés par la Cpm fin 2020 habitant dans la CA Rohan. Ce taux de couverture est comparable à la moyenne départementale.



Les pathologies des bénéficiaires des 3 principaux régimes de l'assurance maladie en 2017

Source : ORS Nouvelle Aquitaine 26-10-2020, Traitement @ Compas

CARA En 2017	Prévalence* p 100 000 habitants		Prévalence* p 100 000 habitants Charentes- Maritime	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Bénéficiaires des 3 principaux régimes de l'Assurance maladie (Cnamts, CCMSA, RSI) en ALD	22 529	16 440	23 066	17 563
ALD par affection				
ALD pour maladies de l'appareil circulatoire	7 913	3 492	7 920	3 498
ALD pour tumeurs malignes	3 637	3 143	3 700	3 338
ALD pour maladie Alzheimer et autres démences	1 789	2 782	1 961	3 381
ALD pour diabète (I et II)		2 849		3 098

* Structure par âge de la population de la France entière

Les données statistiques diffusées par l'ORS de Nouvelle Aquitaine sont plus anciennes (fin 2017) mais apporte une vision plus globale portant sur les bénéficiaires de l'assurance maladie des différents régimes. Les prévalences des maladies chroniques chez les bénéficiaires en ALD permettent de mettre en évidence l'importance des personnes en ALD atteintes de maladies de l'appareil circulatoire et plus particulièrement des hommes. En effet, près de 23% des hommes et 16% des femmes bénéficiaires d'une couverture médicale en ALD dans la CARA sont atteints de rhumatismes, cardiopathies, maladies vasculaires

cérébrales entre autres.

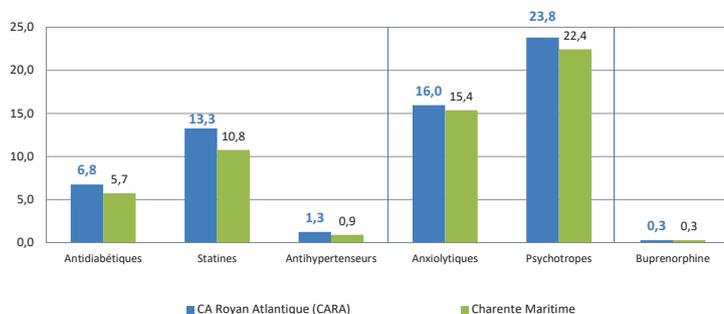
Les cancers sont les deuxièmes grands types de maladies chroniques dont souffrent ces bénéficiaires suivi de la maladie d'Alzheimer et démences associées.

Les hommes sont plus fréquemment atteints que les femmes de maladies chroniques. Les femmes souffrent par ailleurs d'une variation plus grandes de troubles tandis que les hommes sont très majoritairement atteints de maladies de l'appareil circulatoire.

La morbidité approchée par les consommations de soins

Part des personnes gérées par la CPAM au 27 Novembre 2020 ayant une délivrance de médicaments en 2019

Source : CPAM de la Charente- Maritime, Traitement @ compas

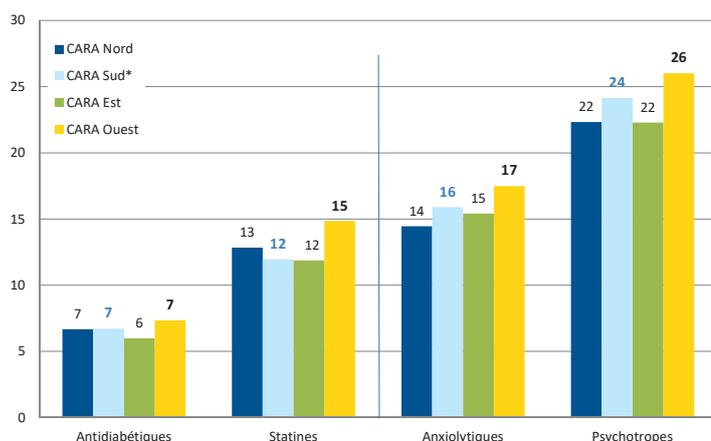


L'état de santé des habitants outre la présence des bénéficiaires de l'assurance maladie dans le dispositif de l'ALD peut également être appréhendé au travers des consommations de soins. Bien qu'imparfaite (car elle se base sur les seules personnes prises en charge), cette approche apporte une connaissance précieuse de la situation du territoire au regard de la moyenne départementale.

Elle permet de mettre en évidence l'importance des consommations de médicaments traitant de troubles et souffrances psychologiques tant en Charente-Maritime que dans la CA Royan Atlantique. En effet, 24% des bénéficiaires de l'assurance maladie gérés par la Cpm ont consommé en 2019 au moins un psychotrope (22% en Charente-Maritime) et 16% des anxiolytiques (15% en Charente-Maritime).

Part des personnes gérées par la CPAM au 27 Novembre 2020 ayant une délivrance de médicaments en 2019- Secteur de la CARA

Source : CPAM de la Charente- Maritime, Traitement @ compas



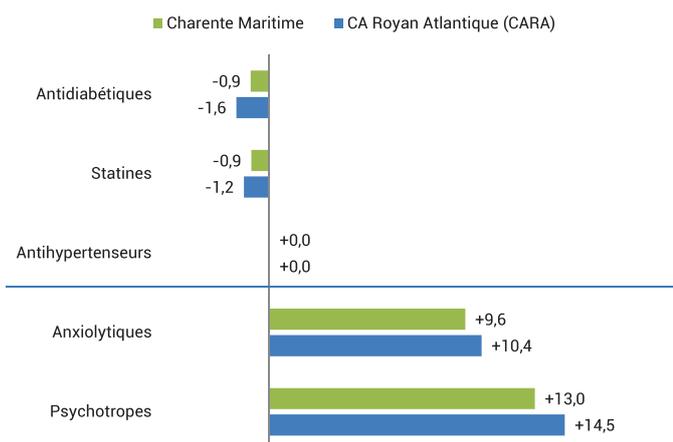
En comparaison, 13% des bénéficiaires ont consommé en 2019 des statines, 6% des antidiabétiques et près d'1% des antihypertenseurs. Ces médicaments sont les principaux médicaments prescrits pour lutter contre les maladies cardiovasculaires bien que l'emploi de la statine fasse l'objet de débats.

Les habitants de la CA Royan Atlantique se sont vus prescrire plus fréquemment ces différents médicaments qu'en moyen l'ensemble des habitants de Charente-Maritime.

* Données non disponibles pour Arces, Barzan, Boutenac- Touvent, Brie-ss- Mortagne, Foirac, Talmont-s/Gironde (CARA Sud);

Ecart entre femmes et hommes de la part de personnes ayant eu une délivrance de médicaments en 2019

Source : CPAM de la Charente- Maritime, Traitement @ compas



La consommation entre habitants des différents secteurs varie peu bien que les habitants du secteur Ouest plus âgés soient plus nombreux en proportion à se voir prescrire ces différents types de médicaments.

Les écarts entre hommes et femmes en matière de consommations de soins sont au contraire très marqués, les femmes se voyant prescrire 2 fois plus souvent d'anxiolytiques et psychotropes que les hommes, soit 20% d'entre elles contre 9% des hommes. Les différences sont plus tenues pour les médicaments prescrits pour les maladies cardiovasculaires ces derniers étant plus souvent consommés par les hommes.

L'offre de soins libérale

L'offre de soins proposée à la population sur un territoire impacte directement son état de santé. En effet, l'absence de professionnels de santé ou même leur éloignement quant à ses praticiens peuvent être un frein aux soins. Dans la CA Royan Atlantique, on recense 63 médecins généralistes (en équivalent Temps plein), soit 7,6 médecins pour 10 000 habitants. Ainsi, le territoire est moins bien doté que la France Métropolitaine où l'on compte 9 médecins pour 10 000 habitants. On recense 35 médecins pour 10 000 habitants âgés de 75 ans et plus et de moins de 3 ans dans l'intercommunalité contre 56 en France métropolitaine. Cette densité médicale devrait diminuer à près de 23 médecins en 2032 dans l'hypothèse d'une stabilité de l'offre.

Le nombre de ces professionnels de santé de 1ère ligne a diminué d'une trentaine au cours des 10 années précédentes. Elle s'accompagne d'un vieillissement de ces omnipraticiens.

En outre, ces praticiens sont inégalement répartis dans le territoire, le secteur sud étant sous-doté, seuls 5 médecins généralistes étant installés début 2021 pour plus de 13 000 habitants recensés en 2017.

L'offre paramédicale, notamment des infirmières et des masseurs-kinésithérapeutes, est également inférieure à la moyenne nationale au regard des populations les plus fragiles, soit les personnes âgées de 75 ans et plus. 9,8 infirmiers sont recensés en 2019 pour 1 000 habitants de 75 ans et plus dans la CARA contre 15,4 pour 1 000 en moyenne nationale.

L'APL indicateur synthétique permet d'estimer la qualité de l'offre de soins en tenant compte de la proximité et de la disponibilité. Celui-ci montre que l'offre de soins en médecins généralistes répond aux besoins de la population, mais pas toujours de manière satisfaisante. La CARA se distingue par ailleurs par une diminution importante de l'offre de soins depuis 2015. Cette baisse correspondant à 0,7 consultation ou visites de moins par an et par habitant est 2 fois plus élevée qu'en moyenne départementale pour les médecins de moins de 65 ans. Elle s'élève à plus d'une consultation par an et par habitant dans le secteur Ouest, 1,2 dans la ville de Royan.

Quelles sont les réponses existantes sur le territoire concernant l'offre de soins ?

Panorama général de l'offre de soins et des services sanitaires

Sources : CARA février 2021, BPE, 2019 & Insee, RP 2017 - Traitements © Compas

	Nombre de praticiens en exercice			Densité pour 1 000 habitants	Densité pour 1 000 publics cibles	Public cible
	CA Royan Atlantique	dont Royan	dont CARA hors Royan			
La médecine libérale						
Médecin omnipraticien	63	14	49	0,76	3,47	% hab. de moins de 6 ans ou de 75 ans et plus
Ophthalmologiste	8	6	2	0,10	0,10	% habitants
Chirurgien dentiste	55	27	28	0,67	0,67	% habitants
Stomatologie	4	3	1	0,05	0,05	% habitants
Gynécologue (médicale et obstétrique)	-	-	-	-	-	% femmes de 15 ans et plus
Pédiatrie	1	1	0	0,01	0,03	% enfants de moins de 10 ans
Dermatologue vénéréologue	1	1	0	0,01	0,01	% habitants
Oto-rhino-laryngologie	4	4	0	0,05	0,22	% hab. de moins de 6 ans ou de 75 ans et plus
Psychiatre	11	1	10	0,13	0,13	% habitants
Cardiologue	13	3	10	0,16	0,39	% habitants de 50 ans et plus
Pneumologue	2	2	0	0,02	0,06	% habitants de 50 ans et plus
Gastro-entérologie hépatologie	5	4	1	0,06	0,15	% habitants de 50 ans et plus
Radiodiagnostic et imagerie médicale	7	5	2	0,08	1,10	% habitants
Les autres professionnels de santé libéraux						
Infirmier	147	50	97	1,78	9,77	% hab. de 75 ans et plus
Masseur kinésithérapeute	103	35	68	1,25	6,84	% hab. de 75 ans et plus
Orthophoniste	14	3	11	0,17	0,36	% enfants de moins de 10 ans
Orthoptiste	10	7	3	0,12	0,12	% habitants
Pédicure-podologue	29	9	20	0,35	1,93	% hab. de 75 ans et plus
Ergothérapeute	-	-	-	-	-	% hab. de 75 ans et plus
Psychomotricien	2	1	1	0,02	0,11	% hab. de moins de 6 ans ou de 75 ans et plus
Sage-femme	10	3	7	0,12	1,05	% femmes de 15-44 ans
Les établissements et services à caractère sanitaire						
Audio prothésiste	3	1	2	0,04	0,20	% hab. de 75 ans et plus
Opticien-lunetier	-	-	-	-	-	% habitants
Magasin d'optique*	28	12	16	0,34	0,34	% habitants
Pharmacie	32	11	21	0,39	0,39	% habitants
Laboratoire d'analyse	4	2	2	0,05	0,05	% habitants
Ambulances	8	2	6	0,10	0,53	% hab. de 75 ans et plus
				Moins de deux fois moins que la moyenne nationale		
				Plus de deux fois la moyenne nationale		

Les soins primaires portent sur l'ensemble des services de santé de première ligne, c'est-à-dire la médecine générale mais aussi d'autres spécialités médicales de premier recours que sont les ophtalmologistes, les dentistes, les infirmières ainsi que les kinésithérapeutes. Rapportés à la population totale, le nombre de professionnels médicaux de 1ère ligne est supérieur à la moyenne nationale. Toutefois, la fréquentation de ces professionnels par la population n'est pas comparable entre les âges, les personnes âgées de 75 ans comme les enfants âgés de moins de 6 ans constituant la grande partie de leur patientèle. La CA Royan Atlantique est dès lors sous-dotée en professionnels de soins primaires, à l'exception des ophtalmologistes au regard de ces populations. L'écart est particulièrement prononcé pour les médecins généralistes et s'observe dans une moindre mesure pour les infirmiers (chevilles ouvrières du maintien des personnes âgées à domicile)

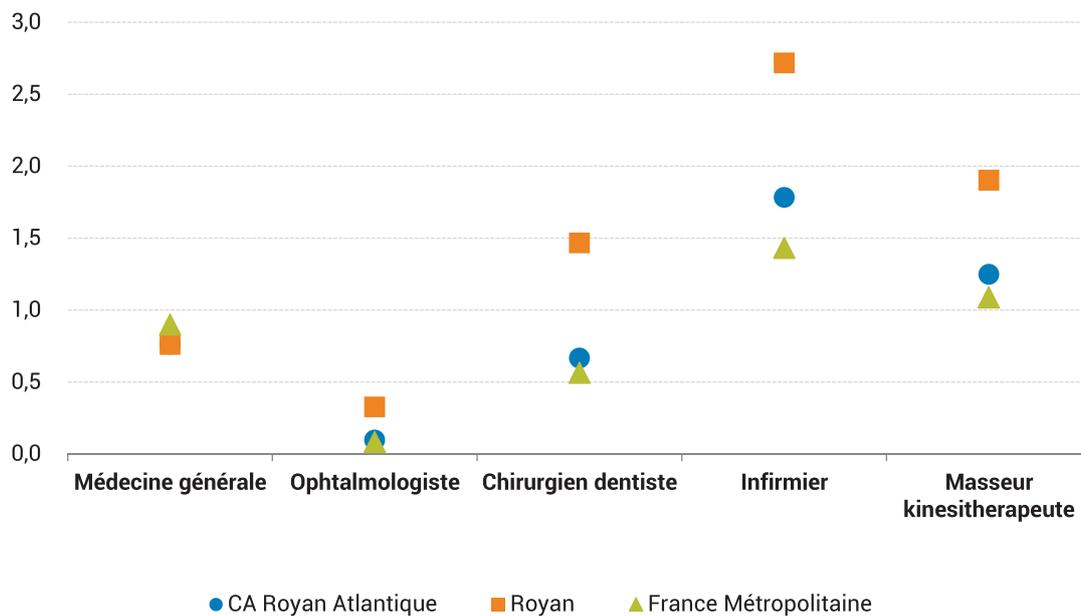
et les masseurs kinésithérapeutes.

La confrontation de l'offre de soins dans la CA Royan Atlantique à celle de l'ensemble de la France métropolitaine permet d'avancer que la CARA occupe une position relativement favorable au regard de la moyenne nationale pour un certain nombre de spécialités : stomatologie, d'ORL, de gastro-entérologie hépatologie et radiologie médicale et dans une moindre mesure en ophtalmologie et en chirurgie dentaire. La présence dans son territoire d'un Centre hospitalier et de polycliniques peut expliquer ce résultat.

Au contraire, un manque important d'orthophonistes et de pédiatres est par ailleurs sensible dans l'intercommunalité.

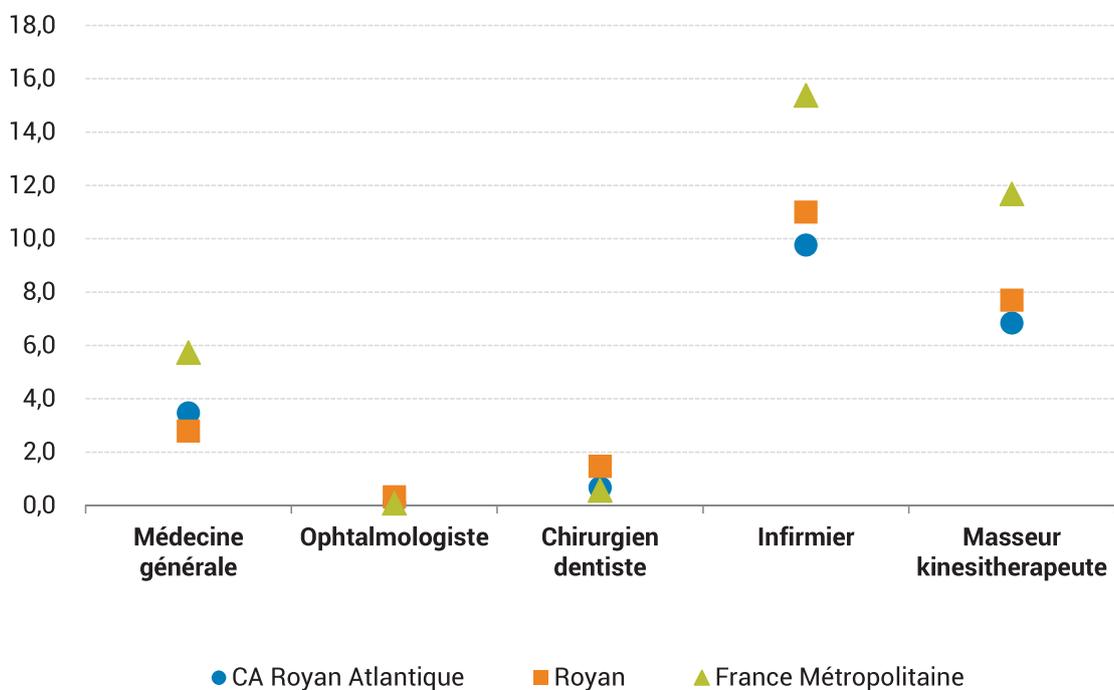
Densité médicale pour 1 000 habitants

Sources : CARA février 2021, BPE, 2019 & Insee, RP 2017 - Traitements © Compas



Densité médicale pour 1 000 habitants âgés de moins de 6 ans ou de 75 ans et plus

Sources : CARA février 2021, BPE, 2019 & Insee, RP 2017 - Traitements © Compas



L'offre de soins de premier recours est-elle en adéquation avec les besoins théoriques des habitants en matière de santé ?

