



**Diagnostic  
régional**

**Nouvelle-Aquitaine**

**PRS** 2018-2028  
**NOUVELLE  
AQUITAINE**  
Projet Régional de Santé

Ce document que nous soumettons à votre lecture est un panorama de l'état de santé des habitants de Nouvelle-Aquitaine, au travers :

- d'un état des lieux des déterminants de santé de la région,
- des impacts des actions de prévention qui ont été menées,
- d'un diagnostic de l'offre en structures, services et ressources humaines,
- des indicateurs de mortalité, morbidité et recours aux soins des néo-aquitains.

Il a été élaboré avec les contributions

- des trois Observatoires Régionaux de la Santé (ORS) des anciennes régions Aquitaine, Limousin, Poitou-Charentes en collaboration avec des référents métier de l'ARS,
- des Centres Régionaux d'Études, d'Actions et d'Information (CREAI) d'Aquitaine et Limousin,
- du Pôle Santé Environnement de l'ARS,
- et du Pôle Études, Statistiques et Évaluation de l'ARS.

# SOMMAIRE

---

1.	LA DÉMOGRAPHIE .....	5
1.1.	Une région vaste mais peu dense .....	5
1.2.	Une démographie dynamique autour des grandes agglomérations, grâce aux migrations... ..	5
1.3.	Près d'un million d'habitants supplémentaires à l'horizon 2040 .....	8
1.4.	Une région relativement âgée.....	10
1.5.	Plus d'un tiers des ménages composés d'une seule personne .....	12
2.	LES DÉTERMINANTS DE SANTE.....	15
2.1.	Déterminants socio-économiques (emploi, chômage, précarité).....	15
2.2.	Déterminants géographiques et environnementaux.....	22
2.3.	Risques comportementaux .....	41
2.4.	Risques professionnels .....	61
3.	L'ÉTAT DE SANTÉ .....	71
3.1.	Espérance de vie.....	71
3.2.	Mortalité.....	72
3.3.	Morbidité à travers les ALD .....	78
4.	LA PROMOTION DE LA SANTE ET LA PREVENTION.....	87
4.1.	Prévention et promotion de la santé : le contexte .....	87
4.2.	Les actions financées .....	87
4.3.	Une grande diversité d'acteurs .....	88
4.4.	Vaccination et maladies à prévention vaccinale .....	90
4.5.	Prévention et dépistage .....	96
4.6.	Les infections sexuellement transmissibles .....	102
4.7.	Éducation thérapeutique du patient (ETP).....	112
5.	LES RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ ET SOINS AMBULATOIRES .....	116
5.1.	Une offre inégalement répartie .....	116
5.2.	Des densités médicales différentes selon les territoires.....	117
5.3.	Psychiatres et psychologues : quelle répartition ?.....	119
5.4.	Infirmiers et masseurs kinésithérapeutes : les soignants de proximité.....	120
5.5.	Accessibilité à la médecine de ville .....	121
5.6.	Les zones fragiles en médecine générale .....	123
5.7.	Les maisons de santé et pôles de santé pluridisciplinaires .....	126
5.8.	Consommation de soins de ville.....	128
6.	LES SOINS HOSPITALIERS.....	129
6.1.	L'offre hospitalière .....	129
6.2.	Médecine, chirurgie et obstétrique.....	138
6.3.	Soins de suite et de réadaptation.....	149
6.4.	Hospitalisation à domicile .....	158
6.5.	Psychiatrie .....	161
7.	L'OFFRE MEDICO-SOCIALE.....	192
7.1.	Personnes âgées.....	192
7.2.	Personnes handicapées.....	206

7.3.	FOCUS : l'accompagnement des enfants et adolescents avec autisme ou autres troubles envahissants du développement .....	222
7.4.	FOCUS : les personnes handicapées vieillissantes accompagnées par une structure médico-sociale en Nouvelle-Aquitaine.....	235
8.	PATHOLOGIES OU PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES .....	241
8.1.	La santé mentale .....	241
8.2.	Les cancers.....	272
8.3.	Les accidents vasculaires cérébraux (AVC).....	287
8.4.	L'insuffisance cardiaque chronique.....	293
8.5.	La broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO).....	298
8.6.	Le diabète .....	302
9.	LES DÉPENSES DE SANTÉ .....	306
9.1.	Les dépenses publiques.....	306
9.2.	Focus : Les dépenses des établissements de santé.....	308
9.3.	Focus : les dépenses de soins de ville.....	311
9.4.	Focus : les consommations des soins de ville des Néo-aquitains .....	313
10.	TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	319
11.	BIBLIOGRAPHIE.....	329

# 1. LA DÉMOGRAPHIE

## 1.1. Une région vaste mais peu dense

La Nouvelle-Aquitaine compte **5,9 millions d'habitants au 1er janvier 2015**. C'est la 4<sup>ème</sup> région la plus peuplée derrière l'Île-de-France, l'Auvergne-Rhône Alpes et les Hauts de France. Elle concentre 9,2 % de la population de France métropolitaine. D'une superficie de 84 000 km<sup>2</sup>, elle est **la plus vaste de l'hexagone, mais une des moins denses (70 habitants par km<sup>2</sup>)**.

Avec 1 500 000 habitants, la Gironde, qui bénéficie de l'attractivité de la métropole bordelaise, concentre plus du quart de la population de la nouvelle région avec la densité de population la plus élevée (155 habitants/km<sup>2</sup> contre 118 en France métropolitaine, 28<sup>ème</sup> département le plus dense de l'hexagone). A l'inverse, la Creuse est le département le moins peuplé (12 fois moins que la Gironde) et le moins dense (95<sup>ème</sup> rang des départements métropolitains). Les Pyrénées-Atlantiques et la Charente-Maritime dépassent les 600 000 habitants avec une densité supérieure à la moyenne régionale. Les autres départements comptent de 200 000 à 450 000 habitants avec des densités plus ou moins proches de la moyenne régionale.

Figure 1. Densité, structure et évolution de la population<sup>1</sup> en Nouvelle-Aquitaine

	Estimations de population 01/01/2015	Nombre d'habitants au km2	Part de la population âgée de 75 ans ou plus (%)	Indice de vieillissement 2015*	Variation moyenne annuelle de la population entre 2008 et 2013 (%)		
					Variation moyenne annuelle	solde naturel	solde migratoire apparent
Charente	354 600	60	12,1	108,3	0,1	-0,1	0,2
Charente-Maritime	639 600	93	12,3	117,5	0,7	-0,1	0,8
Corrèze	238 700	41	13,9	124,1	-0,2	-0,4	0,2
Creuse	119 400	21	15,6	151,9	-0,5	-0,8	0,3
Dordogne	418 200	46	13,6	131,5	0,4	-0,3	0,7
Gironde	1 543 000	155	8,9	76,2	1,2	0,3	0,8
Landes	405 200	44	11,2	103,9	1,3	0,0	1,3
Lot-et-Garonne	334 100	62	12,7	112,9	0,4	0,0	0,5
Pyrénées-Atlantiques	670 400	88	11,7	103,1	0,5	0,0	0,5
Deux-Sèvres	372 600	62	11,5	92,6	0,4	0,1	0,2
Vienne	433 700	62	10,7	86,3	0,3	0,2	0,1
Haute-Vienne	375 400	68	11,9	104,2	0,1	0,0	0,1
Nouvelle-Aquitaine	5 904 800	70	11,3	99,5	0,6	0,0	0,6
France métropolitaine	64 277 200	118	9,3	76,4	0,5	0,4	0,1

\*Nombre de personnes de 65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans

Source : Insee, Estimations de population 2015, RP2008 et 2013,

Réalisation ARS Nouvelle-Aquitaine, Pôle études, statistiques et évaluation

## 1.2. Une démographie dynamique autour des grandes agglomérations, grâce aux migrations

La Nouvelle-Aquitaine est une région à la démographie dynamique : **entre 2008 et 2013, elle a gagné un peu plus de 173 000 habitants**, soit une augmentation annuelle moyenne de 0,6 %, un rythme plus fort que dans l'ensemble de la France métropolitaine (+ 0,5 %). Mais cette évolution positive masque une hétérogénéité importante entre les départements. **Les quatre départements littoraux**

<sup>1</sup> A l'exception de la population totale qui est estimée pour 2015, les données de population sont celles du recensement de 2013. Ce sont les données les plus récentes disponibles début 2017, permettant l'élaboration d'indicateurs démographiques détaillés.

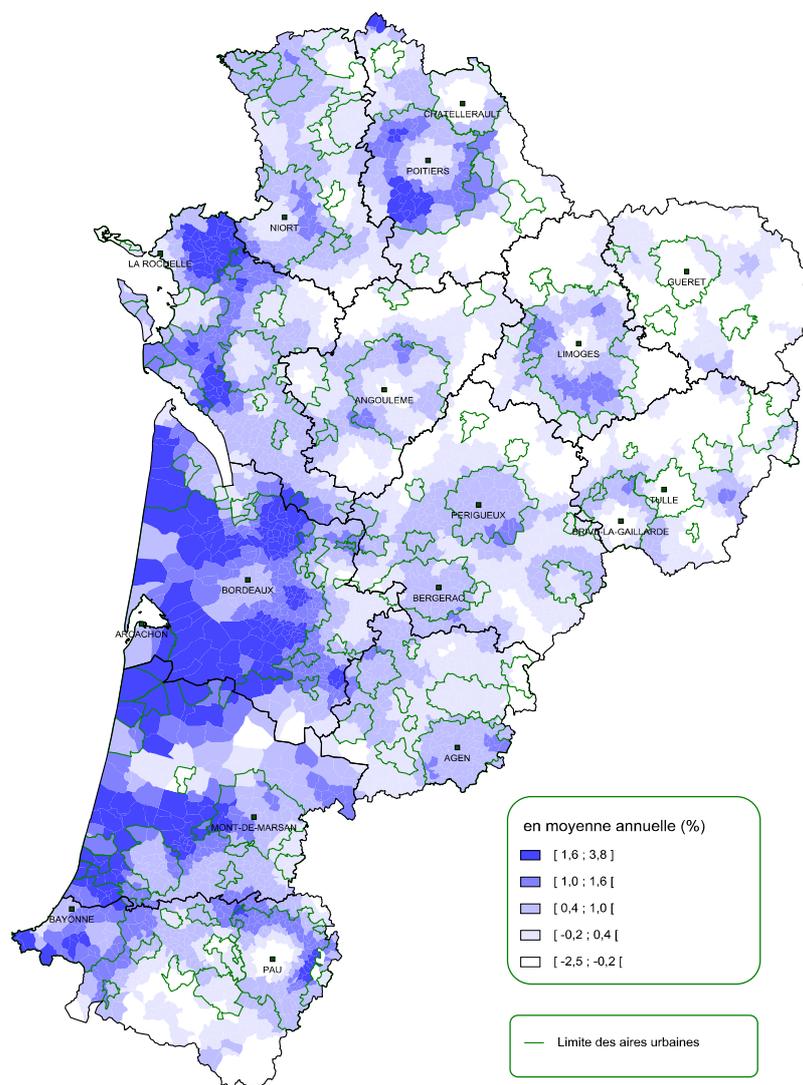
**connaissent une croissance supérieure à la moyenne métropolitaine.** Les Landes affichent l'évolution la plus forte (+ 1,3 %) devant la Gironde (+ 1,2 %), la Charente-Maritime (+ 0,7 %) et, proches de la moyenne, les Pyrénées-Atlantiques (+ 0,5 %). Grâce à l'attractivité de Bordeaux, la Gironde concentre près de la moitié des 173 000 habitants supplémentaires que la région a enregistrés entre 2008 et 2013. À l'opposé, la Corrèze et la Creuse perdent des habitants (respectivement - 0,2 % et - 0,5 %). Parmi les 6 départements qui ont connu des hausses inférieures au rythme national, 4 d'entre eux (Lot-et-Garonne, Dordogne, Deux-Sèvres et Vienne) enregistrent des progressions allant de + 0,3 % à + 0,4 % alors que les 2 autres (Charente et Haute-Vienne) sont quasiment stables (+ 0,1 %).