Professionnels et structures de premier recours

Sources : CARA 03/02/2021, SNDS, 2019 & Insee, RP 2017 - Traitements © Compas

	Medecins généralistes libéraux	Densité médicale des médecins généralistes libéraux (% habitants)	Densité médicale des médecins généralistes libéraux (% habitants de moins de 6 ans ou de 75 ans et plus)	Centre de santé Polyvalent	Maison de Santé Pluridisciplinaire
CARA Nord	13	0,9	4,3	1	0
CARA Sud	5	0,4	2,0	0	1
CARA Est	19	0,8	4,4	0	1
CARA Ouest	26	0,8	3,1	1	0
Royan	14	0,8	2,8	1	0
CARA Ouest hors Royan	12	0,9	3,6	0	0
CARA hors Royan	49	0,8	3,7	0	0
CA Royan Atlantique	63	0,8	3,5	0	2
CA de Saintes	71	1,2	6,8	0	0
CC du Bassin de Marennes	13	0,8	4,5	0	0
CC Cœur de Saintonge	8	0,5	2,9	0	1
CC de Gemozac et de la Saintonge viticole	13	0,9	5,6	0	0
CC de la Haute Saintonge	61	0,9	4,8	0	5
CA Rochefort Ocean	67	1,1	6,0	0	0
Charente-Maritime	674	1,0	5,8	4	19
France entière (Métropolitaine +DOM)	58 534	0,9	5,6	882	1 514

Le code de santé publique désigne le médecin général comme le premier contact des patients avec le système de santé, même si en pratique ce n'est pas toujours le cas. C'est aussi le médiateur nécessaire entre le patient et le système de santé quand des soins plus spécialisés sont nécessaires. Il veille à l'application individualisée des protocoles et recommandations, à l'éducation pour la santé et participe à la permanence des soins.

La CA Royan Atlantique compte 64 médecins généralistes exerçant en libéral début février 2021 dont 6 pratiquent à temps partiel, soit 63 équivalents temps plein. La densité médicale d'omnipraticiens est ainsi de 76 médecins pour 10 000 habitants contre 90 pour 10 000 en moyenne nationale. Le recours aux soins est plus fréquent chez les enfants de moins de 6 ans et les personnes âgées de 75 ans et plus. La densité médicale au regard de ces publics cibles s'élève à 35 pour 10 000 habitants âgés de moins de 6 ans ou de 75 ans et plus contre 57 pour 10 000 à l'échelle nationale. Cette densité est ainsi 1,6 fois plus faible qu'à l'échelle nationale.

Le maillage du territoire reste imparfait, 18 communes n'ayant pas de médecins généralistes implantés dans

leur territoire quand Royan en compte 13 (en ETP). Cette inégale répartition sur le territoire peut en partie être compensée par les visites à domicile. Il s'agira de pouvoir évaluer la part de praticiens faisant de telles visites.

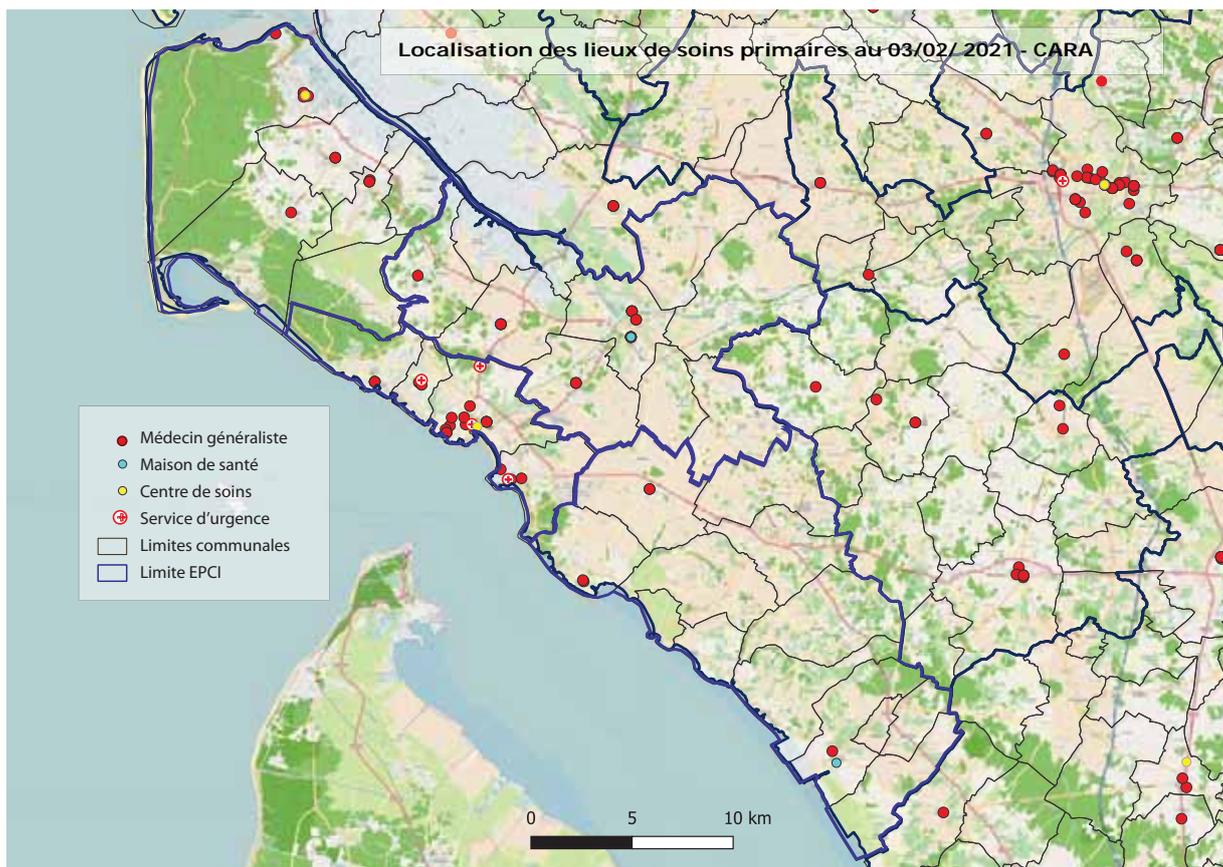
2 maisons de santé pluridisciplinaire sont d'autre part implantées dans le territoire. L'intercommunalité dispose enfin de 4 services d'urgence, ces structures complétant l'offre de soins de 1er recours.

Les médecins généralistes sont des acteurs de santé de proximité. Pour autant, les patients ne consultent pas forcément le professionnel le plus proche. Aussi est-il nécessaire de considérer l'offre médicale présente dans l'ensemble de l'EPCI. Si un habitant de la commune peut consulter un médecin généraliste exerçant dans une commune voisine, de même les professionnels implantés dans le territoire n'ont pas comme patients que des habitants de la commune. Ainsi, 46% des personnes ayant consulté en 2019 un médecin généraliste de la CARA habitent la même commune que leur praticien. La consommation intra-communale est en comparaison de 50% en moyenne dans les communes françaises.

Localisation des lieux de soins primaires

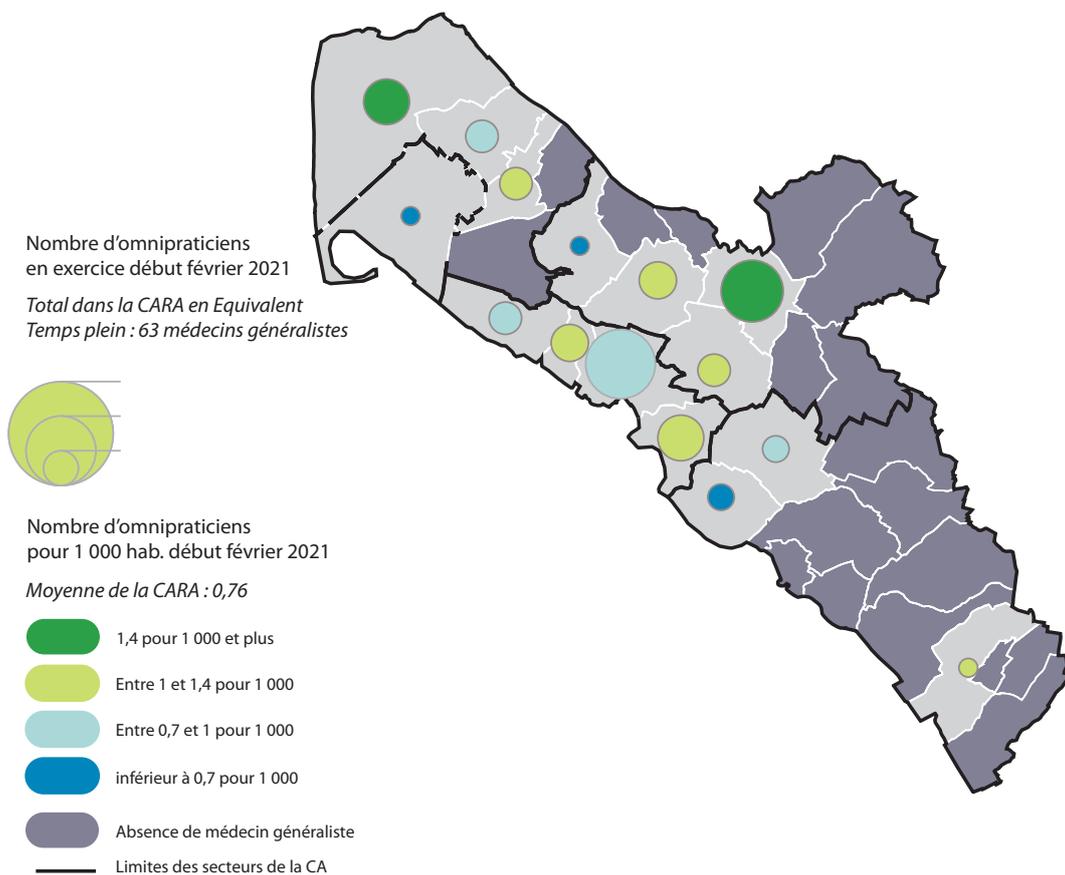
Source : CARA 03/02/2021 et BPE

Offre de soins



La densité médicale des médecins généralistes pour 1 000 habitants

Source : Insee RP 2017, CARA 03/02/2021



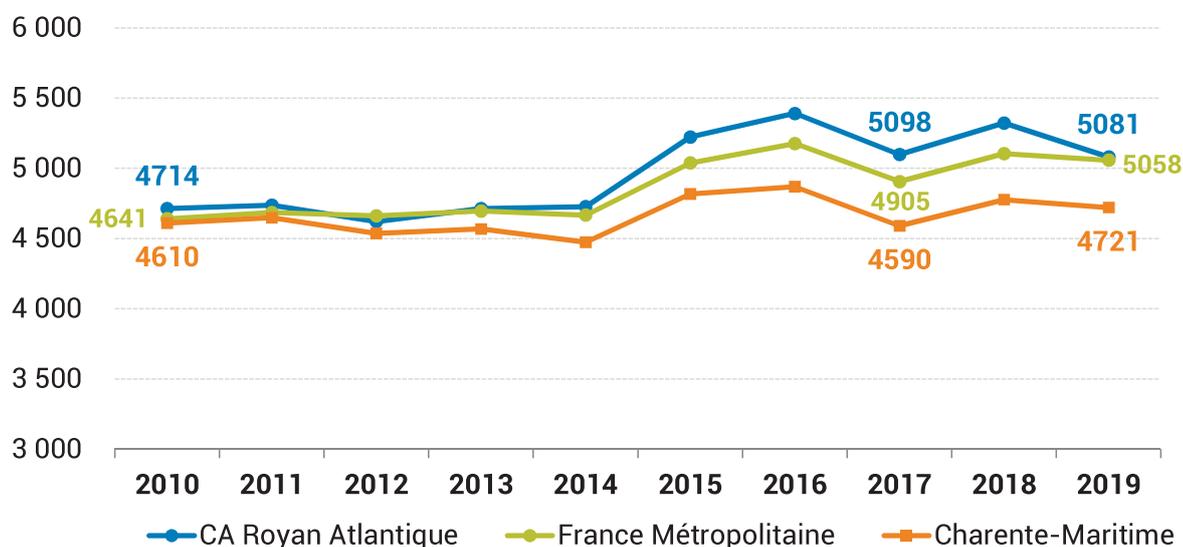
18 communes sur les 33 qui constituent la CARA n'ont aucun médecin généraliste implanté dans leur territoire début février 2021.

Avec près de 10 médecins généralistes pour 10 000 habitants et 40 pour 10 000 habitants âgés de moins de 6 ans ou de 75 ans et plus, le secteur sud enregistre les densités médicales les plus faibles en termes d'offre de médecins généralistes. Seuls 5 médecins généralistes pratiquent dans ce secteur.

• Les médecins généralistes libéraux sont-ils sous tension ?

Evolution de l'activité moyenne quotidienne des médecins généralistes libéraux

Source : SNDS 2010-2019, © Atlasanté et estimation compas



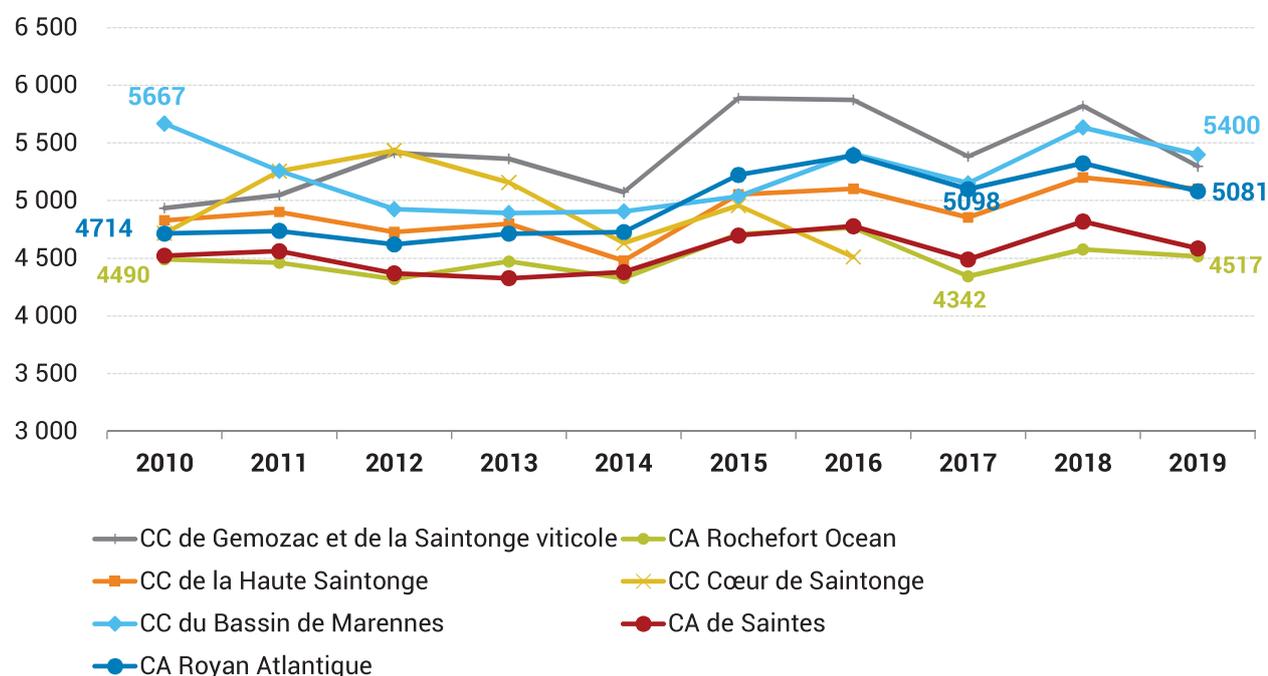
Il est enfin important d'évaluer la pression à laquelle sont soumis les médecins généralistes du territoire.

Les médecins généralistes ont réalisé en moyenne 5 081 consultations en 2 019, soit près de 20 consultations quotidiennes comme dans l'ensemble de la Charente Maritime pour 19 à l'échelle nationale et dans les CA de Saintes et Rochefort Océan. La tension exercée est ainsi plus élevée qu'en France métropolitaine.

Le nombre de consultations réalisées dans l'année a augmenté fortement entre 2014 et 2016 et oscille depuis dans tous les territoires.

Evolution de l'activité moyenne quotidienne des médecins généralistes libéraux

Source : SNDS 2010-2019, © Atlasanté et estimation compas



L'accès aux soins primaires est-il le même dans tout le territoire ?

• L'accès aux soins appréhendé au travers de l'indicateur développé par la DREES : L'APL

L'APL est un indicateur développé par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) qui permet de tenir compte de la proximité et de la disponibilité des médecins généralistes. Cet indicateur est donc plus précis quant à l'offre de soins que ce que les indicateurs traditionnels de densité médicale peuvent offrir. Il n'est cependant disponible qu'à l'échelle de la commune.

L'APL intègre dans son calcul :

- l'activité des médecins (mesurée par la nombre de consultations ou visites effectuées par le praticien),
- la consommation de soins,
- le temps d'accès au praticien,
- l'âge du médecin généraliste,
- le nombre d'habitants sur le territoire.

Un indicateur d'APL supérieur à 4 consultations par an par habitant (C/an/hab.) (moyenne nationale), équivaut à une offre de soins en médecins généralistes qui répond de manière satisfaisante aux besoins de la population.

À l'inverse, un indicateur inférieur à 2,5 C/an/hab. équivaut à une offre médicale insuffisante, le territoire est qualifié de «sous-dense».

Entre 4 et 2,5 C/an/hab. le territoire étudié est dans un vivier où l'offre en médecins généralistes répond aux besoins de la population mais pas toujours de manière satisfaisante.

Compte tenu de la structure par âge de la population, les habitants de la CARA ont accès en moyenne à 3,8 consultations ou visites de médecine générale par an et par habitant.

Ce chiffre baisse à 3,2 quand on restreint l'offre de médecine générale à celle fournie par les médecins de 65 ans ou moins (voir carte ci-contre).

Au regard de l'indicateur d'APL, l'intercommunalité dispose d'une offre de soins en médecins généralistes qui répond aux besoins de la population, mais pas toujours de manière satisfaisante. Cependant, de fortes disparités sont observées entre les communes qui composent la communauté d'agglomération. Ainsi, 5 communes sur les 33 qui composent le territoire sont qualifiées de «sous-denses» (APL inférieure à 2,5 C/an/hab.), à savoir les communes de Mortagne-sur-Gironde, Barzan, Talmont-sur-Gironde, Meschers-sur-Gironde et Les Mathes. Les communes de Saint-Palais-sur-Mer,

Arces, Chenac-St Seurin- d'Uzet et Floirac les rejoignent au regard de l'offre de soins fournie par les médecins de 65 ans ou moins.

A l'inverse, l'offre de soins en médecins généralistes répond de manière satisfaisante (APL supérieure à 4 C/an/hab.) aux besoins de la population dans 9 communes de la CA : Royan, St George de Didonne, Semussac, Médis, St Sulpice-de-Royan, Breuillet, Mornac-sur-Seudre, l'Eguille et St Romain-de-Benet.

Si l'on s'intéresse à l'indicateur d'APL en médecins généralistes de moins de 65 ans, le nombre de communes ayant une offre satisfaisante passe de 9 à 6 communes.

Ainsi, les potentiels départs en retraite des médecins généralistes âgés de 65 ans et plus diminuent la qualité de l'offre de soins dans le territoire.

Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes

Source : DREES 2015-2018 & Exploitation © Compas

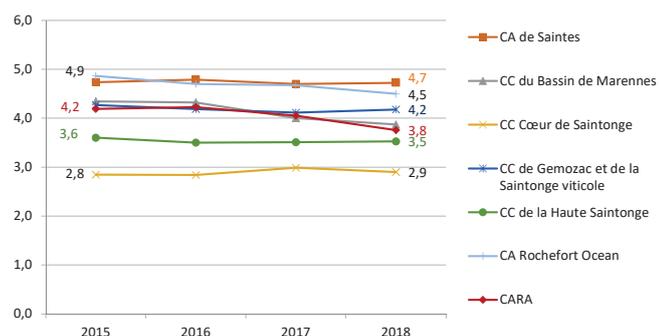
	APL aux médecins généralistes		Evolution 2015-2018	APL aux médecins généralistes de moins de 65 ans		Evolution 2015-2018
	2015	2018		2015	2018	
CARA Nord	3,5	3,3	-0,2	3,5	3,3	-0,2
CARA Sud	3,3	3,0	-0,3	2,9	2,4	-0,5
CARA Est	4,6	4,3	-0,3	4,4	3,8	-0,6
CARA Ouest	4,5	3,9	-0,7	4,3	3,2	-1,1
Royan	4,8	4,1	-0,7	4,5	3,4	-1,2
CARA Ouest hors Royan	4,2	3,6	-0,7	4,0	2,9	-1,1
CARA hors Royan	4,0	3,7	-0,4	3,8	3,2	-0,6
CARA	4,2	3,8	-0,4	4,0	3,2	-0,7
CA de Saintes	4,7	4,7	0,0	4,5	4,3	-0,2
CC du Bassin de Marennes	4,3	3,9	-0,5	4,0	3,6	-0,4
CC Cœur de Saintonge	2,8	2,9	0,1	2,8	2,6	-0,2
CC de Gemozac et de la Saintonge viticole	4,3	4,2	-0,1	4,0	3,8	-0,2
CC de la Haute Saintonge	3,6	3,5	-0,1	3,3	3,1	-0,2
CA Rochefort Ocean	4,9	4,5	-0,4	4,6	4,1	-0,5
Charente- Maritime	4,5	4,4	-0,1	4,3	4,0	-0,3

Offre de soins

En outre, la CA Royan Atlantique se distingue par l'importance de la dégradation de l'offre de soins en médecine générale depuis 2015 tant au regard de la moyenne départementale qu'au regard des intercommunalités voisines. Cette détérioration est particulièrement sensible pour l'offre fournie par les professionnels âgés de moins de 65 ans. L'indicateur synthétique de l'APL aux médecins de moins de 65 ans a diminué de 0,7 consultation par an et par habitants entre 2015 et 2018 dans la CARA contre 2 fois moins dans l'ensemble de la Charente Maritime (-0,3). Cette baisse s'élève à plus d'une consultation par an et par habitant dans le secteur Ouest, 1,2 dans la ville de Royan.

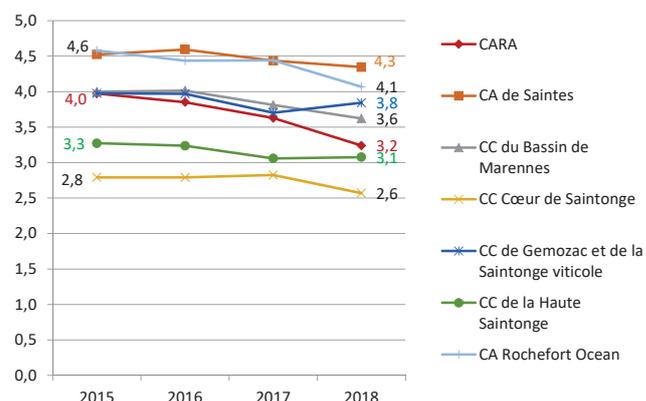
Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de 2015 à 2018

Source : DREES 2015-2018 & Exploitation © Compas



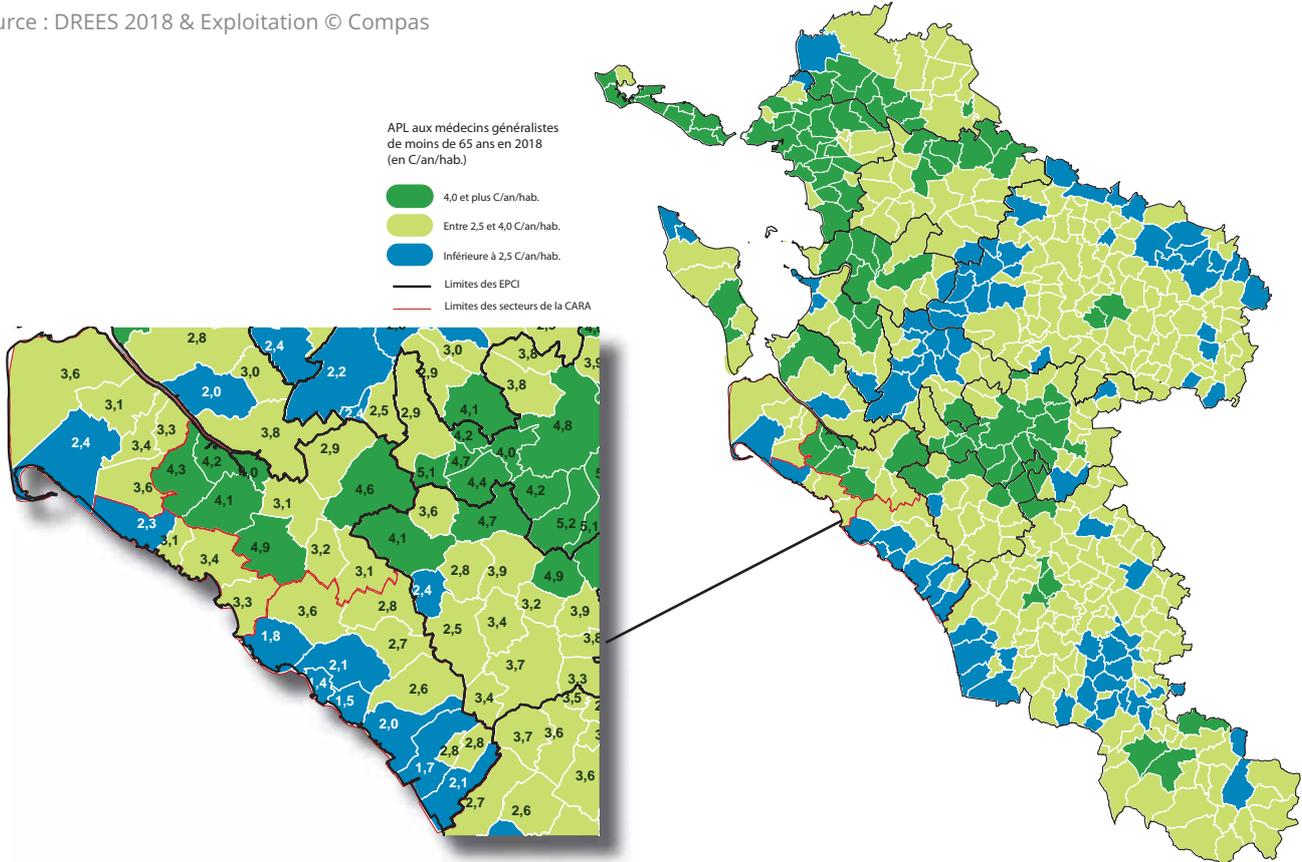
Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans 2015 à 2018

Source : DREES 2015-2018 & Exploitation © Compas



Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans en 2018 dans la CA Royan Atlantique

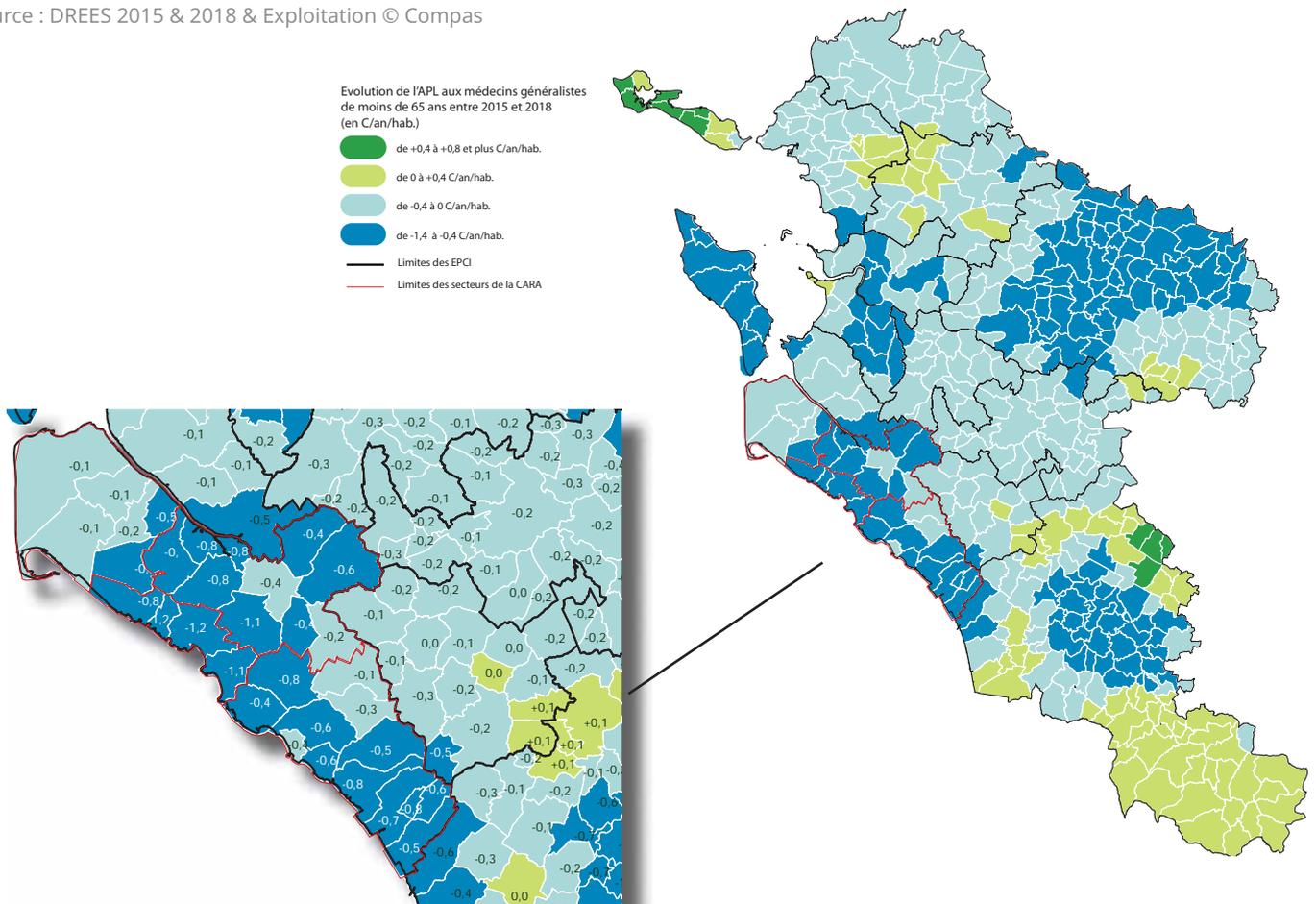
Source : DREES 2018 & Exploitation © Compas



Offre de soins

Évolution de l'accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans en 2016 dans la CA Royan Atlantique

Source : DREES 2015 & 2018 & Exploitation © Compas

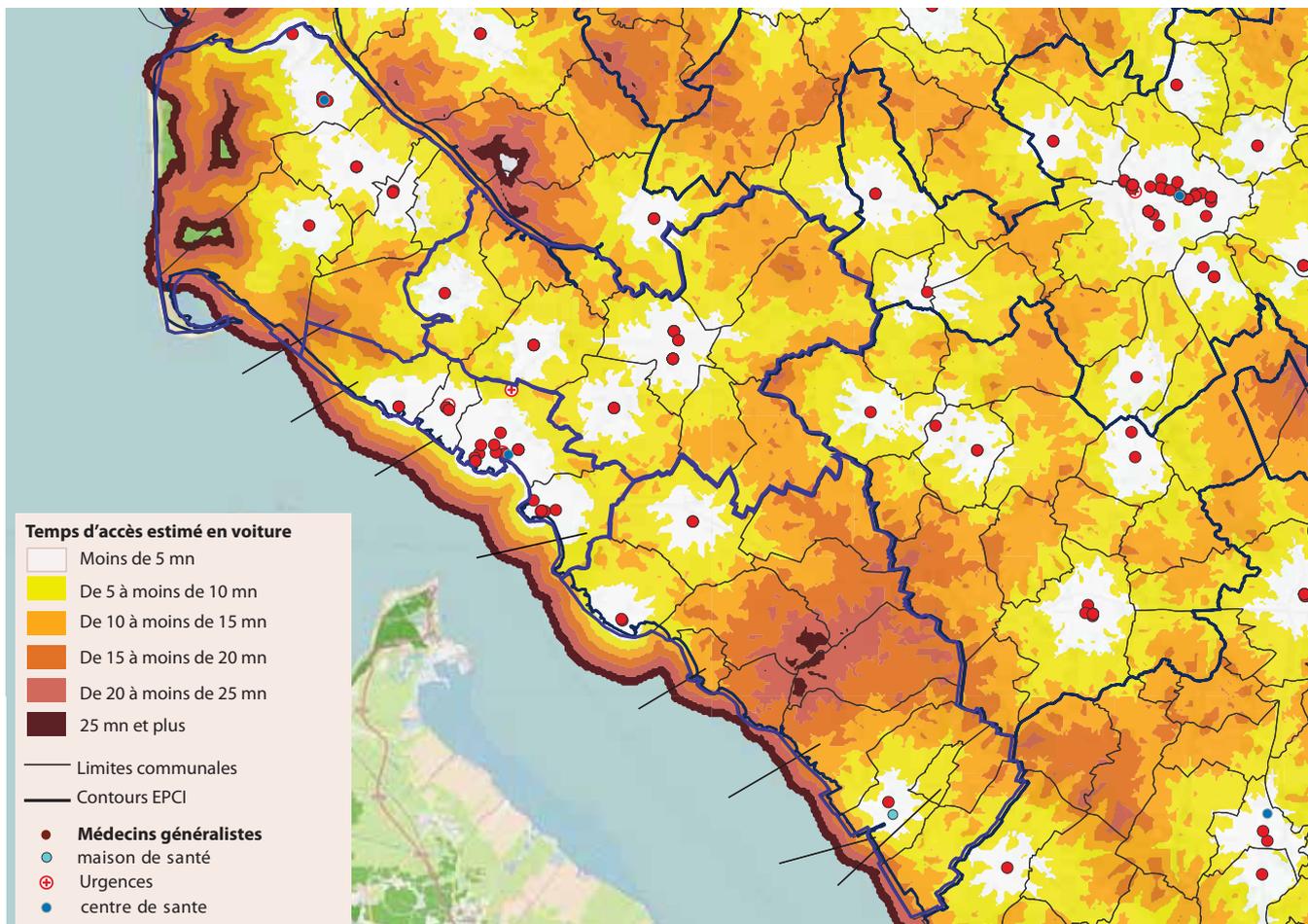


• La distance physique au médecin généraliste le plus proche

Estimation du temps de trajet moyen pour se rendre chez le médecin généraliste le plus proche en voiture (en minutes)

Source : CARA 03/02/2021, Insee, BPE 2019, OSM & estimations compas

Offre de soins



C'est autour des communes d'Arces, Cozes, Barzan, Epargnes et Grezac que le temps estimé pour se rendre chez le médecin généraliste le plus proche est le plus important, allant de 15 minutes en voiture à plus de 25 minutes. A l'inverse, les communes du Nord de la CA Royan Atlantique ont la plupart d'entre elles un temps d'accès estimé à 10 mn en voiture ou moins. Les communes de St Augustin, Sablonceaux et St Romain de Benet enregistrent des temps d'accès intermédiaire situés entre 10 et moins de 20 minutes en voiture.