Les communes dont la population a augmenté le plus se situent surtout autour des grandes agglomérations ou près du littoral (figure 2). Comme ailleurs en France, la grande majorité des communes se trouvent sous influence d'un ou plusieurs pôles<sup>2</sup>, qu'ils soient grands, moyens ou petits. Moins d'un tiers des communes de la région Nouvelle-Aquitaine se situent en dehors de l'influence d'un pôle urbain. Elles ne représentent que 10 % de la population régionale mais c'est bien plus qu'au niveau France métropolitaine où ces communes isolées concentrent moins de 5 % de la population. Leur population est stable contrairement à celle de ce type de communes dans l'ensemble de la France de province qui baisse.

---

<sup>2</sup> Une aire urbaine est un ensemble de communes, d'un seul tenant et sans enclave, constitué par un pôle urbain et par des communes dont au moins 40 % de la population résidente ayant un emploi travaille dans le pôle ou dans des communes attirées par celui-ci. Le zonage en aires urbaines distingue trois tailles : les « grandes aires urbaines » avec un pôle urbain de plus de 10 000 emplois, les « moyennes aires » avec un pôle urbain de 5 000 à 10 000 emplois, les « petites aires » avec un pôle de 1 500 à 5 000 emplois.

**Figure 2. Évolution de la population entre 2008 et 2013 en Nouvelle-Aquitaine (carte communale lissée à 5 km)**



Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique  
 Source : Insee, Recensements de la population  
 Réalisation : ARS Nouvelle Aquitaine, Pôle études, statistiques et évaluation

Néanmoins, cette évolution positive du nombre d'habitants n'est due qu'aux migrations<sup>3</sup>. Du fait de naissances moins nombreuses depuis 2011 et de décès en forte augmentation en 2012 et 2013, la région présente un solde naturel<sup>4</sup> déficitaire. Cette situation s'explique par une part importante de personnes âgées (et donc mécaniquement par des décès nombreux) et une fécondité parmi les plus basses de la métropole.

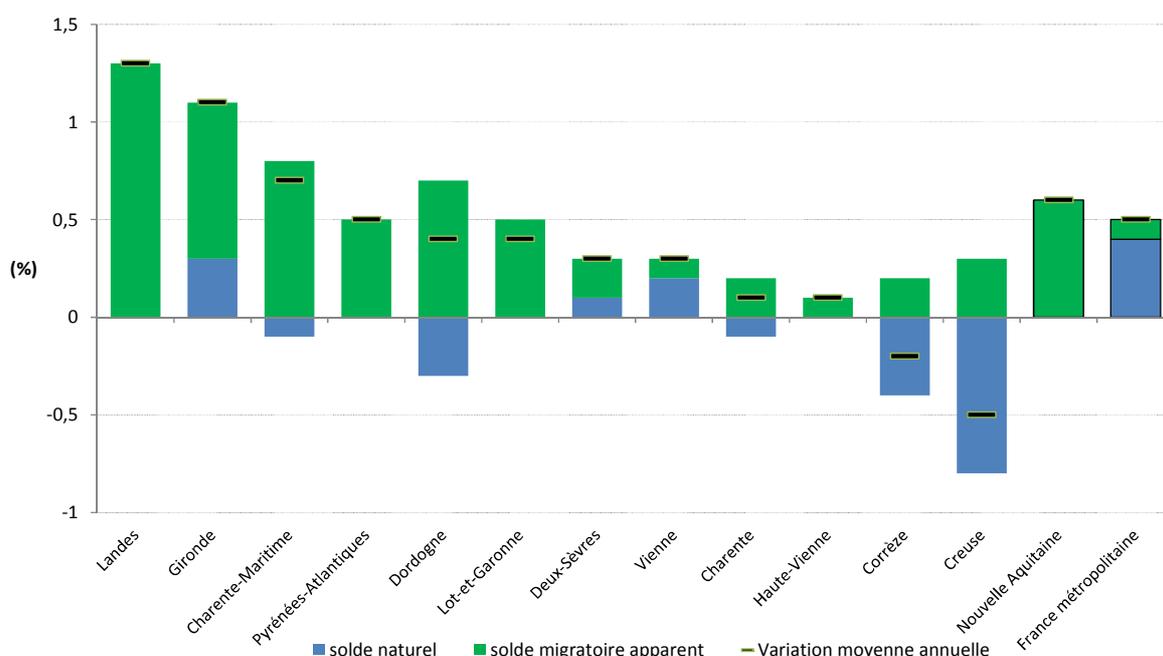
Si tous les départements de la région attirent de nouveaux habitants, les soldes naturels sont plus contrastés. En effet, seuls trois départements (les plus jeunes) affichent à la fois des arrivées plus nombreuses que les départs et des naissances plus nombreuses que les décès : la Gironde, la Vienne et les Deux-Sèvres. A l'inverse, cinq départements ont un solde naturel négatif non compensé par l'arrivée de jeunes, ce qui renforce le vieillissement de la population. Les principaux mouvements

<sup>3</sup> Le **solde migratoire** est la différence entre le nombre de personnes entrées sur un territoire donné et le nombre de personnes qui en sont sorties.

<sup>4</sup> Le **solde naturel** est la différence entre le nombre de naissances et le nombre de décès enregistrés.

migratoires avec les autres régions de France métropolitaine (entrées et sorties de la Nouvelle-Aquitaine) concernent les 18-25 ans. La région attire des jeunes actifs avec ou sans enfant et des jeunes retraités avec un pic important vers 60 ans. La Gironde, la Vienne et la Haute-Vienne accueillent des étudiants grâce à leur offre universitaire et la Charente-Maritime, la Dordogne et les Landes attirent des nouveaux retraités et de jeunes actifs, grâce notamment à leur cadre de vie.

**Figure 3. Évolution moyenne annuelle de la population entre 2008 et 2013 en Nouvelle-Aquitaine**



Source : Insee, RP2008 et 2013  
Réalisation ARS Nouvelle-Aquitaine, Pôle études, statistiques et évaluation

### 1.3. Près d'un million d'habitants supplémentaires à l'horizon 2040

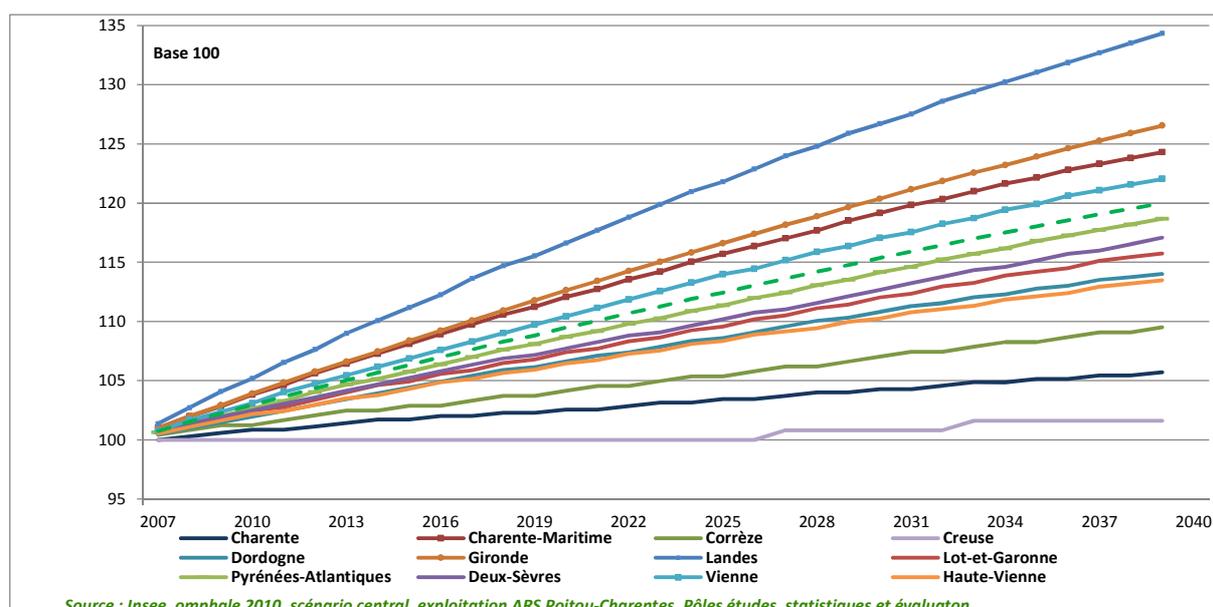
À l'horizon 2040, si les tendances démographiques actuellement constatées se prolongent, la Nouvelle-Aquitaine compterait 6 750 000 habitants. Elle gagnerait près d'un million d'habitants en 23 ans entre 2017 et 2040, soit une progression de 12 % contre + 8 % pour la France métropolitaine. Espace déjà âgé, la Nouvelle-Aquitaine devrait vieillir au même rythme que la moyenne nationale. Ainsi, le nombre des personnes âgées de 60 ans ou plus atteindrait 2 400 000 en 2040. Le nombre de 75 ans ou plus s'établirait à 1 165 000 personnes. Au final, en 2040, plus d'une personne sur trois serait âgée de 60 ans ou plus (35,5 %) et une sur six de 75 ans ou plus : la Nouvelle-Aquitaine resterait en 2<sup>ème</sup> position derrière la Corse pour la part des personnes âgées.