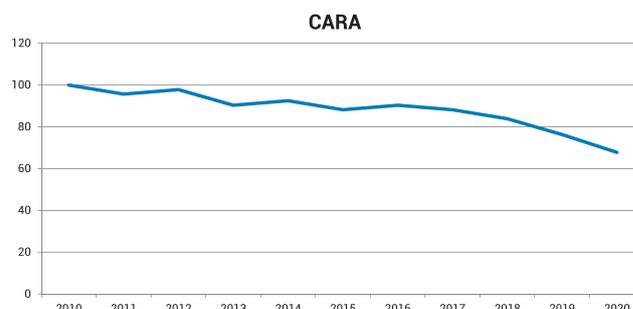
Les besoins de demain en termes de soins primaires

• La répartition par âge des médecins généralistes libéraux

Évolution du nombre de médecins généralistes depuis 2010 en base 100 (Année de référence :2010)

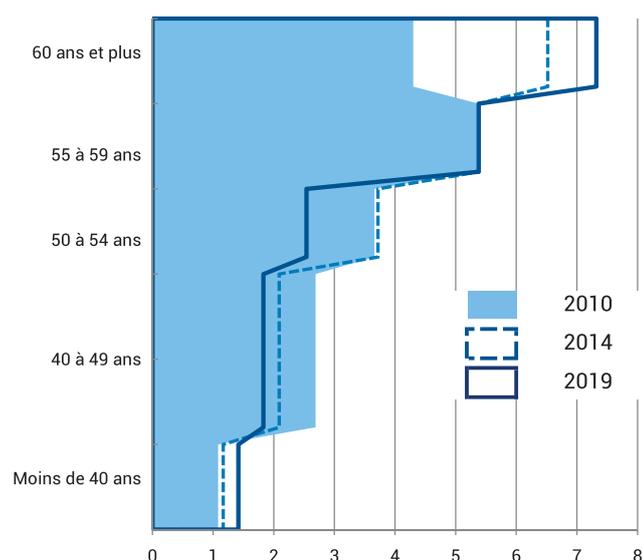
Source : FNPS

Depuis 2010, le nombre de médecins généralistes installés dans le territoire de la CA Royan Atlantique très fortement diminuer, soit de 32%. La CARA a ainsi perdu 30 praticiens en près de 10 ans.



Répartition par âge des médecins généralistes entre 2010 et 2019 dans la CA Royan Atlantique

Source : SNDS, 2010-2014 & 2019 - Traitements © Compas



Répartition par âge des médecins généralistes

Source : SNDS, 2019 - Traitements © Compas



Lecture : En 2019, La Charente-Maritime compte 31,5% de médecins généralistes âgés de 60 ans et plus.

L'âge des médecins généralistes en exercice est également une information majeure permettant d'anticiper l'évolution de l'offre dans le territoire. Le départ en retraite des médecins âgés de 55 ans et plus dans 10-15 ans s'il n'est pas préparé peut en effet réduire brutalement l'offre de soins en la matière.

La confrontation de la répartition par âge des médecins généralistes en exercice dans la CARA en 2010, 2014 et 2019 met en évidence un vieillissement grandissant de ces professionnels : 48% des omnipraticiens installés dans l'intercommunalité avait 55 ans et plus en 2010, contre 53% en 2014 et 60% en 2019. Le départ en retraite des médecins généralistes les plus âgés se traduira dans les années à venir par un rajeunissement mécanique de ce corps médical plus ou moins accentué par l'installation de jeunes praticiens. Cette dynamique sera révélatrice d'une réduction de l'offre de soins dans le territoire si aucun nouveau omnipraticien ne s'installe dans la CARA d'ici là.

Les médecins généralistes pratiquant dans la CA Royan Atlantique sont par ailleurs moins jeunes qu'en moyenne en Charente Maritime et en France métropolitaine. Alors que 60% des médecins généralistes en activité dans la CARA étaient âgés de 55 ans et plus en 2019, seuls 48% d'entre eux étaient dans ce cas en Charente-Maritime et 53% en France métropolitaine.

L'offre en médecine générale en 2032

Source : données CARA, Insee, RP 2017 & Projections © Compas

	Nb de médecins généralistes en ETP au 03/02/2021	Taux ‰ habitants		Taux ‰ habitants âgés de 75 ans et plus et de moins de 5 ans*	
		au 03/02/2021	en 2032**	au 03/02/2021	en 2032**
CARA Nord	13	0,9	0,8	4,5	3,0
CARA Sud	5	0,4	nd	2,1	nd
CARA Est	19	0,8	0,7	4,5	2,6
CARA Ouest	26	0,8	0,7	3,2	1,9
<i>Royan</i>	14	0,7	0,6	2,8	1,8
<i>CARA Ouest hors Royan</i>	12	0,9	0,9	3,7	2,1
CA Royan Atlantique	63	0,8	0,7	3,6	2,3

* Projections Compas réalisables uniquement pour les moins de 5 ans

** dans l'hypothèse d'un maintien de la situation observée au 03/02/2021

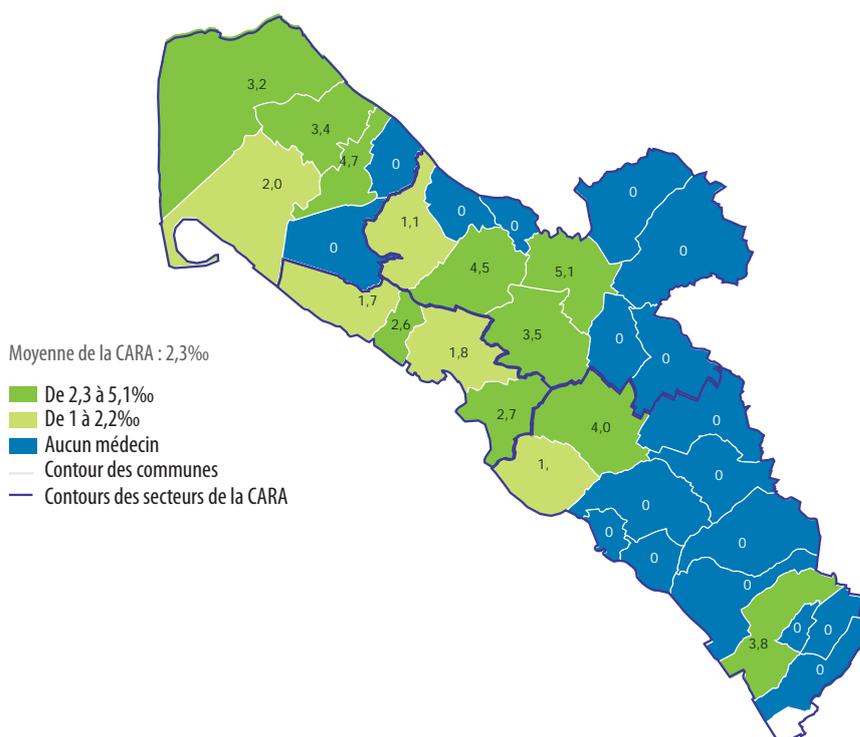
Si le nombre actuel de médecins généralistes restait identique en 2032, le taux de médecins généralistes pour 1000 habitants âgés de moins de 5 ans ou de 75 ans et plus serait de 2,3‰ dans la CARA en 2032 contre 3,6‰ en moyenne début février 2021.

17 communes sur 33 composant l'intercommunalité n'ont aucun médecin généraliste en exercice dans leur territoire. Notons enfin, que la densité médicale

de médecin n'a pu être estimée pour le secteur Sud, du fait du faible nombre d'habitants dans de nombreuses communes. Dans l'hypothèse d'une stabilité de l'offre, la densité médicale diminuera dans l'ensemble de la CARA et plus particulièrement dans le secteur Est. Le secteur Nord deviendra le mieux doté au regard de sa population, l'écart se creusant avec le reste de l'intercommunalité.

Taux de médecins généralistes pour 1 000 habitants âgés de 75 ans et plus et de moins de 5 ans en 2032

Source : CARA 03/02/2021, Insee 2017 & Projections © Compas



Le maillage territorial des pharmacies dans la CARA permet-il de suppléer l'absence de médecins généralistes dans certaines communes ?

Les pharmacies implantées dans la CA Royan Atlantique au 03/01/2021

Sources : CARA 02/03/2021 & Insee, RP 2017 - Traitements © Compas

Pharmacies	Densité des pharmacies (% habitants)	Densité médicale des médecins généralistes libéraux (% habitants de moins de 6 ans ou de 75 ans et plus)	
CARA Nord	6	0,4	2,0
CARA Sud	4	0,3	1,6
CARA Est	6	0,3	1,4
CARA Ouest	16	0,5	1,9
Royan	11	0,6	2,2
CARA Ouest hors Royan	5	0,4	1,5
CARA hors Royan	21	0,3	1,6
CA Royan Atlantique	32	0,4	1,8

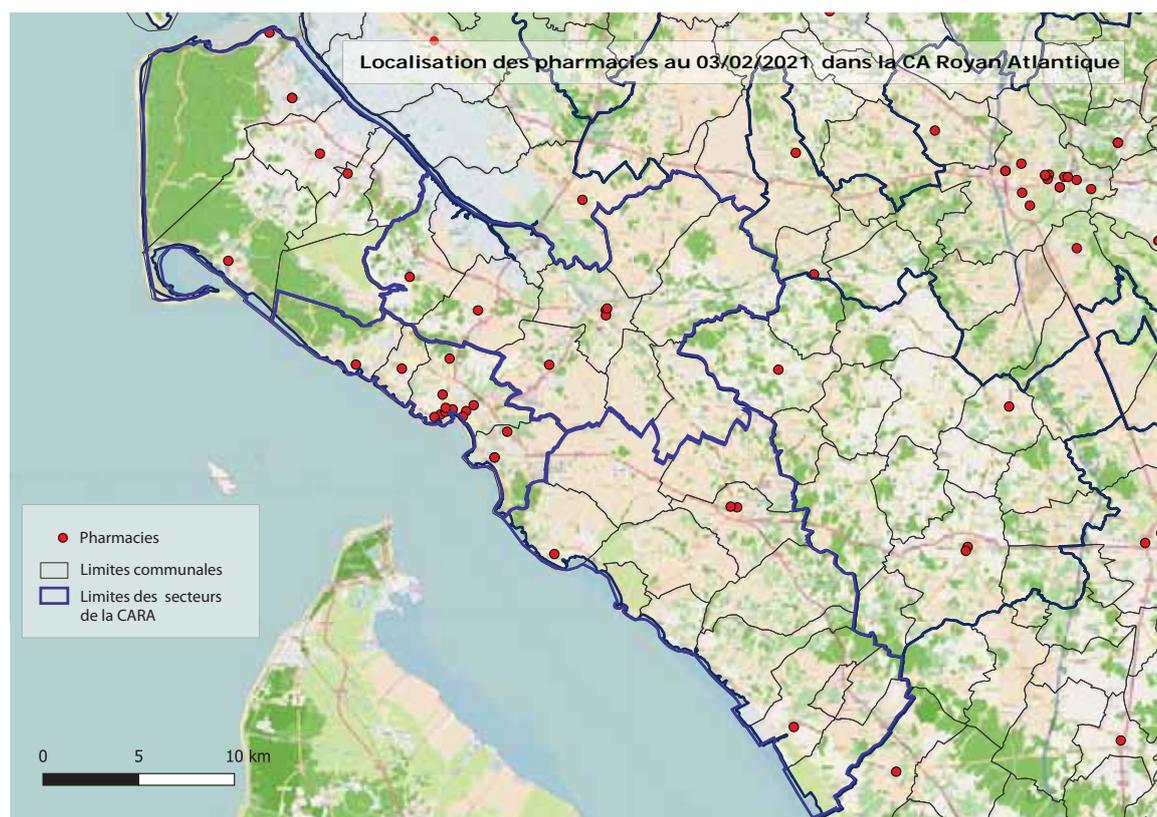
Les pharmacies apportent une offre de services de proximité particulièrement utiles sur des territoires isolés. Ils sont devenus l'un des acteurs de 1ère ligne en ces temps de pandémie. Il est ainsi intéressant d'avoir une connaissance précise de leur maillage territorial.

La CA Royan Atlantique compte 32 pharmacies implantées au sein de son territoire au début de février 2021, soit près de 4 pour 10 000 habitants.

La moitié d'entre elle sont localisées dans le secteur Ouest, dont 11 dans la ville de Royan. Le secteur Sud est moins doté que les autres et n'en compte que 4. La densité de pharmacies au regard de sa taille démographique est cependant comparable à celle du secteur Est, soit près de 3 pour 10 000 habitants contre 4 dans le secteur Nord et 5 dans le secteur Ouest.

Localisation des pharmacies

Source : CARA 03/02/2021 et BPE



L'offre en matière de chirurgie-dentaire est-elle en adéquation avec les besoins théoriques des habitants ?

Professionnels et structures de premier recours

Sources : CARA 15/03/2021, SNDS, 2019 & Insee, RP 2017 - Traitements © Compas

	Chirurgiens-dentistes	Densité médicale des chirurgiens-dentistes (% habitants)
CARA Nord	4	0,3
CARA Sud	4	0,3
CARA Est	11	0,5
CARA Ouest	36	1,1
<i>Royan</i>	27	1,5
<i>CARA Ouest hors Royan</i>	9	0,7
CARA hors Royan	28	0,4
CA Royan Atlantique	55	0,7
CA de Saintes	43	0,7
CC du Bassin de Marennes	4	0,3
CC Cœur de Saintonge	2	0,1
CC de Gemozac et de la Saintonge viticole	2	0,1
CC de la Haute Saintonge	29	0,4
CA Rochefort Ocean	40	0,6
Charente-Maritime	355	0,6
France entière (Métropolitaine +DOM)	34 988	0,5

Moins que la moyenne nationale
Plus que la moyenne nationale

Parmi les 355 chirurgiens-dentistes situés en Charente-Maritime, 55 exercent dans la CA Royan Atlantique fin février 2021.

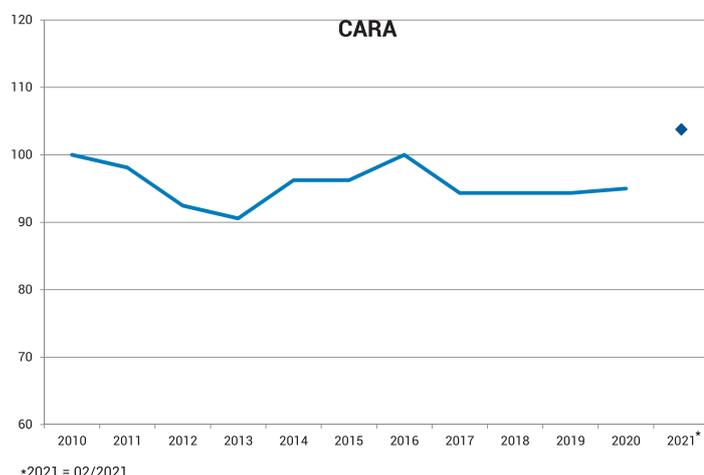
L'intercommunalité compte 67 chirurgiens-dentistes pour 10 000 habitants soit une densité médicale supérieure aux moyennes départementale et nationale.

Les intercommunalités voisines sont au contraire pour la plupart moins pourvues en chirurgiens-dentistes au regard de leur taille démographique.

En outre, 20 communes sur les 33 qui constituent la CA Royan Atlantique n'ont aucun chirurgien-dentiste implanté dans leur territoire en 2019. Il apparaît que le secteur Sud est moins pourvu en chirurgiens-dentistes que les autres.

Évolution du nombre de chirurgiens-dentistes dans la CARA depuis 2010.

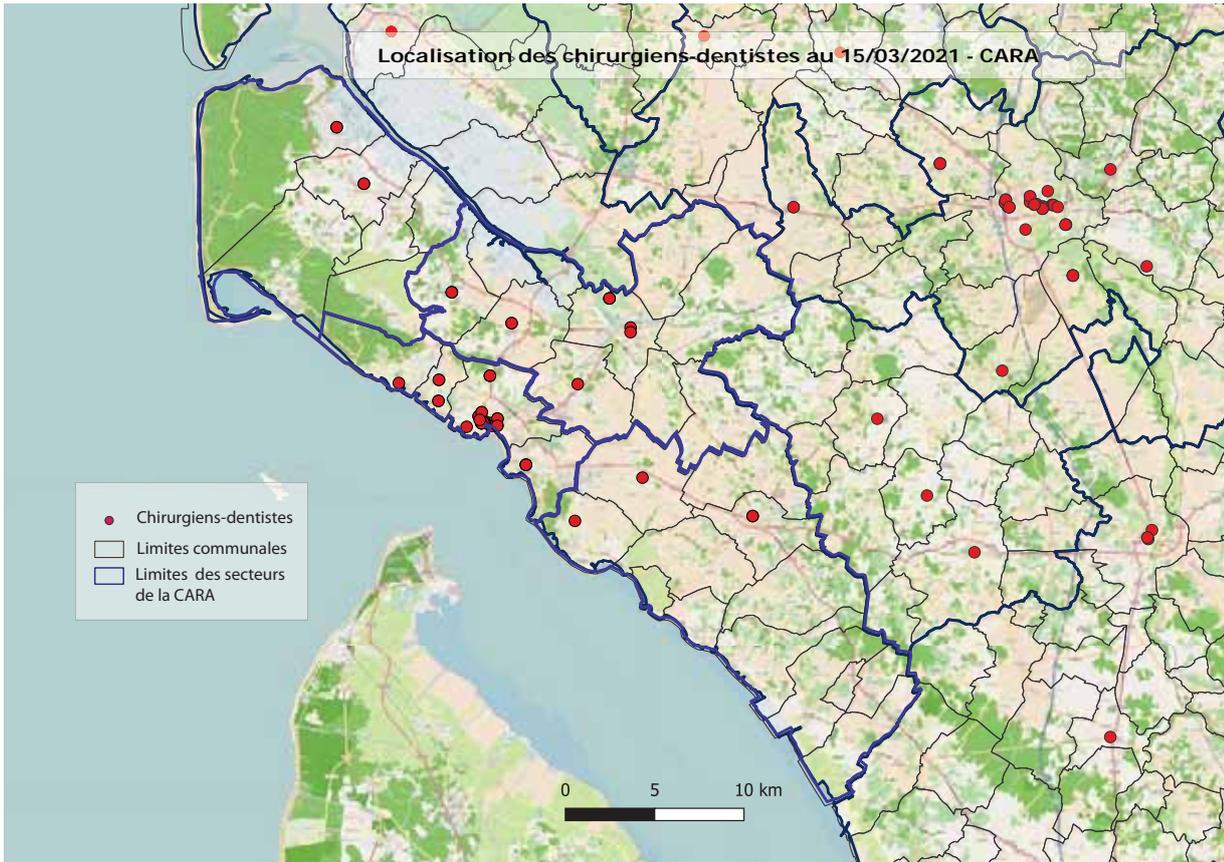
Source : FNPS



Après avoir oscillé entre 2010 et 2017, le nombre de chirurgiens-dentistes implantés dans la CARA est resté relativement stable entre 2017 et 2019 pour progresser de nouveau jusqu'à la fin février 2021.