**Figure 4. Projections de population en 2007 et 2040 - Nombre d'habitants et évolution**

	Population (en milliers)		Evolution de la population 2007-2040	
	2007	2040	effectifs (en milliers)	%
Charente	350	370	20	+6
Charente-Maritime	605	752	147	+24
Corrèze	242	265	23	+10
Creuse	124	126	2	+2
Dordogne	407	464	57	+14
Gironde	1 409	1 783	374	+27
Landes	367	493	126	+34
Lot-et-Garonne	324	375	51	+16
Pyrénées-Atlantiques	643	763	120	+19
Deux-Sèvres	363	425	62	+17
Vienne	422	515	93	+22
Haute-Vienne	371	421	50	+13
<b>Nouvelle-Aquitaine</b>	<b>5 627</b>	<b>6 752</b>	<b>1 125</b>	<b>+20</b>
<b>France métropolitaine</b>	<b>61 796</b>	<b>70 734</b>	<b>8 938</b>	<b>+15</b>

Source : Insee, projections de population, Omphale 2010, scénario central, exploitation ARS Nouvelle-Aquitaine, Pôle études, statistiques et évaluation

**Figure 5. Projections de population Évolution du nombre d'habitants de 2007 à 2040 selon les départements (base 100 au 1er janvier 2007)**



Source : Insee, omphale 2010, scénario central, exploitation ARS Poitou-Charentes, Pôles études, statistiques et évaluation

**Figure 6. Projections de population entre 2007 et 2040 – Répartition de la population selon l'âge en 2007 à 2040**

	Moins de 25 ans		25-59 ans		60-74 ans		75 ans et +	
	2007	2040	2007	2040	2007	2040	2007	2040
Charente	27%	24%	47%	37%	15%	20%	11%	19%
Charente-Maritime	27%	24%	45%	36%	17%	20%	11%	20%
Corrèze	25%	23%	45%	38%	17%	20%	13%	19%
Creuse	23%	21%	44%	35%	18%	22%	15%	22%
Dordogne	25%	22%	45%	36%	17%	21%	13%	21%
Gironde	31%	28%	48%	42%	13%	16%	9%	14%
Landes	26%	24%	47%	38%	16%	20%	11%	18%
Lot-et-Garonne	27%	24%	45%	38%	16%	20%	12%	19%
Pyrénées-Atlantiques	28%	24%	47%	40%	15%	18%	11%	18%
Deux-Sèvres	29%	27%	46%	39%	14%	18%	11%	17%
Vienne	31%	30%	46%	39%	13%	16%	10%	15%
Haute-Vienne	28%	26%	46%	39%	15%	17%	11%	17%
<b>Nouvelle-Aquitaine</b>	<b>28%</b>	<b>26%</b>	<b>46%</b>	<b>39%</b>	<b>15%</b>	<b>18%</b>	<b>11%</b>	<b>17%</b>
<b>France métropolitaine</b>	<b>31%</b>	<b>28%</b>	<b>47%</b>	<b>41%</b>	<b>13%</b>	<b>16%</b>	<b>8%</b>	<b>15%</b>

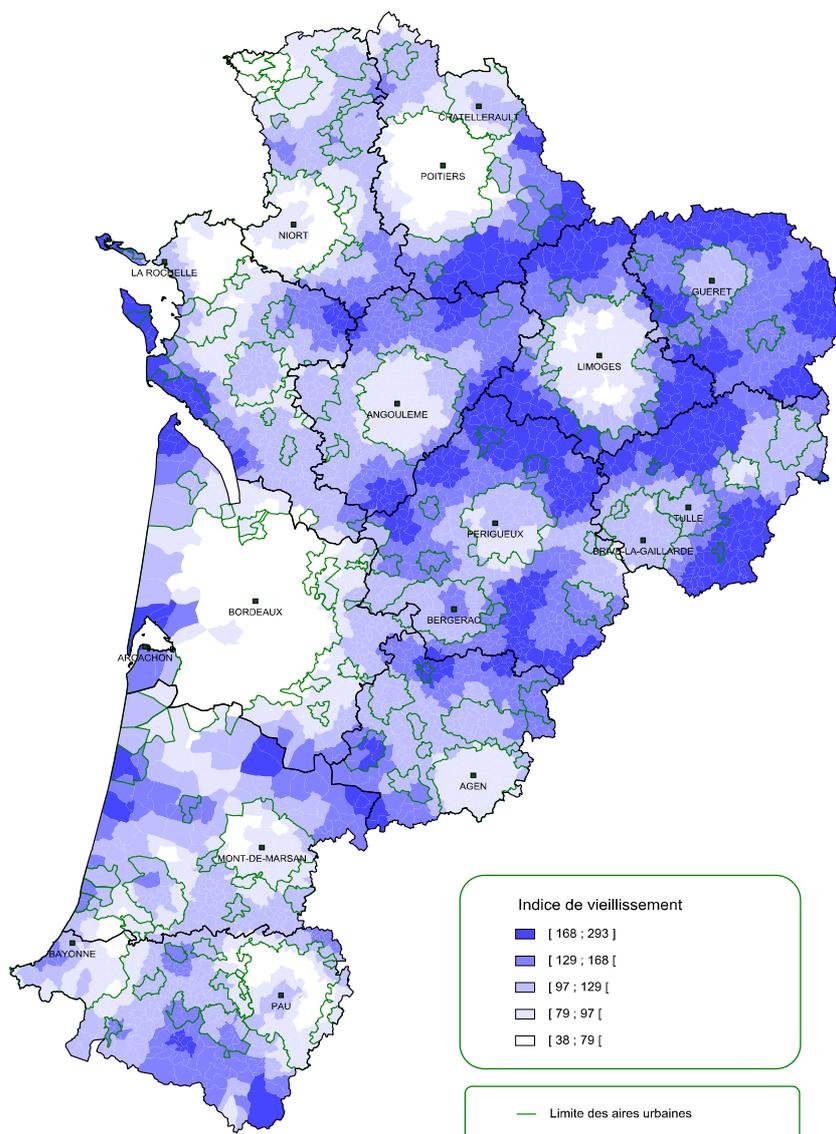
Source : Insee, projections de population, omphale 2010, scénario central, réalisation ARS Nouvelle-Aquitaine, Pôle études, statistiques et évaluation

### 1.4. Une région relativement âgée

La population de la Nouvelle-Aquitaine est âgée : **début 2015, 11,3 % de la population a 75 ans ou plus contre 9,3 % en métropole**. Cette part a augmenté de 2,2 points en 15 ans, au même rythme qu'au niveau national. La population continue de vieillir sous l'effet de l'avancée en âge des générations nombreuses du baby-boom. Début 2015, la Nouvelle-Aquitaine comptait presque autant de personnes âgées que de jeunes : 99,5 personnes âgées de 65 ans ou plus pour 100 jeunes âgés de moins de 20 ans contre 76,4 en France métropolitaine.

Cinq départements ont moins de jeunes que de personnes âgées : la Creuse, la Dordogne, la Corrèze, la Charente-Maritime et le Lot-et-Garonne. **La Creuse est le département le « plus âgé »** avec plus d'une personne sur sept âgée d'au moins 75 ans. A l'inverse, la Gironde est le département le « plus jeune » devant la Vienne et les Deux-Sèvres.

**Figure 7. Vieillesse de la population selon la commune en Nouvelle-Aquitaine (carte communale lissée à 5 km)**



Carte réalisée avec Cartes & Données - © Articque  
 Source : Insee, RP2013  
 Réalisation : ARS Nouvelle-Aquitaine, Pôle études, statistiques et évaluation

L'indice conjoncturel de fécondité<sup>5</sup>, de 1,81 enfant par femme en 2014 (figure 8), plaçait la région à l'avant dernier rang des 13 régions françaises, devant la Corse. Il était beaucoup plus faible qu'en France (1,98). Avec en moyenne 1,75 enfant par femme, la Gironde est le département le moins fécond (92<sup>ème</sup> rang des départements métropolitains). Le Lot-et-Garonne présente l'indicateur de fécondité le plus élevé de la région, comparable à celui de la moyenne métropolitaine.

<sup>5</sup> Le **taux de fécondité** est le rapport du nombre de naissances vivantes de l'année à l'ensemble de la population féminine en âge de procréer (de 15 à 49 ans). L'**indicateur conjoncturel de fécondité** est la somme des taux de fécondité par âge observés une année. Cet indicateur donne le nombre moyen d'enfants qu'aurait une femme tout au long de sa vie si les taux de fécondité observés à chaque âge l'année considérée demeuraient inchangés.

**Figure 8. Natalité en 2014 - comparaisons départementales en Nouvelle-Aquitaine**

	Nombre de naissances	Taux de fécondité (1)	Indicateur conjoncturel de fécondité (2)	Age moyen de la mère à la naissance
Charente	3 378	49,7	1,9	29,2
Charente-Maritime	5 846	48,2	1,9	29,7
Corrèze	2 094	48,5	1,9	29,6
Creuse	879	44,2	1,8	29,3
Dordogne	3 479	46,1	1,9	29,1
Gironde	17 303	48,3	1,8	30,8
Landes	3 696	46,7	1,8	29,8
Lot-et-Garonne	3 347	52,8	2,0	29,7
Pyrénées-Atlantiques	6 497	47,7	1,8	30,7
Deux-Sèvres	3 718	51,1	1,9	29,5
Vienne	4 686	50,3	1,8	30,1
Haute-Vienne	3 724	48,2	1,8	30,0
<b>Nouvelle-Aquitaine</b>	<b>58 647</b>	<b>48,5</b>	<b>1,8</b>	<b>30,2</b>
<b>France métropolitaine</b>	<b>779 278</b>	<b>55,3</b>	<b>2,0</b>	<b>30,3</b>

(1) pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans

(2) nombre moyen d'enfants par femme âgée de 15 à 49 ans

Source : Insee, statistiques de l'état civil

Réalisation ARS Nouvelle-Aquitaine, Pôle études, statistiques et évaluation

### 1.5.Plus d'un tiers des ménages composés d'une seule personne

La Nouvelle-Aquitaine compte environ 2 663 600 logements, constituant ainsi autant de ménages<sup>6</sup>. Depuis 5 ans le nombre de ménages s'est accru de 5 %. Cette hausse provient essentiellement des ménages formés d'une seule personne (36 % des ménages). Ces derniers regroupent à eux seuls 16,6 % de la population. Les femmes seules, survivant souvent à leur conjoint, sont largement majoritaires (58 % des personnes habitant seules) et près d'un habitant sur deux vivant seul est âgé de 80 ans ou plus. Face au vieillissement de la population, le nombre de personnes seules a augmenté de 10 % en 5 ans tandis que le nombre de couples avec enfants au foyer a légèrement régressé (1%). Globalement, les ménages accueillant une famille<sup>7</sup> restent traditionnellement majoritaires (62 %).