Localisation des chirurgiens-dentistes

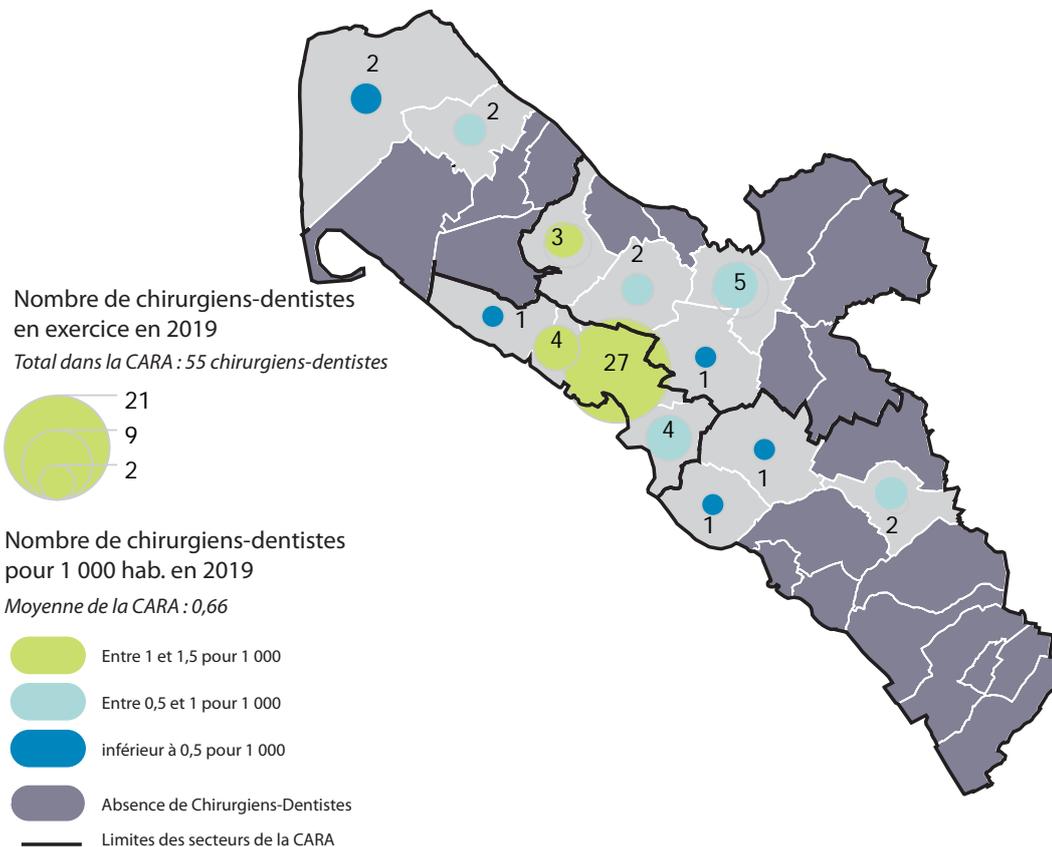
Source : CARA 15/03/2021



Offre de soins

La densité médicale des chirurgiens-dentistes pour 1 000 habitants

Source : CARA 15/03/2021 et Insee RP 2017



Les chirurgiens-dentistes implantés dans la CA Royan Atlantique ne sont pas répartis uniformément dans l'intercommunalité.

27 des 55 chirurgiens-dentistes en activité exercent en effet à Royan et 7 dans les villes de Breuillet et Vaux-sur-Mer.

Seuls 3 chirurgiens-dentistes pratiquent au contraire dans le secteur Sud, soit dans les communes de Meschers-sur-Gironde, Semussac et Cozes.

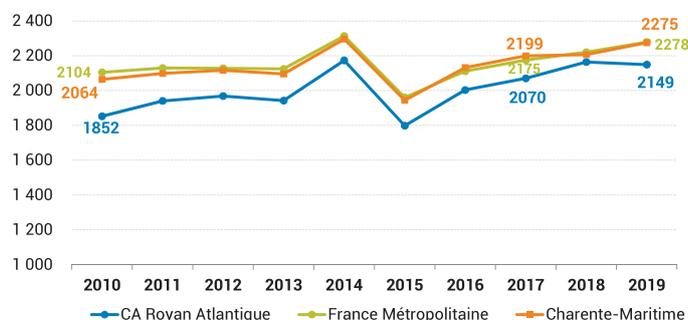
• Des chirurgiens-dentistes soumis à une tension légèrement moins élevée qu'en France métropolitaine

Si 61% des consultations réalisées par les chirurgiens-dentistes de Royan l'ont été auprès d'habitants de la commune en 2019, ce n'est le cas que de 7% des professionnels installés à Médis et 9% de ceux exerçant à Etaules.

Les 50 chirurgiens-dentistes de la CA Royan Atlantique en activité en 2019 ont effectué en moyenne 2 149 actes, soit 9 actes par jour ouvrable, peu ou prou comme dans le département et en France métropolitaine.

Nombre d'actes moyen réalisés par chirurgien-dentiste en 2019

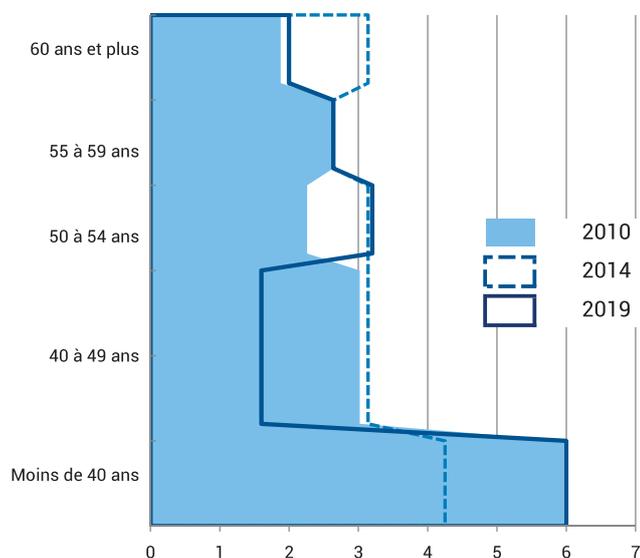
Source : SNDS 2019



• La répartition par âge des chirurgiens-dentistes

Répartition par âge des chirurgiens-dentistes entre 2010 et 2019 dans la CA Royan Atlantique

Source : SNDS, 2010-2014 & 2019 - Traitements © Compas



La confrontation de la répartition par âge des chirurgiens-dentistes en exercice dans la CARA en 2010, 2014 et 2019 rend compte des mouvements de ces professionnels dans le territoire avec un vieillissement sensible de ce corps entre 2010 et 2014 qui se renouvelle entre 2014 et 2019.

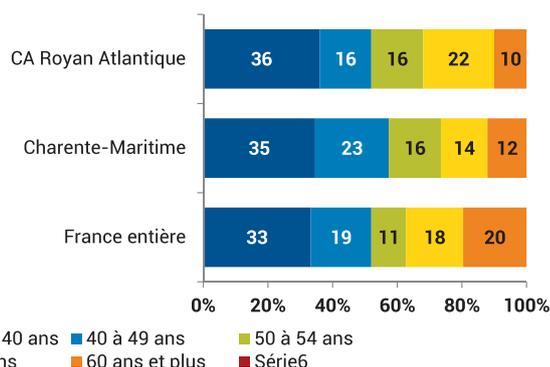
L'installation de jeunes praticiens d'une part, la cessation d'activités des professionnels les plus âgés d'autre part ainsi que le vieillissement des professionnels déjà présents dans le territoire en 2014 expliquent ces évolutions.

Répartition par âge des chirurgiens-dentistes au 31/12/2019

Source : FNPS 2019

Les chirurgiens-dentistes installés dans la CARA sont plus jeunes que dans l'ensemble de la France métropolitaine : 32% sont âgés de 55 ans et plus contre 37% en France métropolitaine.

Cette part est à l'inverse nettement supérieure à la moyenne départementale, 27% des chirurgiens-dentistes de Charente-maritime appartenant à ces générations.



Accès et recours aux soins

Le non recours aux soins peut être défini comme un retard ou un renoncement aux soins. S'il est plus fréquent chez les personnes précaires, le non recours aux soins est également lié aux individus eux-mêmes (perception de la douleur et rapport au corps, scepticisme envers la médecine, manque d'information, isolement social, niveau d'éducation, ...), à l'organisme prestataire (relation au médecin, refus de spécialistes de consulter les patients ayant la CMU, accueil inadapté dans certaines structures...) comme au dispositif (effet de seuil, délai d'obtention des droits à la couverture maladie, contraintes dans la gestion de la maladie chronique...).

Ce phénomène est appréhendé au travers la non-consommation de soins, par l'absence de médecin traitant comme le niveau de consommations de soins auprès des spécialistes par confrontation entre la CARA et les intercommunalités voisines et le département.

La part de femmes âgées de 50 à 74 ans n'ayant pas eu de mammographie durant les 2 ans précédents est ainsi plus faible dans la CARA que dans les EPCI voisines et le département (34% des 50-74 ans contre 38% en Charente Maritime en 2018).

La proportion de bénéficiaires de l'assurance maladie âgés de 65 ans et plus n'ayant pas été vacciné contre la grippe en 2018 est au contraire comparable à la moyenne départementale (48%). La part de personnes âgées entre 3 et 24 ans ayant eu un examen bucco-dentaire en 2019 dans la CARA est peu ou prou la même que celle observée à l'échelle du département (9,5% contre 9,3%).

Les habitants de la CARA sont a contrario un peu moins nombreux à déclarer un médecin traitant (11% contre 13% en Charente-Maritime).

Des disparités géographiques s'observent, les habitants du sud de l'intercommunalité enregistrant des taux de non-recours plus élevés que dans le reste de l'intercommunalité.

De même, le niveau de non recours aux soins décroît avec l'âge, 7% des jeunes de 16-24 ans n'ayant eu recours à aucun soin contre 2% des 65 ans et plus.

La CA Royan Atlantique se distingue enfin par une moindre consommation de soins en matière de médecine générale avec près de 1,8 consultations et visites par bénéficiaire en 2019 contre 2,6 en moyenne dans l'ensemble du département. Le recours aux ophtalmologistes, dentistes ou orthodontistes et aux psychiatres est au contraire comparable dans l'intercommunalité et la moyenne départementale.

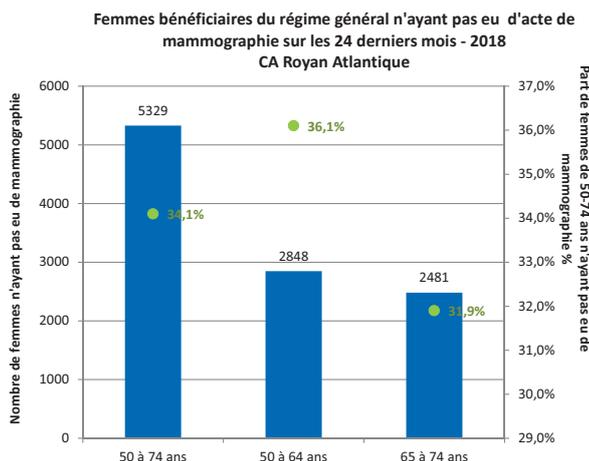
Approche du non recours par la (non) consommation d'actes de prévention et dépistage

- **Les mammographies remboursées par la CPAM**

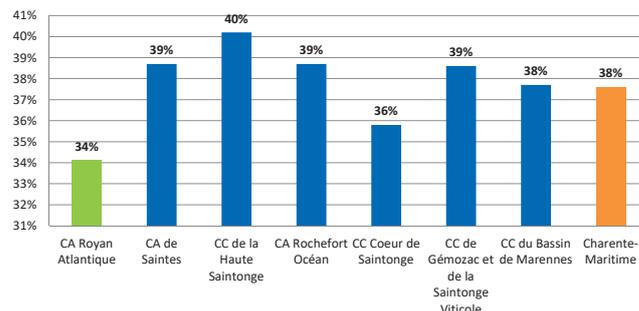
Les femmes de 50-74 ans n'ayant pas eu d'acte de mammographie remboursée par la CPAM au cours des 24 derniers mois

Source : CNAM SIAM ERASME 2018 - Observatoire des fragilités du grand Sud, Traitement @ compas

Accès et recours aux soins



Part des femmes âgées de 50-74 ans bénéficiaires du régime général n'ayant pas eu d'acte de mammographie sur les 24 derniers mois en 2018

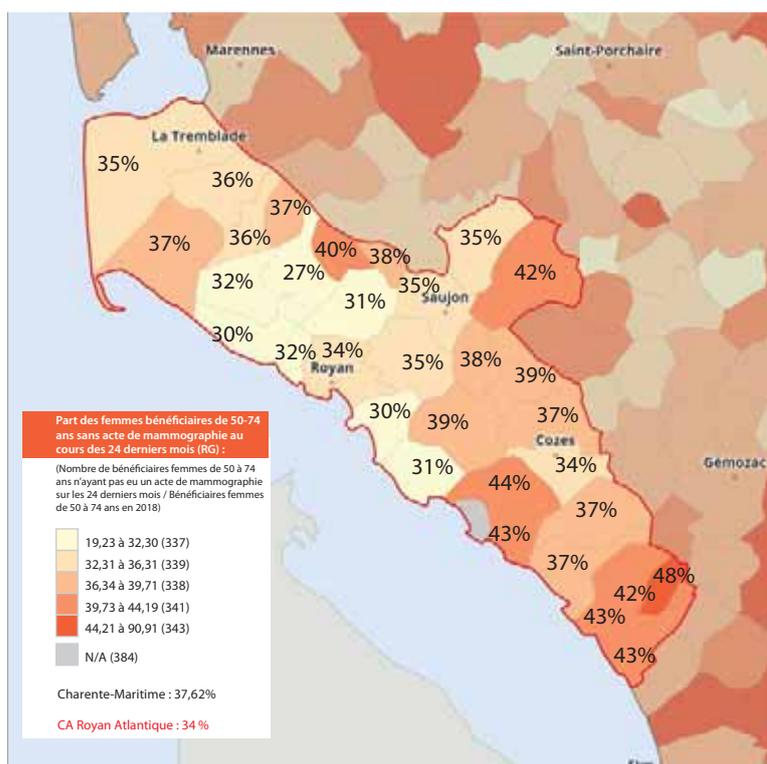


En 2018, près de 3 330 femmes de 50-74 ans bénéficiaires du régime général n'ont pas bénéficié d'une mammographie depuis deux ans. Parmi elles, plus de la moitié sont âgées de 50-64 ans (53%).

celles âgées de 65 à 74 ans.

La proportion de femmes n'ayant pas eu d'actes de mammographie diminue avec l'âge : 36% des femmes âgées de 50 à 64 ans sont dans ce cas contre 32% de

La part de femmes n'ayant pas pratiqué de mammographie enregistrée dans la CARA est plus faible que celles observées dans les intercommunalités voisines où entre 38% et 40% des femmes âgées de 50 à 74 ans n'ont pas eu de mammographie durant les 2 ans précédents.

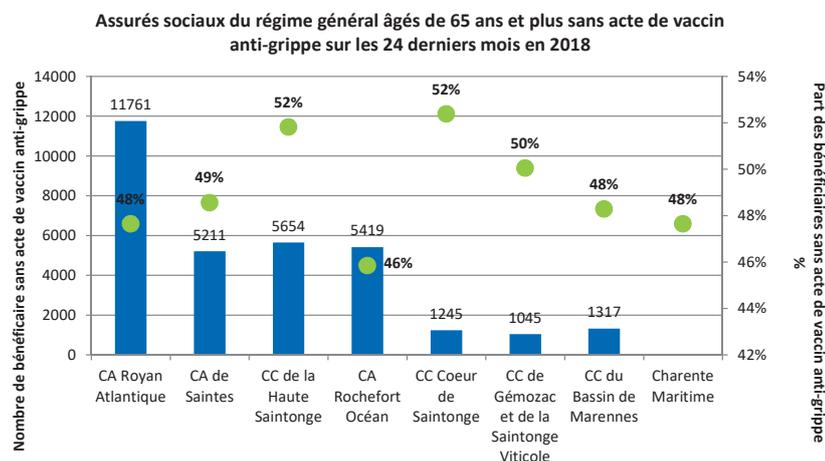


La cartographie du non-recours à la mammographie permet d'observer des taux de non-recours plus importants dans le Sud de la commune, jusqu'à 48% des femmes âgées de 50 à 74 ans dans la commune de Brie-sous-Mortagne. Le nombre de femmes concernées est cependant faible (une quarantaine de femmes âgées de 50 à 74 ans habitant dans cette commune).

• Le vaccin anti-grippe

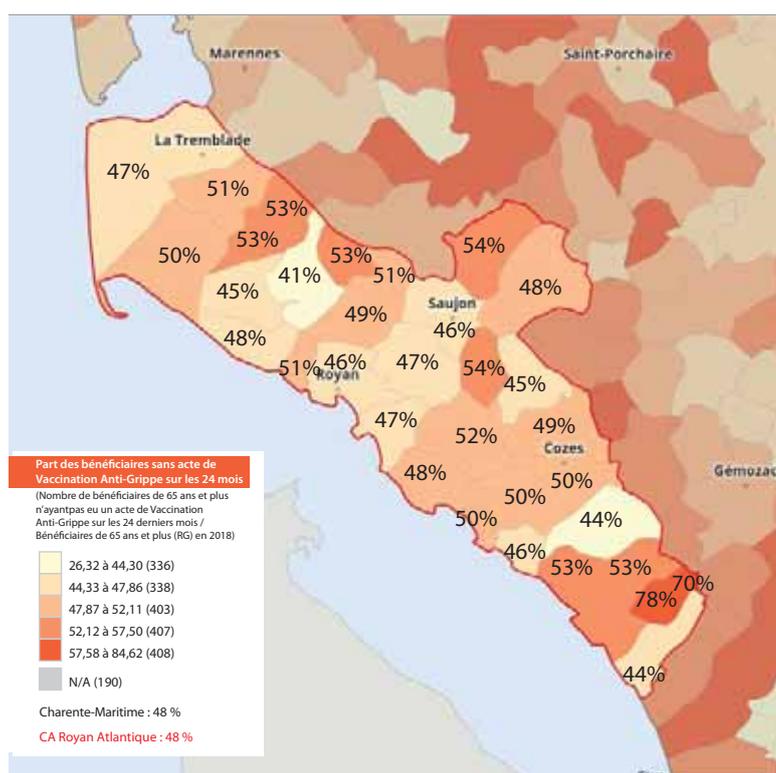
Les assurés bénéficiaires de 65 ans et plus sans acte de vaccin anti-grippe sur les 24 derniers mois en 2018

Source : CNAM SIAM ERASME 2018 - Observatoire des fragilités du grand Sud, Traitement @ compas



En 2017, près de la moitié des assurés sociaux du régime général âgés de 65 ans et plus n'ont pas été vaccinés contre la grippe sur les 24 derniers mois. Ce taux est proche de ceux enregistrés dans les intercommunalités voisines mais reste

parmi les plus faibles après celui constaté dans la CA Rochefort Océan.