<sup>6</sup> **Ménage** : ensemble des occupants d'un même logement, sans que ces personnes soient nécessairement unies par des liens de parenté. Un ménage peut ne comprendre qu'une seule personne. Les personnes vivant dans un ménage de plusieurs personnes mais n'appartenant pas à une famille sont classées dans la catégorie « Ménages Autres sans famille ». Au sens du recensement de la population, les personnes vivant dans des habitations mobiles, les marinières, les sans-abri et les personnes vivant en communauté (maison de retraite, résidences universitaires, maisons de détention...) sont considérées comme vivant hors ménage. Il y a égalité entre le nombre de ménages et le nombre de résidences principales.

<sup>7</sup> **Famille** : partie d'un ménage comprenant au moins deux personnes et constituée soit d'un couple formé d'un homme et d'une femme, marié ou non, avec ou sans enfant(s), soit d'un adulte avec ou plusieurs enfants. Les seuls enfants pris en compte dans les familles sont les personnes célibataires n'ayant elles-mêmes pas d'enfant et vivant avec au moins un de leurs deux parents, sans limite d'âge.

Figure 9. Ménages selon leur composition en Nouvelle-Aquitaine

	Nombre de ménages	Population des ménages	Répartition des ménages (%)			
			Nouvelle-Aquitaine		France métropolitaine	
			2013	2013	2013	2008
Ménages d'une personne	945 484	945 484	35.5	33.9	34.8	33.5
dont hommes seuls	396 358	396 358	14.9	13.8	14.8	13.9
dont femmes seules	549 126	549 126	20.6	20.1	20.0	19.6
Autres ménages sans famille	67 400	156 251	2.5	2.5	2.6	2.6
Ménages avec famille(s)	1 650 687	4 597 326	62.0	63.6	62.6	63.9
Ensemble	2 663 572	5 699 061	100.0	100.0	100.0	100.0

Source : Insee, RP2008 et 2013, exploitations complémentaires

Réalisation ARS Nouvelle-Aquitaine, Pôle études, statistiques et évaluation

À partir de 75 ans, 36 % des habitants de la région vivent seuls. C'est moins qu'en France métropolitaine (plus de 38 %). La part des personnes vivant en institution est comparable à celle que l'on observe en métropole. Ce mode de cohabitation est plus fréquent dans les Deux-Sèvres, la Creuse, la Charente et la Vienne, là où le taux d'équipement en places dans les établissements pour personnes âgées dépendantes est le plus élevé.

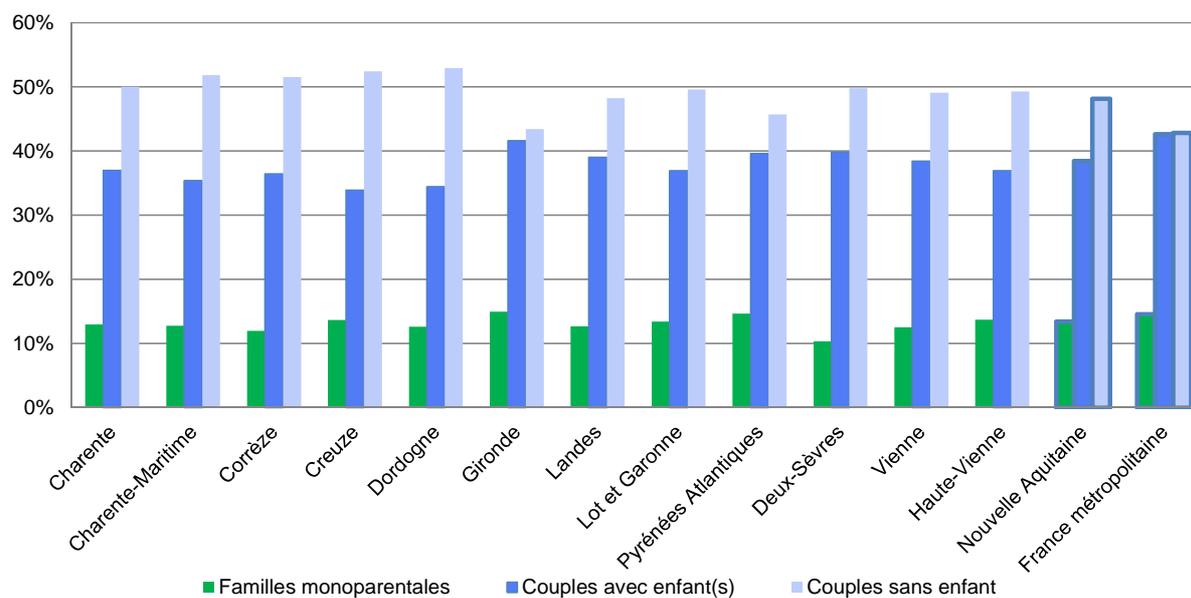
Figure 10. Mode d'habitation des personnes de 75 ans ou plus (%) en Nouvelle-Aquitaine

	Vivant en couple, en couple ou seules avec leur(s) enfant(s), autres cas (ne vivant pas seules)	Vivant en institution	Vivant seules	Ensemble
Charente	53,9	10,9	35,2	100,0
Charente-Maritime	54,2	9,1	36,6	100,0
Corrèze	52,0	10,1	37,9	100,0
Creuse	51,9	11,7	36,4	100,0
Dordogne	54,6	10,1	35,4	100,0
Gironde	53,8	8,4	37,8	100,0
Landes	57,1	9,3	33,6	100,0
Lot-et-Garonne	55,9	9,0	35,2	100,0
Pyrénées-Atlantiques	53,7	9,6	36,6	100,0
Deux-Sèvres	53,0	12,5	34,5	100,0
Vienne	52,2	10,8	37,0	100,0
Haute-Vienne	51,8	8,9	39,3	100,0
Nouvelle-Aquitaine	54,1	9,5	36,4	100,0
France métropolitaine	51,8	9,7	38,5	100,0

Source : Insee, RP 2013, Indicateurs sociaux départementaux, réalisation ARS Nouvelle-Aquitaine, Pôle études, statistiques et évaluation

Dans la région, près de la moitié des 1 662 000 familles est constituée d'un couple sans enfant au foyer (48,2 % contre 42,8 % en métropole). Cela se traduit logiquement par une proportion de couples avec enfants, mais aussi de familles monoparentales plus faible qu'en France métropolitaine. Dans la région, les familles monoparentales représentent 13,4 % des familles. Face au changement des modes de vie et notamment la plus grande fragilité des unions, le nombre de familles monoparentales a augmenté de 12 % en 5 ans et s'établit à 223 000 en 2013.

Figure 11. Répartition des familles selon leur composition en Nouvelle-Aquitaine



Source : INSEE, RP2013, réalisation ARS Nouvelle-Aquitaine, Pôle Etudes, statistiques, évaluation

## 2. LES DÉTERMINANTS DE SANTE

### 2.1. Déterminants socio-économiques (emploi, chômage, précarité)

#### 2.1.1. Une forte spécificité de l'agriculture et du médico-social

En Nouvelle-Aquitaine, 2 345 000 personnes ont un emploi en 2015. L'économie régionale se caractérise par une très forte spécificité agricole. **Première région d'Europe pour la valeur de sa production agricole**, la Nouvelle-Aquitaine est portée par ses vignes, ses céréales et son élevage. L'agriculture représente 5 % de l'emploi total régional, soit deux fois plus qu'en France métropolitaine. Cette spécificité se décline dans les douze départements, même en Gironde où l'emploi agricole représente 4 % de l'emploi total, malgré la forte urbanisation.

Les secteurs « hébergement médico-social » et « action sociale sans hébergement » emploient 200 000 salariés. Cette spécificité, en lien avec la part élevée de personnes âgées, est nette dans les départements ruraux de Creuse, Lot-et-Garonne, Corrèze et Dordogne, mais aussi en Charente-Maritime avec l'attractivité du littoral pour les retraités. Le secteur de la santé en compte presque autant avec 187 000 emplois salariés et libéraux et représente 8 % de l'emploi total. Il est bien implanté en Haute-Vienne et Creuse. La fonction publique hospitalière y rassemble respectivement 31,5 % et 31,0 % de l'emploi public contre 22,5 % en Nouvelle-Aquitaine. Tous secteurs confondus, santé, médico-social et social, la part de l'emploi de ce domaine s'élève à 18 % de l'emploi total de Nouvelle-Aquitaine.

A l'inverse, les secteurs des services aux entreprises, en particulier « information et communication », surtout « activités spécialisées, scientifiques et techniques » et « activités de services administratifs et de soutien » sont sous-représentés dans la région. Ces activités typiques des zones les plus urbaines se concentrent autour de Bordeaux et ont un poids modéré dans l'ensemble de la région. Enfin, quelques secteurs sont historiquement bien présents dans certaines zones. Les « activités financières et d'assurance sont bien implantées en Deux-Sèvres autour de Niort, les équipements électriques, électroniques informatiques en Charente et Haute-Vienne et les matériels de transport en Charente-Maritime et en Pyrénées-Atlantiques. La présence de grands massifs forestiers (Landes de Gascogne, Dordogne-Garonne...) a permis le développement de la filière bois. Enfin, l'emploi touristique est surreprésenté sur le littoral et en Dordogne.