Le taux de non-recours à la vaccination anti-grippe parmi les bénéficiaires de 65 ans et plus est relativement homogène d'une commune à l'autre de la CA Royan Atlantique. Les communes de Brie-sous-Mortagne et Boutenac-Touvent se distinguent toutefois avec respectivement 78% et 70% de personnes âgées de 65 à 74 ans non vaccinées, soit près de 35 personnes chacune. La petite taille démographique de ces communes explique en partie ces résultats.

• Les personnes ayant eu un examen bucco-dentaire en 2019

Les personnes gérées par la CPAM ayant eu en 2019 un examen bucco-dentaire

Source : CPAM Charente-Maritime, Traitement @ compas

2019	Personnes ayant eu un examen bucco-dentaire	
	Nombre	Part parmi les personnes de 3-24 ans gérées par la CPAM %
CARA Nord*	226	9,3
CARA Sud*	150	10,3
CARA Est*	426	11,2
CARA Ouest	371	8,9
Rohan	225	8,8
CARA Ouest hors Rohan	146	8,9
CARA hors Rohan	1 060	9,5
CA Rohan Atlantique (CARA)	1 285	9,4
Charente Maritime	13 559	9,3

Données non disponibles pour Les Mathes (CARA Nord) ; Le Chay et L'Éguille, Mornac-s/- Seudre (CARA Est); Arces, Barzan, Boutenac- Touvent, Brie-ss-Mortagne, Floirac, Talmont-s/Gironde, Mortagne-s/Gironde, Epargnes et Grézac (CARA Sud);

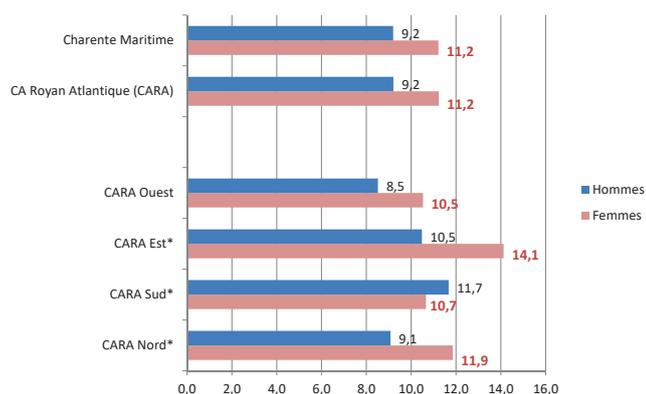
En 2019, 1 060 personnes bénéficiaires d'une couverture médicale gérée par la Cpm ont bénéficié d'un examen bucco-dentaire. Elles représentent un peu moins de 10% des habitants de l'intercommunalité peu ou prou comme dans l'ensemble du département.

Les pratiques diffèrent selon le secteur de l'intercommunalité, le taux de recours à un examen bucco-dentaire s'élevant à 11,2% dans le secteur Est.

Le recours à l'examen bucco-dentaire est par ailleurs plus souvent pratiqué par les jeunes femmes et petites filles âgées de 5 à 24 ans que par les hommes du même âge, soit 11% d'entre elles contre 9% des jeunes hommes et petits garçons. La situation est similaire dans l'ensemble du département.

Part des personnes de 5-24 ans gérées par la CPAM ayant eu en 2019 un examen bucco-dentaire selon leur sexe (%)

Source : CPAM Charente-Maritime, Traitement @ compas



Les différences entre sexes sont variables selon les secteurs. Celles-ci sont minimales dans le secteur Sud et s'élèvent à près de 4 points dans le secteur Est.

Nota bene : le nombre de personnes âgées de 3 à 24 ans par sexe n'est pas diffusé par l'Insee. Le nombre de garçons et de filles ayant eu un examen bucco-dentaire est ainsi rapporté aux nombres de jeunes garçons et filles âgés de 5 à 24 ans connus pour l'ensemble des communes de l'intercommunalité.

Approche du non-recours par l'absence de médecin généraliste déclaré

Les personnes gérées par la CPAM n'ayant pas déclaré de médecin traitant fin novembre 2020

Source : CPAM Charente-Maritime, Traitement @ compas

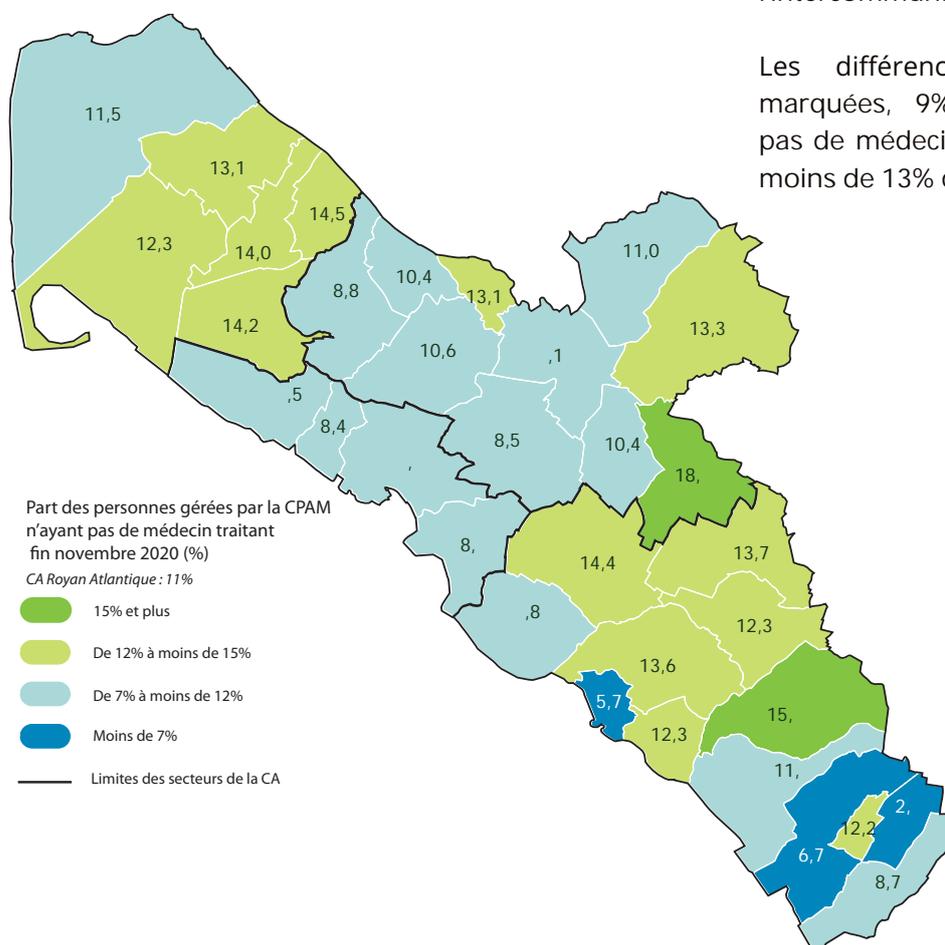
Au 27 Novembre 2020	Personnes n'ayant pas de médecin traitant		Part par sexe	
	Nombre	Part parmi les personnes gérées par la CPAM %	Femmes	Hommes
CARA Nord	1816	12,9	11,2	14,9
CARA Sud	1339	11,8	10,0	13,8
CARA Est	2177	10,3	9,1	11,7
CARA Ouest	2997	9,5	7,7	11,7
<i>Royan</i>	1851	9,9	8,0	12,3
<i>CARA Ouest hors Royan</i>	1146	9,0	7,3	10,8
CARA hors Royan	6478	10,9	9,4	12,7
CA Royan Atlantique (CARA)	8329	10,7	9,0	12,6
Charente Maritime	74000	12,8	11,1	14,6

Près d'1 bénéficiaire du régime général géré par la Cpm sur 9 (10,7%) ne déclare pas de médecin traitant dans la CA Royan Atlantique, soit près de 6 480 personnes fin Novembre 2020. C'est le cas d'1 bénéficiaire sur 8 à l'échelle du département.

Une certaine disparité s'observe au sein de l'intercommunalité, moins de 7% des bénéficiaires n'ayant pas de médecin traitant dans les communes de Brie-sous-Mortagne, Talmont-sur-Gironde et Mortagne-sur-Gironde contre près de 19% dans la commune de Corme-Ecluse.

Plus globalement, les parts les plus élevées de bénéficiaires n'ayant pas déclaré de médecin traitant s'observent dans les secteurs Nord et Sud de l'intercommunalité.

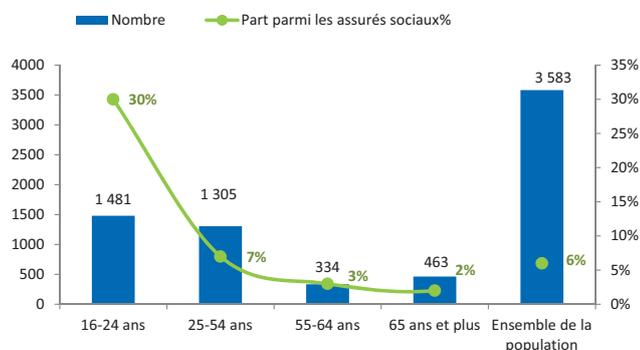
Les différences entre sexe sont marquées, 9% des femmes n'ayant pas de médecin traitant contre un peu moins de 13% des hommes.



Un non-recours au soin propre aux jeunes adultes et une diminution du non-recours au soin avec l'avancée en âge

Les assurés bénéficiaires sans médecin traitant déclaré

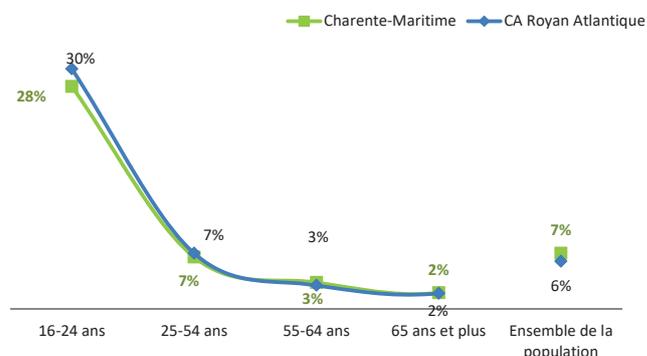
Source : CNAM SIAM ERASME 2018 -Observatoire des fragilités du grand Sud, Traitement @ compas



Avec l'avancée en âge, la part de la population n'ayant pas déclaré de médecin traitant diminue. Chez les bénéficiaires du régime général âgés de 16-24 ans, 30% (1 480 personnes) n'ont pas déclaré de médecin traitant en 2018 contre 7% (1 305 personnes) chez les bénéficiaires de 25-54 ans. Enfin, c'est parmi les bénéficiaires les plus âgés (plus de 65 ans) que l'absence d'un médecin traitant est la moins courante.

Part des assurés bénéficiaires sans médecin traitant déclaré

Source : CNAM SIAM ERASME 2018 -Observatoire des fragilités du grand Sud, Traitement @ compas



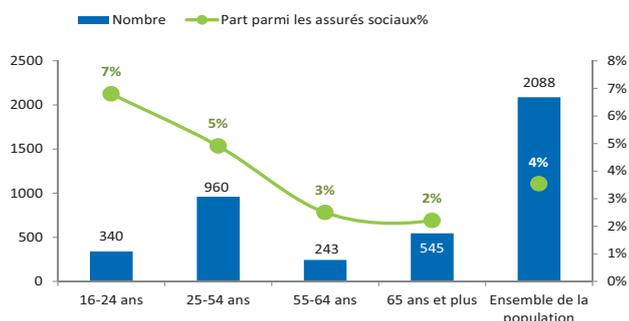
Seuls 3% des 65-74 ans et 2% des 75 ans et plus n'ont pas de médecin traitant déclaré.

L'évolution par âge ainsi que l'importance de la part des assurés sociaux bénéficiaires sans médecin traitant sont dans la CA Royan Atlantique comparable à la moyenne départementale en 2018.

Accès et recours aux soins

Les assurés bénéficiaires de 16 ans et plus sans recours aux soins en 2018

Source : CNAM SIAM ERASME 2018, Observatoire des fragilités du grand Sud

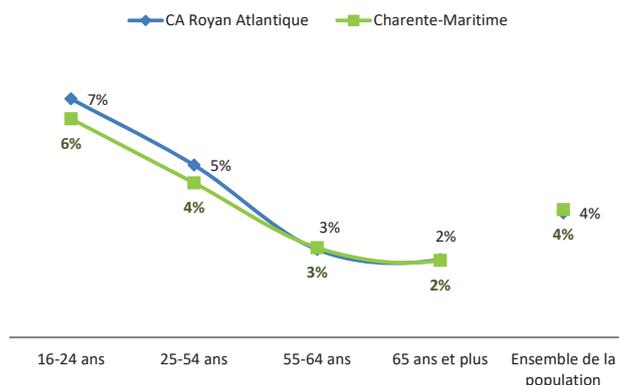


La consommation de soins varie également selon l'âge puisqu'elle est en grande partie liée aux problèmes de santé de plus en plus fréquents avec l'avancée en âge. Globalement, la part des bénéficiaires n'ayant pas eu de recours aux soins sur les 24 derniers mois diminue avec l'âge.

Sur les 24 derniers mois, près de 2 090 bénéficiaires du régime général âgés de 16 ans et plus n'ont eu

Part des assurés bénéficiaires de 16 ans et plus sans recours aux soins en 2018

Source : CNAM SIAM ERASME 2018, Observatoire des fragilités du grand Sud



recours à aucun soin sur les 24 derniers mois, soit 3% des bénéficiaires de 16 ans et plus.

Chez les 16-24 ans, 7% des bénéficiaires du régime général sont dans ce cas (soit 340 personnes) contre 28% chez les 75 ans et plus (545 personnes). Entre 25 et 59 ans, le non-recours aux soins concerne environ 5% des bénéficiaires de cet âge.

Approche du non-recours au travers de la consommation de soins spécialisés

Nombre moyen de visites et consultations par bénéficiaires en 2019

Source : CPAM Charente-Maritime, Traitement @ compas

Nombre moyen de visites et consultations par personnes gérées par la CPAM						
En 2019	Médecin généraliste	Ophthalmologiste*	Dentistes et ODF**	Gynécologues	Psychiatres***	Autres spécialistes
CARA Nord	1,5	0,2	0,2	0,2	0,1	1,4
CARA Sud	2,7	0,2	0,2	0,2	0,1	1,5
CARA Est	1,8	0,3	0,2	0,2	0,2	1,6
CARA Ouest	1,5	0,2	0,2	0,1	0,2	1,7
Rohan	1,7	0,2	0,2	0,2	0,2	1,7
CARA Ouest hors Rohan	1,2	0,2	0,2	0,1	0,1	1,7
CARA hors Rohan	1,8	0,2	0,2	0,2	0,2	1,6
CA Rohan Atlantique (CARA)	1,8	0,2	0,2	0,2	0,2	1,6
Charente Maritime	2,6	0,2	0,2	0,3	0,2	1,4

* Données non disponibles pour Brie-ss- Mortagne et Talmont-s/Gironde (CARA Sud);

** Données non disponibles pour Brie-ss- Mortagne et Boutenac-Touvent (CARA Sud);

***Données non disponibles pour Arces, Boutenac- Touvent, Brie-ss- Mortagne, Chenac-St-Seurin d'Uzet, Epargnes, Floirac et Talmont-s/Gironde (CARA Sud);

Le non-recours aux soins peut être approché à travers l'exercice des professionnels de santé par confrontation de territoire. Cette approche reste fragile, la structure par âge des habitants influant sur le recours aux soins. Le nombre moyen de visites et consultations par personne est par ailleurs une information en soi.

La CA Rohan Atlantique se distingue par une moindre consommation de soins en matière de médecine générale avec près de 1,8 consultations et visites par bénéficiaire en 2019 contre 2,6 en moyenne dans l'ensemble du département. Le recours aux ophtalmologistes, dentistes ou orthodontistes, et

aux psychiatres est au contraire comparable dans l'intercommunalité et la moyenne départementale. Le nombre moyen de consultations auprès de ces spécialistes est proche de 0,2, ce qui correspondrait à une consultation tous les 5 ans sous l'hypothèse d'un recours uniforme de la population auprès de ces spécialistes.

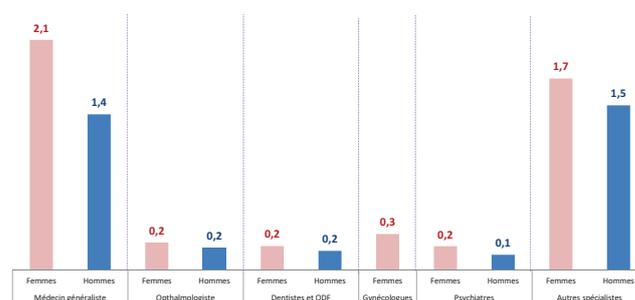
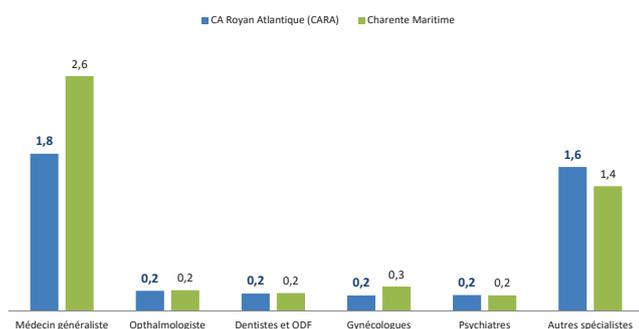
Les différences entre sexes s'observent tant en matière de médecine générale qu'auprès des spécialistes. Les écarts sont cependant moins marqués pour ces derniers, le nombre restreint de professionnels sur le territoire limitant l'accès et par la même les différences entre sexes.