**Figure 12. Répartition des emplois selon le secteur d'activité en Nouvelle-Aquitaine**

	Nombre d'emplois (salariés et non salariés)	Part de l'emploi par secteur d'activité						
		Agriculture	Industrie	Construction	Commerce, transports et services divers	Administration publique, enseignement, santé humaine et action sociale	dont "santé humaine" (1)	dont "hébergement médico-social et social" et "social sans hébergement"
Charente	137 629	6,1%	17,9%	6,9%	37,4%	31,7%	6,8%	9,3%
Charente-Maritime	230 085	6,1%	9,9%	7,3%	42,6%	34,2%	7,6%	11,5%
Corrèze	95 544	5,1%	13,9%	6,8%	39,9%	34,3%	8,7%	11,0%
Creuse	40 926	11,7%	10,3%	5,9%	31,9%	40,3%	11,0%	14,8%
Dordogne	144 584	5,6%	12,6%	8,3%	39,0%	34,6%	8,5%	11,6%
Gironde	681 991	4,0%	9,2%	6,4%	48,5%	31,9%	7,9%	7,7%
Landes	145 773	5,3%	14,4%	7,2%	38,7%	34,5%	7,6%	9,6%
Lot-et-Garonne	124 043	6,7%	11,9%	6,5%	41,4%	33,5%	5,8%	13,3%
Pyrénées-Atlantiques	275 303	3,7%	12,8%	7,1%	44,0%	32,4%	8,1%	10,0%
Deux-Sèvres	154 417	5,6%	14,9%	6,3%	44,4%	28,7%	6,1%	10,0%
Vienne	174 117	3,3%	12,9%	6,1%	41,1%	36,6%	8,5%	9,5%
Haute-Vienne	141 014	3,4%	12,8%	5,7%	40,1%	37,9%	11,3%	10,8%
<b>Nouvelle-Aquitaine</b>	<b>2 345 426</b>	<b>4,8%</b>	<b>11,9%</b>	<b>6,7%</b>	<b>43,2%</b>	<b>33,3%</b>	<b>8,0%</b>	<b>9,8%</b>
<b>France métropolitaine</b>	<b>26 740 068</b>	<b>2,4%</b>	<b>12,2%</b>	<b>6,1%</b>	<b>48,2%</b>	<b>31,1%</b>	<b>7,4%</b>	<b>7,8%</b>

(1) Les professionnels libéraux ont été estimés à partir de RPPS et ADELI 2016

Source : Insee, estimations d'emploi localisées 2015 (provisoires), Drees, RPPS et ADELI 2016, réalisation ARS Nouvelle-Aquitaine, Pôle études, statistiques et évaluation

### 2.1.2. Social et médico-social, deux secteurs d'activité plutôt dynamiques

La plupart des secteurs d'activité, spécifiques ou non à la région, ont mieux traversé la crise de 2007-2012 qu'ailleurs en France métropolitaine : soit la hausse de leurs effectifs est supérieure à la hausse nationale, soit la baisse d'emploi est moins marquée qu'au niveau national.

Deux secteurs spécifiques à la région tirent l'emploi depuis 2007 : « l'hébergement médico-social et social » et « l'action sociale sans hébergement » (beaucoup plus dynamique qu'en France métropolitaine) ainsi que des activités non salariées du tertiaire marchand (commerce et services).

A l'inverse, l'agriculture a perdu des emplois entre 2007 et 2012 dans la région comme en France métropolitaine. La « construction », secteur spécifique à la région, recule également et plus fortement qu'au niveau national.

L'emploi résiste mieux dans les départements du littoral. La hausse la plus élevée se situe en Gironde illustrant la concentration de l'emploi dans les métropoles de l'Ouest et du Sud-Ouest (Bordeaux, Nantes, Rennes, Toulouse). Dynamisme de l'emploi et attractivité démographique vont de pair dans les Landes et les Pyrénées-Atlantiques. En Charente-Maritime, la hausse de l'emploi est plus modérée et bénéficie d'un positionnement sectoriel moins exposé aux aléas conjoncturels : peu d'industrie, beaucoup d'hébergement médico-social et de non-salariés du tertiaire. A l'inverse, l'emploi a le plus reculé en Creuse, en Corrèze et en Haute-Vienne, davantage à cause du faible dynamisme démographique que de la structure sectorielle.

### 2.1.3. Plus d'un actif sur deux est employé ou ouvrier

La Nouvelle-Aquitaine est une région avec une proportion d'employés et d'ouvriers relativement importante (54 % de la population active ayant un emploi en 2013 contre 51 % en métropole) et des agriculteurs plus nombreux. La catégorie des artisans, commerçants, chefs d'entreprise est bien représentée tandis que celle des cadres et professions intermédiaires est sous-représentée.

A l'échelle départementale, la Creuse se caractérise par une proportion d'agriculteurs importante parmi les actifs. Les artisans, commerçants, chefs d'entreprise sont surreprésentés en Dordogne où les microentreprises sont bien implantées et en Charente-Maritime où la part de l'emploi non salarié est supérieure à la moyenne régionale. En Gironde, et à un degré moindre en Vienne et Pyrénées-

Atlantiques, la présence d'établissements nécessitant des personnels à haut niveau de qualification (industries de pointe, universités, centres de recherches, hôpitaux etc.) explique la surreprésentation des cadres, professions intellectuelles supérieures et professions intermédiaires. La Charente et les Deux-Sèvres, dont l'emploi industriel est relativement important, enregistrent une forte proportion d'ouvriers.

**Figure 13. Répartition de la population active de 15 à 64 ans selon la catégorie professionnelle en Nouvelle-Aquitaine**

	Agriculteurs exploitants	Artisans, commerçants, chefs entreprise	Cadres et professions intellectuelles supérieures	Professions intermédiaires	Employés	Ouvriers
Charente	3,1	6,9	9,5	21,8	29,3	28,3
Charente-Maritime	2,7	8,3	10,0	22,5	31,3	24,3
Corrèze	3,9	7,1	9,2	23,0	30,8	25,3
Creuse	9,1	7,4	7,9	19,4	31,4	23,6
Dordogne	3,6	9,3	7,8	20,8	31,6	26,1
Gironde	1,1	6,5	16,0	25,7	29,1	20,6
Landes	2,6	7,9	8,9	22,9	31,2	25,9
Lot et Garonne	3,7	7,9	8,5	21,8	29,7	27,4
Pyrénées-Atlantiques	2,7	7,4	12,7	25,3	29,7	21,6
Deux-Sèvres	3,9	5,8	10,5	22,2	28,0	28,9
Vienne	2,3	5,4	12,8	24,5	30,8	23,3
Haute-Vienne	2,6	6,0	11,9	25,0	29,3	23,6
Nouvelle Aquitaine	2,6	7,1	11,9	23,8	29,9	23,8
France métropolitaine	1,4	5,9	15,7	24,6	28,6	22,5

Source : Insee, RP2013 exploitation complémentaire.

Réalisation ARS Nouvelle-Aquitaine, Pôle études, statistiques et évaluation

#### 2.1.4. Une région un peu moins touchée par le chômage et la précarité mais des difficultés sociales variables selon les départements

Région plutôt rurale à l'économie dynamique, la Nouvelle-Aquitaine est plus épargnée que d'autres par les difficultés sociales : le taux de chômage est moins fort et la part des personnes vivant sous le seuil de pauvreté<sup>8</sup> est un peu plus faible qu'en France métropolitaine (respectivement 13,3 % et 14,3 % en 2012) et cette pauvreté est moins intense. Landes, Pyrénées-Atlantiques, Deux-Sèvres et Corrèze affichent de moindres difficultés sociales : les deux premiers avec les plus faibles taux de pauvreté et d'illettrisme, les deux autres avec un marché du travail plus favorable (moins de chômage et d'emploi précaire).

**Dans l'ensemble, les espaces de la Nouvelle-Aquitaine les plus éloignés des villes sont, relativement, les plus touchés par la pauvreté.** La pauvreté est marquée en Creuse avec un cinquième des habitants en situation de pauvreté. La part de jeunes en situation d'illettrisme y est aussi élevée, comme en Charente. Dans ces deux départements, et plus encore en Lot-et-Garonne et en Dordogne, la part des jeunes en risque d'exclusion<sup>9</sup> est plus élevée. La Dordogne connaît des difficultés sur le marché de l'emploi avec des taux de chômage et d'emploi précaire élevés. La Charente-Maritime attire de jeunes adultes mais son marché du travail ne parvient pas à absorber

<sup>8</sup> Le **taux de pauvreté** est la proportion de personnes dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté. Ce seuil est fixé à 60 % du niveau de vie médian, soit en France métropolitaine 11 871 euros annuels par unité de consommation en 2012 (987 euros par mois). **L'intensité de la pauvreté** est l'écart relatif entre le niveau de vie médian de la population pauvre et le seuil de pauvreté. Lorsque cet écart est élevé, le niveau de vie des plus pauvres est très inférieur au seuil de pauvreté.

**L'unité de consommation (UC)** : Le nombre d'UC d'un ménage permet de tenir compte des économies d'échelle que procure la vie en commun. Le décompte est le suivant : 1 UC pour le premier adulte du ménage, 0,5 UC pour les autres personnes de 14 ans ou plus, 0,3 UC pour les enfants de moins de 14 ans.

<sup>9</sup> Ni-Ni Ce sont les personnes âgées de 15 à 29 ans, ni en emploi ni en formation, durablement éloignées du marché du travail (demandeur d'emploi depuis plus d'un an) et peu diplômés (au mieux le Brevet).

immédiatement ces arrivées : son taux de chômage est le 2<sup>ème</sup> plus élevé de la région. Enfin, dans la région, le littoral est le plus dynamique, en continuité de l’Ouest Atlantique : la Gironde d’abord, forte de la métropole bordelaise, le reste du littoral et les Deux-Sèvres ensuite, qui cumulent attractivité démographique et santé économique. Les difficultés augmentent en s’éloignant de la côte atlantique vers des territoires très peu denses et moins dynamiques.

**Figure 14. Indicateurs de précarité et de pauvreté par département en Nouvelle-Aquitaine**

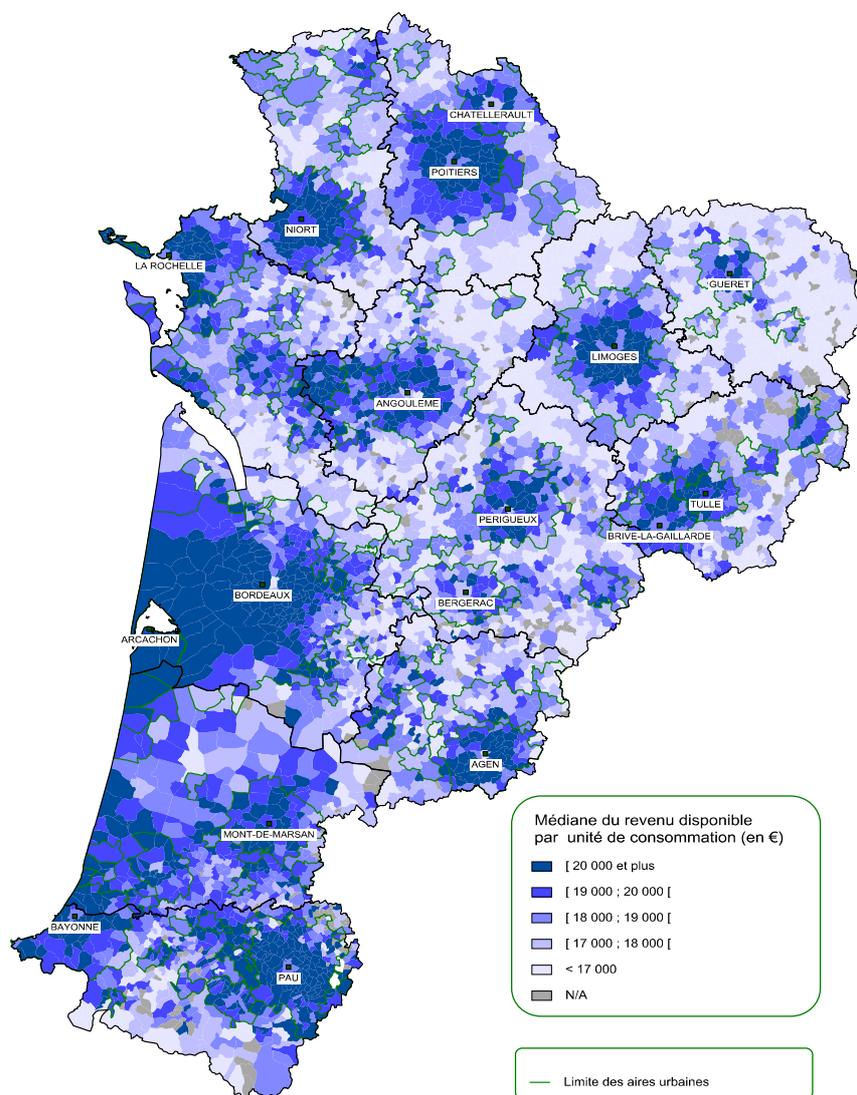
	Taux de chômage	Médiane revenu disponible par UC (en euros)	Part des minima sociaux dans les revenus	Taux de pauvreté	Intensité de la pauvreté	Part des jeunes en risque d'exclusion
Charente	10,2	18 757	1,8	14,8	20,3	4,4
Charente-Maritime	10,9	19 144	1,5	13,4	19,0	4,0
Corrèze	8,3	18 880	1,3	13,8	18,8	3,9
Creuse	9,7	17 301	2,0	19,5	20,2	4,5
Dordogne	10,9	18 264	1,5	16,3	20,7	4,7
Gironde	10,2	20 388	1,5	12,1	20,4	3,0
Landes	9,8	19 594	1,2	11,5	19,0	3,6
Lot et Garonne	10,3	18 132	1,8	16,8	20,3	4,6
Pyrénées-Atlantiques	8,7	20 147	1,4	11,5	19,7	2,5
Deux-Sèvres	7,9	18 819	1,4	12,3	17,9	3,4
Vienne	8,5	19 206	1,5	13,2	19,8	3,0
Haute-Vienne	10,0	19 118	1,9	15,1	21,9	3,6
<b>Nouvelle-Aquitaine</b>	<b>9,8</b>	<b>19 360</b>	<b>1,5</b>	<b>13,3</b>	<b>19,9</b>	<b>3,5</b>
<b>France métropolitaine</b>	<b>10,0</b>	<b>19 786</b>	<b>1,4</b>	<b>14,3</b>	<b>21,0</b>	<b>3,7</b>

Source : Insee, *Filosofi 2012, taux de chômage localisés 2015 (moyenne annuelle)*  
Réalisation ARS Nouvelle-Aquitaine, Pôle études, statistiques et évaluation

### 2.1.5. Niveau de vie médian plus élevé dans les grands pôles et leurs couronnes

Le niveau de vie médian est au plus haut dans les grands pôles et leurs couronnes. Dans les grands pôles, le niveau de vie plancher des 10 % des personnes les plus riches est 3,5 fois supérieur au niveau de vie plafond des 10 % les plus modestes. Au sein des grands pôles, les disparités de niveau de vie sont quasiment toujours plus importantes dans la « ville-centre » qu’en banlieue. Dans les couronnes des grands pôles, les inégalités sont moins marquées. Dans les moyennes et petites aires, le niveau de vie médian est dans l’ensemble moins élevé que dans les grands pôles de la région, avec toutefois un écart de 3 000 euros entre le littoral aquitain ou l’Ile de Ré (20 000 euros) et certaines aires de Dordogne, Lot-et-Garonne, Creuse ou de l’intérieur de la Gironde (moins de 17 000 euros). Enfin, les espaces hors de l’influence des villes sont ceux où le niveau de vie médian, le niveau de vie plancher des 10 % les plus aisés et le niveau de vie plafond des 10 % des moins aisés sont les plus faibles.

**Figure 15. Niveau de vie selon la commune en Nouvelle-Aquitaine (revenu disponible médian par unité de consommation)**



Carte réalisée avec Cartes & Données - © Articque  
 Source : Insee, fichier localisé social et fiscal 2012  
 Réalisation : ARS Nouvelle-Aquitaine, Pôle études, statistiques et évaluation

### 2.1.6. Plus de 7 % de la population couverte par le RSA

Les minima sociaux<sup>10</sup> permettent à des personnes et des familles ayant de très faibles ressources d'atteindre un revenu minimum.

La part des minima sociaux dans le revenu disponible global des ménages est naturellement plus élevée dans les départements où la précarité est forte (Creuse, Haute-Vienne, Charente, Lot-et-Garonne).

En Nouvelle-Aquitaine, près de 400 000 personnes sont allocataires de l'un des quatre minima sociaux les plus fréquents : le Revenu de solidarité active (RSA), l'Allocation aux adultes handicapés (AAH), le minimum vieillesse (ASPA, ASV) et l'Allocation de solidarité spécifique (ASS). Ces quatre minima sociaux sont d'importance inégale.

**Le RSA rassemble, à lui seul, 199 300 allocataires** dont les trois quarts perçoivent le RSA socle, le minimum social du RSA. En incluant les conjoints et personnes à charge, la population couverte par ce dispositif est un peu plus faible qu'en France métropolitaine (respectivement 7,2 % et 7,7 % de la population). Selon les départements, ce taux est plus contrasté. Près de 9 % de la population est couverte par le RSA en Charente. Le Lot-et-Garonne, la Vienne et la Haute-Vienne concentrent également une forte proportion d'allocataires et affichent un taux supérieur à la moyenne régionale.

**Près de 110 000 personnes perçoivent l'AAH** en Nouvelle-Aquitaine. Le taux d'allocataires, rapporté à la population âgée de 20 à 64 ans, est de 3,3 % fin 2014. Supérieur ou proche de 4 %, il culmine dans les départements où l'offre d'hébergement dans les établissements dédiés aux personnes handicapées est plus élevée (Creuse, Haute-Vienne, Corrèze, Pyrénées-Atlantiques).

**Les bénéficiaires du minimum vieillesse** (ASPA, ASV) représentent 3 % de la population âgée d'au moins 60 ans fin 2014. Leur part, parmi la population âgée de 60 ans ou plus, est élevée dans les zones rurales de la Nouvelle-Aquitaine ; en Creuse, la proportion d'allocataires du minimum vieillesse est forte du fait de sa pyramide des âges.

Fin 2014, **les allocataires de l'ASS** représentent 1 % de la population âgée de 20 à 64 ans. Le taux d'allocataires culmine en Creuse et dans les départements caractérisés par un chômage important (Charente-Maritime, Dordogne, Charente, Lot-et-Garonne).

Bien que la couverture maladie universelle complémentaire (**CMU-C**) ne soit pas une prestation en espèces, elle offre une couverture complémentaire santé gratuite qui permet un accès sans frais aux soins et libère ainsi du pouvoir d'achat pour satisfaire d'autres besoins (logement, alimentation, etc.). Fin 2014, près de 400 000 personnes bénéficiaient de la CMUC-C en Nouvelle-Aquitaine soit 6 % de la population, un peu moins qu'en France métropolitaine. La Creuse enregistre le plus fort taux de bénéficiaires (8 % de la population), la Corrèze le plus faible (4,5 % de la population).

---

<sup>10</sup> **L'allocation aux adultes handicapés (AAH)**, instituée en 1975, s'adresse aux personnes handicapées ne pouvant prétendre ni à un avantage vieillesse ni à une rente d'accident du travail. Son montant s'élève à 743,62 euros au 1er janvier 2012 pour une personne seule. Les allocations du **minimum vieillesse (ASV et ASPA)** assurent aux personnes d'au moins 65 ans (ou l'âge minimum légal de départ à la retraite en cas d'inaptitude au travail) un niveau de revenu égal au minimum vieillesse. En 2007, l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) se substitue à l'allocation supplémentaire vieillesse (ASV) pour les nouveaux entrants. Son montant s'établit à 742,27 euros pour une personne seule et à 1 181,77 euros pour un couple au 1er janvier 2012.

**Le revenu de solidarité active (RSA)** est une allocation à deux composantes instaurée le 1er juin 2009 : la composante « minimum social » et la composante « complément de revenus d'activité ». Sous sa principale forme, le RSA socle a remplacé le revenu minimum d'insertion (RMI), l'allocation de parent isolé (API) et les dispositifs d'intéressement à la reprise d'emploi. C'est la composante « minimum social » du RSA. Si l'allocataire perçoit un revenu d'activité inférieur à un certain seuil, il peut percevoir le RSA activité, c'est-à-dire la composante « complément de revenus d'activité ».

**L'allocation de solidarité spécifique (ASS)** : créée en 1984, elle garantit des ressources minimales aux chômeurs ayant épuisé leurs droits à indemnisation, sous certaines conditions de durée d'activité antérieure et de ressources.

D'après l'enquête *Bénéficiaires de minima sociaux 2012*<sup>11</sup> (BMS 2012) de la DREES, la moitié des bénéficiaires de revenus minima garantis ont un niveau de vie inférieur à 910 euros par mois en 2012.

On retrouve d'un côté les bénéficiaires de l'AAH dont le montant forfaitaire est le plus élevé et dont la base ressources est la plus étroite grâce à de multiples abattements, et de l'autre, les bénéficiaires du RSA socle non majoré<sup>12</sup>, dont les montants forfaitaires sont les plus faibles et dont l'assiette de ressources est la plus large. En 2012, la moitié des bénéficiaires de l'AAH ont un niveau de vie supérieur à 1 210 euros mensuels, alors que les trois quarts des bénéficiaires du RSA socle disposent de moins de 970 euros par mois.

Les bénéficiaires du minimum vieillesse ont un niveau de vie mensuel médian de 990 euros par mois, notablement plus élevé que celui du RSA socle, que ce dernier soit majoré (820 euros) ou non (740 euros), en lien avec le fait que le montant du minimum vieillesse est plus important.

Du fait de revenus d'activité plus élevés, le niveau de vie mensuel médian des bénéficiaires du RSA activité seul (1 000 euros) est également sensiblement au-dessus de celui des bénéficiaires du RSA socle.