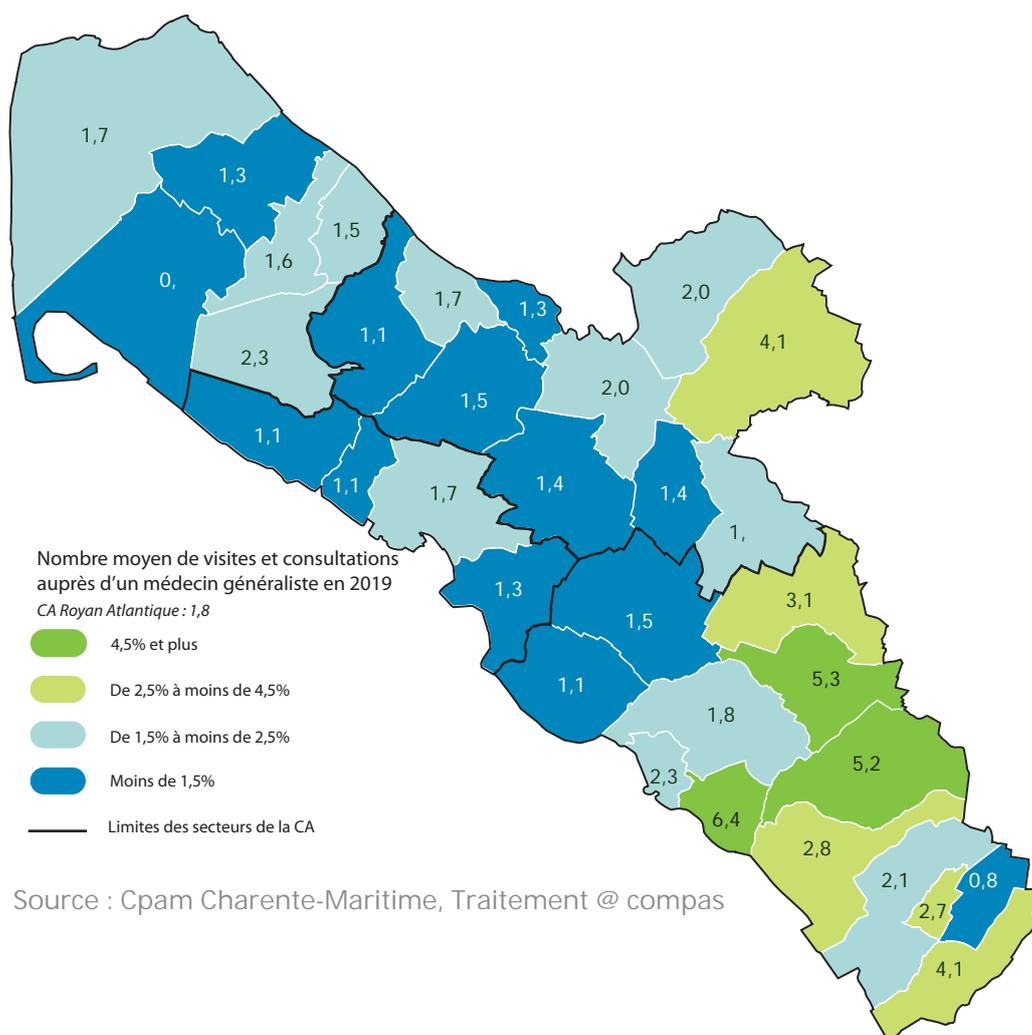
Nombre moyen de visites et consultations par bénéficiaires en 2019

Source : CPAM Charente-Maritime, Traitement @ compas

Nombre moyen de visites et consultations par bénéficiaires de la CARA en 2019

Source : CPAM Charente-Maritime, Traitement @ compas





Source : Cnam Charente-Maritime, Traitement @ compas

Une certaine hétérogénéité au sein de la CA Royan Atlantique s'observe avec un nombre moyen de consultations et visites auprès d'un médecin généralistes plus élevé chez les bénéficiaires habitant le secteur Sud alors même que ce secteur est sous-doté en la matière. Ce nombre s'élève à plus de 5 consultations par an dans les communes de Barzan, Cozes et Epargnes.

ANNEXE



Dans le détail : les évolutions de la population

Les évolutions détaillées de la population, des années 1962 à nos jours

Source : Insee, RP 1990-2017

	Population municipale					Taux d'évolution en %	
	1990	1999	2008	2013	2018	1962-2018	2013-2018
Arces	485	561	615	710	762	+49,1	+7,3
Arvert	2 734	2 887	3 084	3 329	3 489	+61,9	+4,8
Barzan	410	428	453	469	467	+8,4	-0,4
Boutenac-Touvent	219	217	191	216	227	-18,3	+5,1
Breuillet	1 863	2 178	2 583	2 694	2 988	+252,8	+10,9
Brie-sous-Mortagne	228	245	252	231	239	-17,0	+3,5
Chaillevette	1 031	1 082	1 358	1 490	1 587	+41,7	+6,5
Le Chay	529	562	729	759	767	+95,7	+1,1
Chenac-St- Seurin-d'Uzet	599	572	595	582	599	-28,0	+2,9
Corme-Ecluse	686	758	1 006	1 077	1 121	+71,9	+4,1
Cozes	1 730	1 830	1 936	2 067	2 147	+36,0	+3,9
L'Eguille	722	758	914	884	878	+16,3	-0,7
Epargnes	676	734	802	850	854	+24,5	+0,5
Etaules	1 413	1 587	2 217	2 363	2 546	+97,4	+7,7
Grézac	616	592	730	894	932	+39,9	+4,3
Les Mathes	1 205	1 452	1 698	1 807	2 042	+153,3	+13,0
Médis	1 965	2 158	2 661	2 831	2 936	+203,3	+3,7
Meschers-sur-Gironde	1 862	2 234	2 727	3 031	3 117	+132,8	+2,8
Mornac-sur-Seudre	640	652	782	831	848	+37,0	+2,0
Mortagne-sur-Gironde	972	967	1 030	995	911	-30,5	-8,4
Sablonceaux	1 027	1 023	1 195	1 346	1 394	+87,1	+3,6
St-Augustin	742	851	1 184	1 302	1 374	+218,1	+5,5
ST-Georges-de-Didonne	4 705	5 034	5 039	5 080	5 340	+57,6	+5,1
St-Palais-sur-Mer	2 736	3 343	3 890	3 926	3 905	+78,1	-0,5
St-Romain-de-Benet	1 244	1 374	1 622	1 678	1 724	+48,1	+2,7
St-Sulpice-de-Royan	2 101	2 290	2 728	3 032	3 259	+368,9	+7,5
Saujon	4 891	5 392	6 528	7 111	7 146	+108,5	+0,5
Semussac	1 208	1 417	1 923	2 198	2 379	+175,7	+8,2
Talmont-sur-Gironde	83	83	79	103	100	-21,9	-2,9
Tremblade	4 623	4 667	4 521	4 782	4 340	-7,4	-9,2
Vaux-sur-Mer	3 054	3 448	3 793	3 856	3 862	+182,3	+0,2
Floirac	338	343	380	374	392	-6,9	+4,8
Royan	16 837	17 102	18 541	18 138	18 499	+12,0	+2,0
CARA Nord	11 748	12 526	14 062	15 073	15 378	+46,6	+2,0
CARA Sud	9 426	10 223	11 713	12 720	13 126	+40,7	+3,2
CARA Est	15 668	17 145	20 748	22 243	23 061	+124,7	+3,7
CARA Ouest	27 332	28 927	31 263	31 000	31 606	+34,7	+2,0
<i>Royan</i>	<i>16 837</i>	<i>17 102</i>	<i>18 541</i>	<i>18 138</i>	<i>18 499</i>	<i>+12,0</i>	<i>+2,0</i>
<i>CARA Ouest hors Royan</i>	<i>10 495</i>	<i>11 825</i>	<i>12 722</i>	<i>12 862</i>	<i>13 107</i>	<i>+88,6</i>	<i>+1,9</i>
CA Royan Atlantique (hors Royan)	47 337	51 719	59 245	62 898	64 672	+74,6	+2,8
CA Royan Atlantique	64 174	68 821	77 786	81 036	83 171	+55,3	+2,6
Charente-Maritime	527 146	557 024	611 714	633 417	646 932	+37,4	+2,1
France Métropolitaine	56 615 155	58 518 395	62 134 963	63 697 865	64 844 037	+39,7	+1,8
CA de Saintes	52 210	53 354	58 291	59 468	59 760	+34,3	+0,5
CC du Bassin de Marennes	11 932	12 470	14 538	15 246	15 436	+35,3	+1,2
CC Coeur de Saintonge	12 117	13 107	15 492	16 740	17 279	+62,2	+3,2
CC de Gémozac et de la Saintonge Viticole	10 173	10 739	12 757	13 740	14 401	+41,5	+4,8
CC de la Haute Saintonge	62 487	61 974	65 551	67 673	68 107	-3,9	+0,6
CA Rochefort Océan	54 301	55 993	62 549	63 528	63 220	+22,3	-0,5

Valeurs supérieures à celle de la CA Royan Atlantique

Dans le détail : La composition des ménages de la CA Royan Atlantique



Les évolutions détaillées de la population, des années 1990 à nos jours

Source : Insee, RP 2017

	Composition des ménages (%)					taille des ménages
	personnes seules	couples sans enfant	familles monoparentales	couples avec enfant(s)	autres	
Arces	32,3	30,3	1,5	26,6	9,3	2,2
Arvert	31,0	38,7	4,5	18,9	7,0	2,1
Barzan	34,3	46,6	2,5	14,7	2,0	2,0
Boutenac-Touvent	24,8	44,6	9,9	14,9	5,9	2,2
Breuillet	24,9	47,2	5,5	16,8	5,6	2,1
Brie-sous-Mortagne	26,5	39,8	8,8	8,8	15,9	2,1
Chaillevette	27,2	38,1	5,4	24,5	4,6	2,2
Le Chay	23,3	44,4	4,6	25,5	2,2	2,3
Chenac-St- Seurin-d'UzetZET	37,3	33,9	5,1	20,3	3,4	2,0
Corme-Ecluse	24,7	33,1	7,4	31,8	3,0	2,4
Cozes	38,1	33,2	7,7	14,9	6,1	2,0
L'Eguille	34,7	33,3	3,7	20,7	7,6	2,1
Epargnes	27,0	34,1	2,8	19,9	16,2	2,2
Etaules	29,7	40,3	5,9	19,9	4,1	2,1
Grézac	22,5	32,8	3,9	32,3	8,5	2,4
Les Mathes	33,8	42,5	4,7	17,6	1,3	2,0
Médis	30,3	41,7	6,3	18,4	3,3	2,1
Meschers-sur-Gironde	34,4	46,1	4,0	12,4	3,1	1,9
Mornac-sur-Seudre	30,7	31,9	12,3	22,1	2,9	2,1
Mortagne-sur-Gironde	38,6	35,9	1,1	17,9	6,5	1,9
Sablonceaux	23,9	44,6	5,8	23,9	1,8	2,2
St-Augustin	30,1	34,8	6,1	22,0	7,1	2,2
ST-Georges-de-Didonne	42,8	37,8	4,4	10,1	4,9	1,8
St-Palais-sur-Mer	34,7	47,9	5,1	9,0	3,3	1,9
St-Romain-de-Benet	28,5	39,8	8,6	21,2	1,9	2,2
St-Sulpice-de-Royan	28,8	36,5	7,0	23,1	4,6	2,2
Saujon	38,9	36,3	7,9	12,6	4,3	1,9
Semussac	26,7	35,5	5,8	24,3	7,7	2,3
Talmont-sur-Gironde	29,4	39,2	9,8	9,8	11,8	2,0
Tremblade	39,5	34,7	7,0	11,6	7,2	1,9
Vaux-sur-Mer	35,6	43,2	6,6	10,1	4,4	1,9
Floirac	27,4	44,4	3,0	20,1	5,1	2,1
Royan	52,0	31,4	5,2	7,6	3,7	1,7
CARA Nord	33,4	37,8	5,7	17,4	5,6	2,0
CARA Sud	32,3	38,2	4,7	18,3	6,4	2,1
CARA Est	31,6	38,9	7,1	18,4	4,0	2,1
CARA Ouest	46,7	35,6	5,3	8,5	3,9	1,7
CA Royan Atlantique (hors Royan)	33,6	39,3	5,9	16,2	4,9	2,0
CA Royan Atlantique	38,4	37,2	5,7	14,0	4,6	1,9
Charente-Maritime	37,0	31,9	6,7	19,5	4,8	2,1
France Métropolitaine	36,4	26,6	7,7	23,8	5,6	2,2
CA de Saintes	38,1	31,5	6,9	19,3	4,3	2,0
CC du Bassin de Marennes	33,9	34,4	6,4	20,3	5,0	2,1
CC Coeur de Saintonge	27,3	35,2	5,5	28,4	3,7	2,3
CC de Gémozac et de la Saintonge Viticole	27,4	36,3	5,3	25,7	5,2	2,3
CC de la Haute Saintonge	33,2	33,5	6,8	20,7	5,7	2,1
CA Rochefort Océan	38,1	29,3	7,9	20,0	4,7	2,1

Valeurs inférieures à celle de la CA Royan Atlantique

Valeurs proches de celle de la CA Royan Atlantique

Valeurs supérieures à celle de la CA Royan Atlantique

Lexique

A

L'allocation pour adulte handicapé (AAH) permet de garantir un revenu minimum aux personnes handicapées de plus de 20 ans (ou de plus de 16 ans, si il n'est plus considéré comme étant à charge pour le bénéfice des prestations familiales.) et jusqu'à l'âge minimum légal de départ à la retraite en cas d'incapacité de 50 % à 79 %. Ce droit est ouvert dès lors que la personne handicapée ne peut prétendre à un avantage vieillesse, invalidité ou rente d'accident du travail d'un montant au moins égal à celui de l'AAH.

Actifs : La population active regroupe les actifs ayant un emploi et les chômeurs. Ne font pas partie de la population active les personnes qui, bien que s'étant déclarées au chômage, précisent qu'elles ne recherchent pas d'emploi.

Actifs occupés : Population active ayant un emploi (ou actifs ayant un emploi). Au sens du recensement, la population active ayant un emploi (ou les actifs ayant un emploi) comprend les personnes qui déclarent être dans une des situations suivantes : - exercer une profession (salarisée ou non), même à temps partiel ; - aider une personne dans son travail (même sans rémunération) ; - être apprenti, stagiaire rémunéré ; - être chômeur tout en exerçant une activité réduite ; - être étudiant ou retraité tout en occupant un emploi.

Âge atteint : L'âge est la durée écoulée depuis la naissance. L'âge par génération (ou âge atteint dans l'année ou encore âge en différence de millésimes) est la différence entre l'année de collecte de l'information et l'année de naissance.

Âge révolu : L'âge est la durée écoulée depuis la naissance. L'âge en années révolues est l'âge atteint au dernier anniversaire

Allocataires CAF : Les allocataires des Caisses d'Allocations Familiales sont les personnes qui perçoivent au moins une allocation au regard de leur situation familiale et/ou monétaire. La notion d'allocataire est une notion de foyer (à rapprocher

des ménages au sens Insee) et non d'individu. Ainsi, compter des allocataires signifie compter des foyers constitués de personnes seules ou de plusieurs personnes (familles). Les CAF gèrent deux types de prestations : - Les prestations légales, dont les barèmes et les conditions d'attribution sont fixés nationalement (ex : allocations familiales, allocation logement, etc..) - Des aides d'action sociale (aides financières individuelles, interventions de travailleurs sociaux, ...), gérées par chacune des CAF et dont les conditions d'attribution sont spécifiques à chaque caisse. Les données disponibles concernent uniquement les bénéficiaires de prestations légales.

B

Bas niveaux de formation : Sont considérées comme de bas niveaux de formation les personnes de 15 ans et plus non scolarisées, n'ayant aucun diplôme, ou ayant un Certificat d'études primaires, un Bepc ou un brevet des collèges. La population scolarisée est exclue.

C

Les **catégories socioprofessionnelles** (« CSP »), ou plus exactement selon la terminologie de l'Insee les « professions et catégories socioprofessionnelles » (« PCS ») constituent un classement de la population en grands ensembles cohérents : six catégories d'actifs, auxquelles il convient d'ajouter les retraités et une catégorie « divers », regroupant les chômeurs n'ayant jamais travaillé, les militaires du contingent, les étudiants, les femmes (et les hommes) au foyer, etc. Les catégories d'actifs sont divisées en fonction de plusieurs critères : le type d'emploi, le statut (indépendant ou non), la qualification, la rémunération, etc. Les six principales sont : agriculteurs, artisans commerçants et chefs d'entreprises, cadres et professions intellectuelles supérieures, professions intermédiaires, employés et ouvriers.

Chômeurs : Il existe deux définitions du chômage. La première est celle de l'Insee, qui utilise les

normes du Bureau international du travail. Un chômeur est une personne âgée de plus de 15 ans, qui n'a pas travaillé la semaine de référence de l'enquête (même une heure), se trouve disponible dans les 15 jours et recherche activement un emploi. La seconde est celle du ministère de l'emploi : elle comptabilise les demandeurs d'emploi enregistrés par Pôle emploi dans différentes catégories. Il s'agit donc d'une définition administrative.

Pôle emploi enregistre les demandeurs d'emploi en trois principales catégories :

- catégorie A : tous les demandeurs d'emploi n'ayant exercé aucune activité le mois précédent (1). C'est la catégorie de base, la plus commentée.
- catégorie B : demandeurs d'emploi ayant exercé une activité réduite, moins de 78 heures le mois précédent.
- catégorie C : demandeurs d'emploi ayant travaillé plus de 78 heures le mois précédent.

(1) Le « mois précédent » ne signifie pas que ces personnes exercent régulièrement une telle activité.

Clap (Connaissance Locale de l'Appareil Productif) : système d'information alimenté par différentes sources dont l'objectif est de fournir des statistiques localisées au lieu de travail jusqu'au niveau communal, sur l'emploi salarié et les rémunérations pour les différentes activités des secteurs marchand et non marchand.

Contrats précaires : Sont considérés comme contrats précaires les contrats à durée déterminée, les contrats d'intérim, les emplois aidés, les apprentis et les stagiaires rémunérés. La part des salariés en contrats précaires donne une indication de la stabilité d'accès à l'emploi de la population salariée résidant sur le territoire.

La **CMU-C** (couverture maladie universelle complémentaire), attribuée sous condition de ressources, permet d'avoir accès à une assurance complémentaire gratuite, ce qui correspond dans le langage courant à la « mutuelle ». La CMU-C, comme les assurances complémentaires, couvre plus ou moins totalement la partie de frais non remboursés par le régime général d'assurance maladie.

D

Déciles : Si l'on ordonne une distribution de salaires, de revenus, de patrimoine, de niveaux de

vie..., les déciles (au nombre de 9 : de D1 à D9) sont les valeurs qui la partagent en 10 sous-populations d'effectifs égaux. Le 1er décile (resp. 9e décile) est le seuil en dessous (resp. au-dessus) duquel se situent les 10% des ménages (ou personnes) ayant le plus faible (resp. haut) salaire, revenu, patrimoine, niveau de vie...