Le niveau de vie médian des bénéficiaires de l'ASS (960 euros) est aussi nettement plus élevé que celui des bénéficiaires du RSA socle, grâce à une assiette de ressources plus étroite, au fait que la prestation garantit un revenu supérieur si le bénéficiaire a des ressources propres, ainsi qu'à une plus forte proportion parmi ces bénéficiaires de personnes en couple avec une personne ayant un emploi. Une fois les dépenses pré-engagées<sup>13</sup> déduites du revenu disponible, la moitié des personnes vivant dans un ménage bénéficiaire de revenus minima garantis disposent d'un revenu arbitrage par unité de consommation mensuel inférieur à 500 euros. Si l'on déduit en outre de ce montant les dépenses alimentaires, un bénéficiaire sur deux se retrouve avec moins de 330 euros par mois et par unité de consommation<sup>14</sup>.

---

<sup>11</sup> L'enquête **Bénéficiaires de Minima Sociaux 2012** (BMS 2012) a été réalisée par la DREES. Elle a permis de récolter en face à face au quatrième trimestre 2012 les réponses d'environ 8450 personnes qui bénéficiaient d'un revenu minimum garanti au 31 décembre 2011.

<sup>12</sup> Le **RSA** s'adresse aux personnes âgées d'au moins 25 ans ou assumant la charge d'au moins un enfant né ou à naître. Le RSA socle s'adresse aux personnes dont l'ensemble des ressources est inférieur au montant forfaitaire. Il peut être majoré temporairement pour les parents assumant seuls la charge d'au moins un enfant né ou à naître. Le RSA socle non majoré s'est substitué au revenu minimum d'insertion (RMI) et le RSA socle majoré à l'allocation de parent isolé (API). Le RSA activité, qui n'est pas un minimum social, est versé aux foyers ayant un revenu d'activité et dont les ressources sont inférieures au revenu garanti. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, le RSA activité a été remplacé par la prime d'activité.

<sup>13</sup> Les **dépenses pré-engagées** concernent le logement (remboursements d'emprunts liés à la résidence principale, loyers, factures d'eau et d'énergie, charges de copropriété...), les remboursements des emprunts non liés à la résidence principale, les frais bancaires, les cotisations aux assurances complémentaires santé, les assurances, les abonnements aux services de télécommunications, les frais scolaires et universitaires.

<sup>14</sup> **L'unité de consommation** (UC) : Le nombre d'UC d'un ménage permet de tenir compte des économies d'échelle que procure la vie en commun. Le décompte est le suivant : 1 UC pour le premier adulte du ménage, 0,5 UC pour les autres personnes de 14 ans ou plus, 0,3 UC pour les enfants de moins de 14 ans.

**Figure 16. Part des bénéficiaires des minima sociaux et prestations sociales en Nouvelle-Aquitaine**

	RSA		ASS		ASPA, ASV		AAH		CMU-C	
	Nombre d'allocataires au 31.12.2015 (2)	Taux de population couverte en % (1) (4)	nombre d'allocataires au 31.12.2014	Taux d'allocataires pour 100 personnes de 15 à 64 ans	Nombre d'allocataires au 31.12.2014	Taux d'allocataires pour 100 personnes de 60 ans et plus	Nombre d'allocataires au 31.12.2015	Taux d'allocataires pour 100 personnes de 20 à 64 ans	Bénéficiaires de la CMU-C 2014	Bénéficiaires de la CMUC en % de la population totale
Charente	14 455	8,9	2 630	1,2	3 280	3,1	6 887	3,5	26 379	7,5
Charente-Maritime	23 781	7,6	4 790	1,3	4 570	2,2	11 353	3,3	38 409	6,0
Corrèze	5 617	5,1	1 410	1,0	2 380	3,0	4 939	3,8	10 769	4,5
Creuse	4 200	7,4	1 110	1,6	1 890	4,4	2 794	4,4	9 652	8,0
Dordogne	14 485	7,3	3 150	1,3	4 840	3,4	7 585	3,4	27 070	6,5
Gironde	55 673	7,4	9 140	0,9	11 220	3,1	26 797	3,0	90 211	5,9
Landes	11 048	5,7	2 280	0,9	3 050	2,6	6 443	2,9	20 067	5,0
Lot-et-Garonne	13 196	8,6	2 320	1,2	3 960	3,8	6 388	3,6	24 892	7,5
Pyrénées-Atlantiques	20 812	6,1	4 030	1,0	5 720	3,0	14 442	3,8	34 150	5,1
Deux-Sèvres	10 152	6,2	2 050	0,9	2 610	2,5	7 344	3,6	18 949	5,1
Vienne	16 588	8,3	2 320	0,9	3 010	2,6	5 831	2,4	30 163	7,0
Haute-Vienne	13 537	8,2	2 170	0,9	3 600	3,3	8 283	4,0	28 452	7,6
<b>Nouvelle-Aquitaine</b>	<b>199 344</b>	<b>7,2</b>	<b>37 400</b>	<b>1,0</b>	<b>50 130</b>	<b>3,0</b>	<b>109 086</b>	<b>3,3</b>	<b>359 163</b>	<b>6,1</b>
<b>France métropolitaine</b>	<b>2 294 398</b>	<b>7,7</b>	<b>435 900</b>	<b>1,1</b>	<b>480 410</b>	<b>3,1</b>	<b>1 027 127</b>	<b>2,8</b>	<b>4 415 411</b>	<b>6,9</b>

(1) Ces données portent sur les allocataires relevant des Caf et sont établies selon le territoire de gestion des Caf et non selon le lieu de résidence

(2) Population couverte par le RSA : l'allocataire, le conjoint et les personnes à charge

Sources : DREES, ISD ; CNAF, fichier DREES ; MSA, fichier DREES ; INSEE, ISD ; Pôle Emploi, fichier DREES ; Fichier national des assedic, fichier DREES ; Fonds CMU ; CNAMTS ; MSA ; RSI  
Réalisation ARS Nouvelle-Aquitaine, Pôle études, statistiques et évaluation

## 2.2. Déterminants géographiques et environnementaux

La Nouvelle-Aquitaine est contrastée sur le plan de la santé environnementale. Si tous les bassins de vie sont concernés par une problématique environnementale, aucun ne cumule toutes les problématiques. Selon l'agent considéré ou le milieu, les territoires sont tour à tour en situation favorable ou défavorable par rapport à la moyenne constatée dans la région.

L'analyse des profils environnementaux montre que les contrastes observés en milieu urbain (pollution de l'air, des sols, ICPE<sup>15</sup>) ne sont pas ceux rencontrés en milieu rural (qualité de l'eau, de l'habitat) et que certains territoires sont concernés par une diversité d'expositions tandis que d'autres présentent des spécificités (radon, ICPE, fluorures).

### 2.2.1. Environnement extérieur

#### 2.2.1.1. Pollution atmosphérique chimique et particulaire

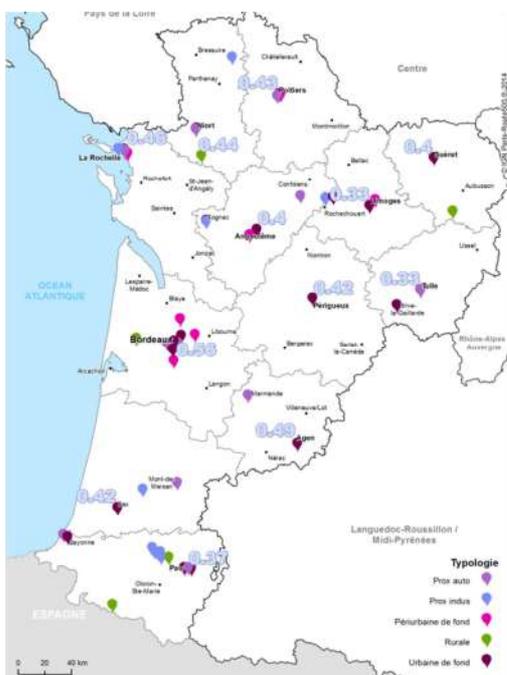
La pollution atmosphérique se caractérise par la présence dans l'air extérieur de composés dissous ou solides (particules) ayant des effets néfastes sur la santé humaine (irritation des yeux et de la peau, asthme, allergies, nausées, cancers, maladies cardio-vasculaires, etc.) et/ou sur l'environnement (pluies acides, baisse du rendement agricole, etc.). Ces substances proviennent de phénomènes naturels et/ou d'activités anthropiques.

Dans la région, le réseau de mesure de la qualité de l'air est géré par l'Association agréée pour la surveillance de la qualité de l'air (AASQA) : Atmo Nouvelle-Aquitaine. Même s'il est majoritairement implanté dans les grands pôles urbains, le réseau de mesure est assez bien réparti sur l'ensemble du territoire de la région. Il est composé de plusieurs types de stations : « trafic », « industrielle », « périurbaine », « rurale » et « urbaine ». L'indice de fond Citeair représente la qualité de l'air de manière globale sur une année. Cet indice s'appuie sur les moyennes annuelles comparées aux seuils européens pour des polluants comme les Nox, les particules fines, l'Ozone. Une valeur inférieure à 1 témoigne d'une situation moyenne favorable vis-à-vis des exigences européennes.

<sup>15</sup> ICPE Installations Classées pour la Protection de l'Environnement

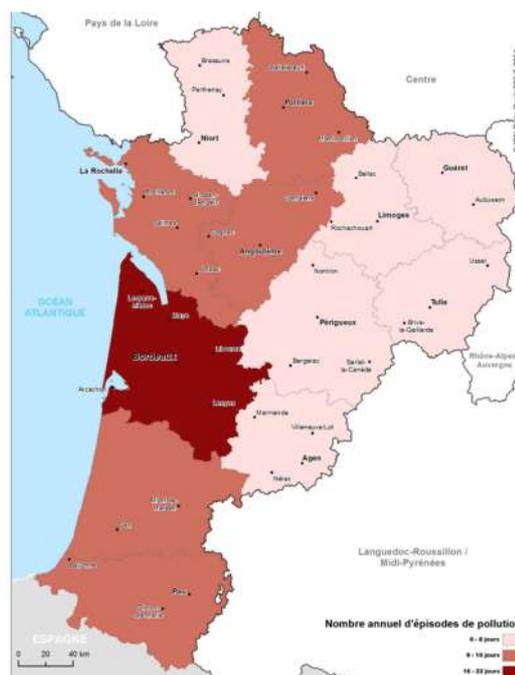
Les dépassements annuels des seuils d'information et de recommandation de pollution sont nettement plus fréquents en Gironde (plus de 15 jours d'épisodes de pollution atmosphérique). Ils sont également fréquents dans les autres départements littoraux ainsi qu'en Charente et dans la Vienne (entre 9 et 15 jours). Ils sont plus rares dans les autres départements (moins de 9 jours). Ces dépassements sont presque exclusivement dus aux particules fines.