E

L'écart interdécile est la différence entre le neuvième et le premier décile, le plus souvent exprimée en euros par mois. Le neuvième décile est le revenu le plus faible des 10% les plus aisés, le premier décile est le revenu le plus élevé des 10% les plus pauvres.

Emplois stables : Nous considérons en emploi stable les salariés à temps complet et sans limitation de durée (CDI ou fonction publique).

F

Une **famille monoparentale** est constituée d'un adulte isolé ayant la charge d'un ou plusieurs enfant(s). L'adulte est dans 90% des cas la mère. Par « enfant » on entend les personnes à charge âgées de moins de 25 ans. On ne considère que les enfants célibataires.

Une **famille nombreuse** est une famille comprenant au moins trois enfants de moins de 25 ans.

H

Hauts niveaux de formation : Sont considérées comme de hauts niveaux de formation les personnes de 15 ans et plus non scolarisées, de niveau bac + 2 et plus. La population scolarisée est exclue.

I

Impôts directs : Ensemble des impôts sur le revenu des personnes physiques (IRPP), taxe d'habitation (TH), contribution sociale généralisée (CSG), contribution à la réduction de la dette sociale (CRDS), prélèvement libératoire sur valeurs mobilières et autres prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine.

L'indice de vieillissement des générations âgées rapporte la population âgée de 60 à 74 ans à la population âgée de 75 ans et plus. Cet

indicateur permet d'appréhender, sans réaliser de projections de populations, l'évolution programmée de la population âgée et ainsi le vieillissement à venir de la population. En effet, le rapport entre ces deux générations donne une idée du remplacement des générations pour la décennie suivante. Plus ce rapport est élevé, plus la génération des 60-74 ans est importante par rapport à la génération des 75 ans et plus, et plus la population des personnes âgées est susceptible d'augmenter dans la décennie à venir. Et inversement, plus ce rapport est faible, plus la population des 75 ans et plus est susceptible de diminuer dans la décennie à venir. Cet indicateur est surtout significatif pour les comparaisons entre territoires. En effet, il ne prend pas en compte les taux de mortalité (l'intégralité de la génération des 60-74 ans n'atteindra pas l'âge de 75 ans et plus), ni les migrations susceptibles d'intervenir sur la décennie. Il doit être considéré avec autant de précautions si le territoire comprend des structures d'accueil des personnes âgées.

Iris signifie « Ilots regroupés pour l'information statistique ». C'est la plus petite division territoriale statistique définie par l'Insee. Un Iris résidentiel regroupe toujours environ 2 000 habitants. En ville, un Iris correspond à peu près à l'idée la plus commune du « quartier ». Il peut être de superficie très différente selon la densité de population.

L

Les **logements du secteur social** selon l'Insee, sont :

- les logements appartenant à des organismes HLM (Habitation à loyer modéré) ou à d'autres bailleurs de logements sociaux (par exemple, logements détenus par les sociétés immobilières d'économie mixte - SEM) et qui sont soumis à la législation HLM pour la fixation de leur loyer ;
- les logements en dehors du champ des organismes de HLM mais pratiquant un loyer HLM. Remarque : Les logements-foyers, les résidences pour personnes âgées ou handicapées ne font pas partie des logements du secteur social.

Un **logement vacant** est un logement inoccupé se trouvant dans l'un des cas suivants : - proposé à la vente, à la location ; - déjà attribué à un acheteur ou un locataire et en attente d'occupation ; - en attente de règlement de succession ; - conservé par un employeur pour un usage futur au profit d'un de ses employés ; - gardé vacant et sans affectation précise par le propriétaire (exemple un logement très vétuste...)

M

Médiane : Si l'on ordonne une distribution de salaires, de revenus, de patrimoine, de niveaux de vie..., la médiane (D5 ou Q2) partage la population en deux sous-populations égales.

Un **ménage**, au sens du recensement de la population, désigne l'ensemble des personnes qui partagent la même résidence principale, sans que ces personnes soient nécessairement unies par des liens de parenté. Un ménage peut être constitué d'une seule personne. Le nombre de ménages et le nombre de résidences principales sont égaux.

Remarque : les personnes vivant dans des habitations mobiles, les marins, les sans-abris, et les personnes vivant en communauté (foyers de travailleurs, maisons de retraite, résidences universitaires, maisons de détention...) sont considérées comme vivant hors ménage.

Les **minima sociaux** visent à assurer un revenu minimal à une personne (ou à sa famille) en situation de précarité. Ce sont des prestations sociales non contributives, c'est-à-dire qu'elles sont versées sans contrepartie de cotisations. Le système français de minima sociaux comporte divers dispositifs dont un spécifique aux départements d'outre-mer (Dom).

Le RSA qui vise à lutter contre les exclusions est un des plus connus. Les autres allocations visent des publics spécifiques confrontés à un risque de grande pauvreté, par exemple : - les chômeurs de très longue durée, avec l'allocation de solidarité spécifique (ASS) pour ceux ayant épuisé leurs droits à l'assurance chômage ; - les personnes handicapées (allocation aux adultes handicapés - AAH) ; - les personnes âgées (minimum vieillesse).

N

Naissances : Les statistiques annuelles, concernant les naissances domiciliées, sont élaborées par l'Insee à partir des bulletins statistiques de l'état civil. Le lieu de l'évènement est celui du domicile de la mère.

Niveau de vie : Revenu disponible du ménage rapporté au nombre d'unités de consommation (UC). Le niveau de vie est donc le même pour toutes les personnes d'un même ménage.

Nouveaux arrivants : Les nouveaux arrivants sur la commune correspondent aux populations nouvellement arrivées sur la commune. Le recensement de la population considère comme immigrants les personnes qui résident sur la commune et n'y résidaient pas 5 ans auparavant quel que soit leur parcours résidentiel intermédiaire.

P

Petites résidences principales : Ce sont les résidences principales composées de 1 ou 2 pièces. Sont dénombrées les pièces à usage d'habitation (y compris la cuisine si sa surface excède 12 m²) ainsi que les pièces annexes non cédées à des tiers (chambres de service...). Ne sont pas comptées les pièces à usage exclusivement professionnel ainsi que les entrées, couloirs, salles de bain, ...

La **population «comptée à part»**, comprend les personnes qui habitent hors de la commune, mais qui y ont gardé une résidence : les étudiants qui poursuivent leurs études dans une autre ville, les militaires ou personnes âgées qui ont conservé un logement mais qui ne vivent plus dans la commune notamment.

La **population «municipale»** comprend toutes les personnes qui vivent effectivement dans la commune. On y trouve aussi bien les ménages qui demeurent en logement individuel, que les

étudiants en cité-universitaire, les personnes âgées en maison de retraite, où les personnes en habitat mobile, etc.

La **Population non scolarisée** comprend les personnes non inscrites dans un établissement d'enseignement.

La **population totale** d'une commune est la somme de la population municipale et de la population comptée à part. La somme des populations totales des communes n'est pas équivalente à la population française, car elle comprend des doubles comptes. Un étudiant «compté à part», par exemple, peut être enregistré dans deux communes à la fois au sens de la population totale, une fois dans la commune de ses parents, une fois là où il étudie. Seule la population municipale est dite «sans double compte» : la somme est égale à la population totale.

Prestations sociales : Ensemble des prestations familiales, de logement, minima sociaux (revenu minimum d'insertion, revenu de solidarité active, allocation adulte handicapé, allocation de parent isolé, allocation de solidarité aux personnes âgées).

Q

Quartiles : Si l'on ordonne une distribution de salaires, de revenus, de patrimoine, de niveaux de vie..., les quartiles (au nombre de 3 : de Q1 à Q3) sont les valeurs qui la partagent en 4 sous-populations d'effectifs égaux. Le 1er quartile (resp. 3e quartile) est le seuil en dessous (resp. au-dessus) duquel se situent les 25 % des ménages (ou personnes) ayant le plus faible (resp. haut) salaire, revenu, patrimoine, niveau de vie...

R

Ratio aidants / aidés : De manière schématique, les proches des personnes âgées et notamment leurs enfants susceptibles d'aider les personnes âgées peuvent être assimilés aux 55 à 64 ans (populations des aidants). Le rapport entre les 55-64 ans (population des aidants) et les 85 ans et plus (population à aider) donne une idée du potentiel en matière de soutien à domicile des personnes âgées dépendantes par leur famille.

Une **résidence principale** est un logement, occupé de façon permanente et à titre principal par un ménage, le nombre de ménages est donc égal à celui des résidences principales. Le nombre de résidences principales comprend les logements ordinaires (voir

ci-dessus), mais aussi toutes les autres formes de logements (foyers, habitat de fortune, roulotte, etc.).

Résidence secondaire ou occasionnelle : La distinction entre logements occasionnels et résidences secondaires est parfois difficile à établir ; c'est pourquoi, les deux catégories sont souvent regroupées. Les résidences secondaires correspondent aux logements utilisés pour les week-ends, les loisirs ou les vacances, y compris les logements meublés loués (ou à louer) pour des séjours touristiques. Les logements occasionnels regroupent les logements ou pièces indépendantes utilisés occasionnellement pour des raisons professionnelles (par exemple, un pied-à-terre professionnel d'une personne qui ne rentre qu'en fin de semaine auprès de sa famille).

Le **revenu fiscal par unité de consommation** divise le revenu global du ménage par un nombre de parts baptisées «unités de consommation», ce qui permet de comparer les niveaux de vie des ménages de taille différente, en prenant en compte leur composition. Les parts ne sont pas toutes de même taille. Selon le système utilisé par l'Insee, le premier adulte (ou une personne seule) vaut une part (donc une unité de consommation), les autres personnes de 14 ans ou plus valent 0,5 part, les enfants de moins de 14 ans 0,3 part.

Les allocataires bénéficiant d'un **revenu garanti** sont des allocataires percevant au moins une des prestations parmi les allocations suivantes : RSA, AAH, RSO.

Le **revenu médian** d'une population donnée (des ménages, des personnes seules, des familles monoparentales, etc.) est celui qui partage cette population en deux, autant gagnent moins, autant gagnent davantage.

RSA (Revenu de solidarité active) : Entré en vigueur le 1er juin 2009 en France métropolitaine et le 1er janvier 2011 dans les départements d'outre-mer, cette prestation remplace le revenu minimum d'insertion (RMI) et l'allocation de parent isolé (API) pour les personnes privées d'emploi. Il apporte une incitation financière aux personnes sans ressource qui reprennent un emploi (le RSA garantit à quelqu'un qui reprend un travail que ses revenus augmentent). Enfin il complète les ressources des personnes dont l'activité professionnelle ne leur apporte que des revenus limités.

S

Sédentaires : Au recensement de la population les sédentaires sont les populations qui résidaient sur la même commune 5 ans auparavant.

Seuil de pauvreté : Il est égal à 60 % du niveau de vie médian de l'ensemble des personnes vivant en France métropolitaine.

Sirene (Système informatisé du répertoire national des entreprises et des établissements) : Ce système dont la gestion a été confiée à l'Insee enregistre l'état civil de toutes les entreprises et leurs établissements, quelle que soit leur forme juridique et quel que soit leur secteur d'activité, situés en métropole, dans les Dom (Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion et Mayotte) et à Saint-Pierre et Miquelon. Les entreprises étrangères qui ont une représentation ou une activité en France y sont également répertoriées.

Le **solde migratoire** est la différence entre les entrées (immigrants) et les sorties (émigrants) d'un territoire donné, à titre permanent, pour une année donnée.

Le **solde naturel** correspond à la différence entre les naissances et les décès.

T

La **taille moyenne des ménages** reflète le nombre de personnes vivant par ménage (ou résidence principale).

Taux de pauvreté : Pourcentage de la population dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté.

Taux de polarisation de l'emploi : Le taux de polarisation rapporte le nombre d'emplois situés sur la commune, au nombre d'actifs occupés (ayant un emploi) résidant sur la commune. Un taux proche de zéro caractérise une commune résidentielle, qui ne dispose que de très peu d'emplois. Un taux nettement supérieur à un caractérise une ville qui attire chaque jour un nombre élevé d'actifs occupés. Il y a équilibre lorsque le taux est égal à un. Dans ce cas, les départs quotidiens vers le lieu de travail sont équivalents en volume aux arrivées quotidiennes d'actifs occupés, ou tous les emplois sont occupés par des actifs de la commune (pas de départs et pas d'arrivées).

Le **taux estimé de fécondité** est le rapport entre la moyenne des naissances au cours des trois dernières années et la population féminine âgée de 15 à 44

ans (en âge d'avoir des enfants). Il diffère de l'indice conjoncturel de fécondité calculé par l'Insee.

Temps partiel : La répartition des actifs ayant un emploi selon qu'ils occupent leur emploi principal à temps partiel ou à temps complet est réalisée sur la base de la déclaration des personnes concernées.

U

L'**unité de consommation** permet de comparer les niveaux de vie de ménages de taille différente en prenant en compte leur composition. L'Insee utilise la méthode de calcul suivante : le premier adulte (ou une personne seule) vaut une part entière (donc une unité de consommation), les autres personnes de 14 ans ou plus valent 0,5 part, les enfants de moins de 14 ans 0,3 part.

Z

Une **zone d'emploi** est un espace géographique à l'intérieur duquel la plupart des actifs résident et travaillent, et dans lequel les établissements peuvent trouver l'essentiel de la main d'œuvre nécessaire pour occuper les emplois offerts.

Les sources de données exploitées

INSEE

Les recensements de la population

- Historique des populations légales
- Données Profils Insee
- Base de chiffres clés recensement renové
- Base de tableaux détaillés recensement renové
- Base de données infra-communales recensement renové
- Fichiers détails recensement renové

L'état civil

- Naissances domiciliées
- Décès domiciliés

Les impôts

- Les revenus fiscaux localisés des ménages DGI
- Les Indicateurs de structure et de distribution des revenus DGI
- Les taux de pauvreté FiLoSoFi
- Les niveaux de vie FiLoSoFi

Omphale

- Les tables de fécondité et mortalité

CAF

- Les bénéficiaires des prestations légales
- Les Allocataires des prestations légales

CNAM-TS

- La population des bénéficiaires du régime général de l'assurance maladie
- Couverture maladie universelle complémentaire
- Affections de longues durées
- Aide au paiement d'une Complémentaire Santé

DARES

- Les Demandeurs d'emploi en fin de mois

SNDS

- Les consultations selon le professionnel de santé

BPE

- Les praticiens sur le territoire

Éléments de méthode

Précautions de lecture :

Les délais de mise à disposition des données sont variables selon les sources et les échelles géographiques.

Le recensement de l'Insee

Concernant les données issues du recensement de la population, rappelons que désormais les enquêtes de recensement sont annuelles, et que le calcul des indicateurs mis à disposition prend en compte 5 années d'enquêtes.

- Pour les communes de moins de 10 000 habitants, une enquête exhaustive a lieu tous les 5 ans.
- Pour les communes de 10 000 habitants ou plus, l'enquête est réalisée auprès d'un échantillon de 8% des logements de la commune chaque année, ainsi 40% des logements sont enquêtés sur 5 ans.

Les données communales détaillées des populations issues du recensement rénové sont diffusées au 1er juillet. Elles correspondent aux données millésimées à l'année N-3 et sont issues des enquêtes des années N-5, N-4, N-3, N-2, N-1. Elles sont donc relativement récentes (la dernière enquête considérée a été réalisée à l'année N-1).

Le calcul des évolutions ne peut se faire qu'au bout d'un cycle complet de 5 années d'enquêtes de façon à ce que les comparaisons d'une donnée du recensement à l'autre n'intègrent pas la même année d'enquête

Les données infra-communales sont diffusées au début du 3ème trimestre. Elles sont millésimées également à l'année N-3 et sont issues des enquêtes des années N-5 à N-1.

Autres sources de données

D'autres sources de données sont prises en compte dans cette étude, plus anciennes ou plus récentes selon les cas. Si les dates diffèrent légèrement, les données ainsi collectées nous permettent néanmoins de repérer les dynamiques au sein des territoires et les tendances générales. Les décalages de mise à disposition des sources de données ne nuisent pas à la mise en place d'une bonne photographie du territoire.

Des collectes complémentaires ont par ailleurs été engagées auprès de la Cnam de Charente-Maritime et l'ORS de Nouvelle Aquitaine.

Notre choix d'indicateurs

Les indicateurs présentés dans ce document ont été conçus pour comprendre la réalité économique, sanitaire et sociale des territoires de la façon la plus fine possible. Ils permettent notamment la comparaison entre les territoires, en signalant les plus fragiles et les plus dynamiques. Notre analyse repose sur une batterie d'indicateurs élaborés à partir de nos bases de données alimentées depuis 20 ans dans de très nombreux domaines, de la démographie aux revenus en passant par l'emploi.

L'utilisation des données implique cependant quelques précautions, pour plusieurs raisons :

- certaines populations n'apparaissent pas ou quasiment pas dans les enquêtes. Le recensement de la population de l'Insee mesure mal par exemple les populations sans logis, les gens du voyage, ou les étrangers sans papier notamment. Les enquêtes sur les revenus ne prennent pas en compte les personnes vivant en collectivité, en particulier les personnes âgées vivant en maison de retraite ou les étudiants en cité universitaire, etc.
- chaque indicateur repose sur des choix de méthode qui lui sont propres, qui doivent être pris en considération.
- on ne dispose pas d'indicateurs dans tous les domaines disponibles dans la statistique publique.

La population et l'âge

Sur l'ensemble de ce document, toutes les analyses portant sur la population des territoires utilisent la population statistique de référence correspondant à la **population municipale**.

Toutes les données relatives à l'âge portent sur l'âge révolu (âge atteint au dernier anniversaire).



Contact :

stephanie.bigot@compas-tis.com

Tél. : 02 51 80 69 80

[@compas_infos](#)

[@Compas](#)

www.lecompas.fr

Spécialiste du développement social local

Le Compas se développe depuis plus de 20 ans grâce à ses valeurs humaines, son réseau, ses partenariats bien ciblés, ses outils et méthodes continuellement renouvelés et son savoir-faire reconnu.

Nos engagements :

- > Contribuer au mieux-vivre des habitants et mettre en évidence les besoins invisibles.
- > Capitaliser les connaissances et les questionnements pour éclairer les enjeux sociaux.
- > Tisser une relation de confiance pour construire ensemble les politiques de demain.