*Figure 17. Implantation des stations de mesure de la qualité de l'air et indice de fond CITEAIR 2014*



Sources : Airaq, Atmo Poitou-Charentes, Limair

*Figure 18. Nombre moyen d'épisodes de pollution atmosphérique par an et par département (2012-2014)*

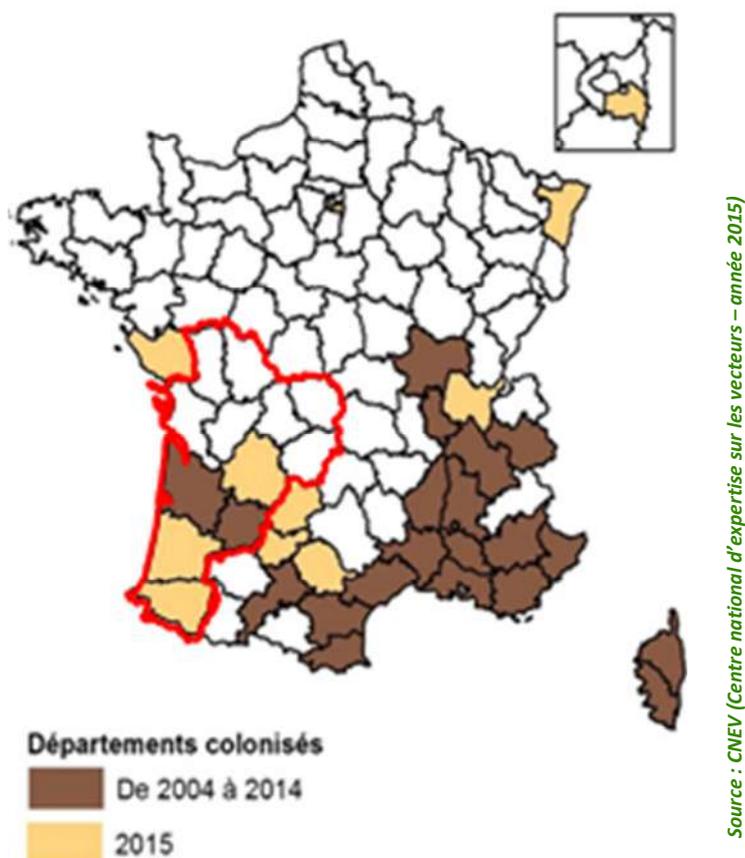


Sources : Airaq, Atmo Poitou-Charentes, Limair

### 2.2.1.2. Insectes vecteurs de maladies

Le moustique tigre peut être vecteur de plusieurs virus responsables de pathologies comme la dengue ou le chikungunya. Aucun cas autochtone n'a encore été détecté dans la région et on compte seulement quelques cas importés (9 cas de dengue et 5 de chikungunya dans l'ancienne région Aquitaine entre le 1er mai et le 27 novembre 2015). Néanmoins, le moustique tigre colonise progressivement les départements français et remonte vers le nord du fait de la hausse globale des températures. Dans la région, **5 départements sont d'ores et déjà colonisés : la Gironde et le Lot-et-Garonne avant 2015, la Dordogne, les Landes et les Pyrénées-Atlantiques en 2015.**

Figure 19. Départements où des populations d'*Aedes albopictus* sont installées

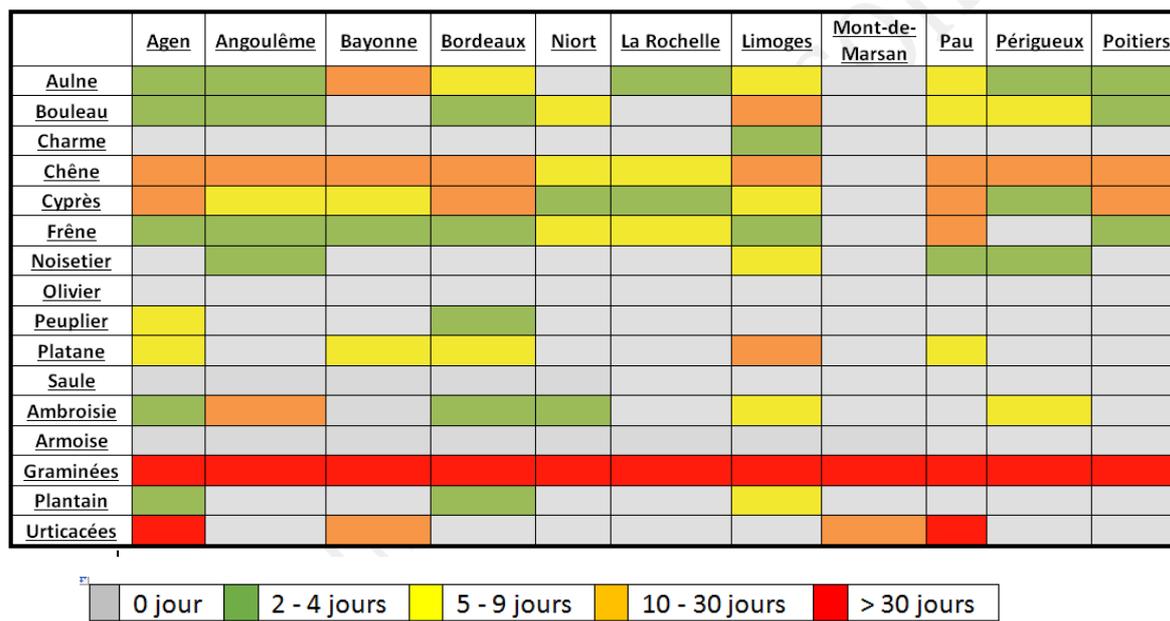


### 2.2.1.3. Espèces végétales allergisantes

**Les pollinoses (allergies au pollen d'herbacées) concernent aujourd'hui près de 25 % de la population.** Alors que la prévalence n'atteignait pas 5 % dans les années 1970, il s'agit d'une évolution majeure qui touche la plupart des pays industrialisés.

L'étude du nombre moyen de jours avec un risque allergique (RA) supérieur à 3 (maximum 5) rend compte des contributions des taxons aux épisodes de pollution pollinique selon les stations de comptage. Les graminées constituent la principale source de pollens allergisants sur l'ensemble de la région avec en moyenne plus de 30 jours avec un RA supérieur à 3 (maximum : 91 jours pour Agen). Les urticacées peuvent également conduire, mais uniquement dans le sud de la région, à de longues périodes à risque élevé. Deux autres taxons, chênes et cyprès, occasionnent sur l'ensemble de la région des périodes à risque élevé de plus courte durée (10 à 30 jours).

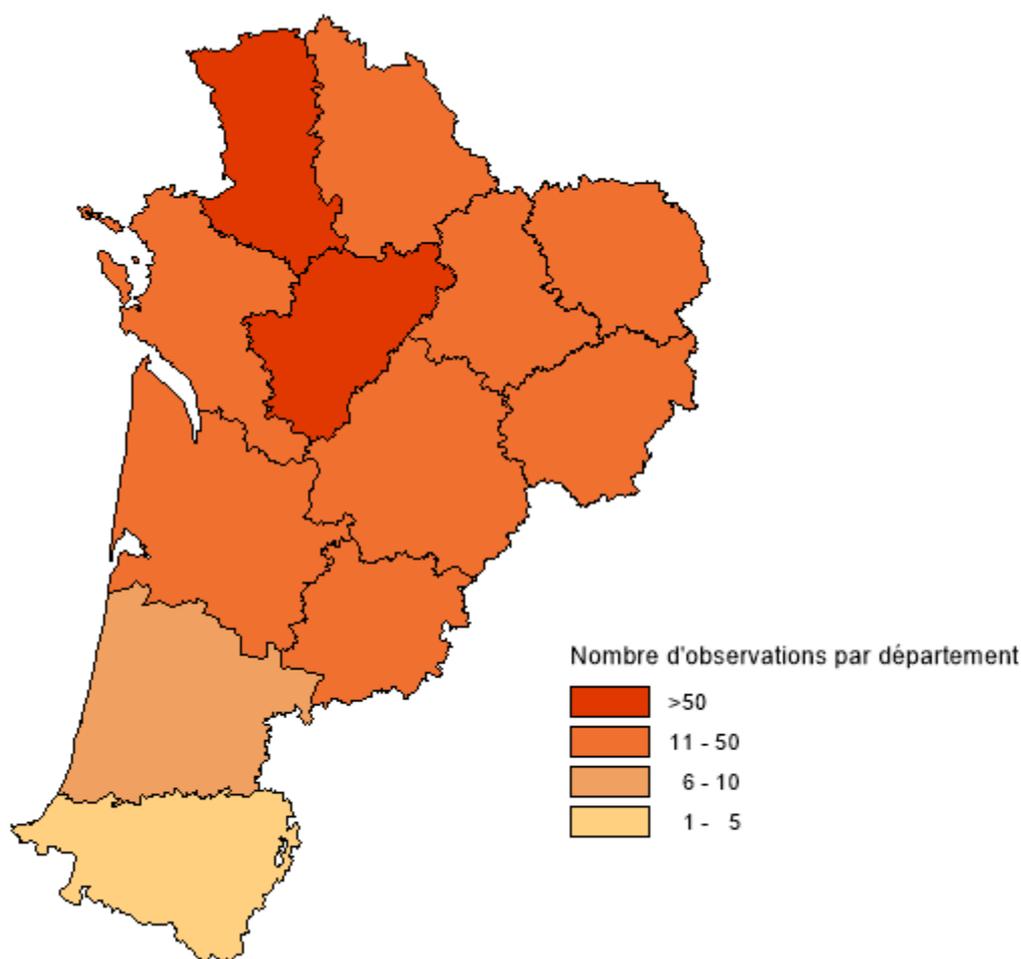
*Figure 20. Nombre moyen de jours avec un RA > 3 sur les stations de mesures régionales (période 2013/2014 sauf Mont-de-Marsan installé en 2014)*



Source : Réseau National de Surveillance Aérobiologique (RNSA)

En ce qui concerne la présence d'ambroisie dans la région, les départements les plus touchés (bien que nettement moins que dans d'autres territoires français, telle la vallée du Rhône) sont la Charente et les Deux-Sèvres avec plus de 50 observations durant le mois d'avril 2014. A l'exception des Landes et des Pyrénées-Atlantiques qui semblent peu touchés, on a dénombré dans les autres départements entre 11 et 50 observations durant cette même période.

*Figure 21. Répartition d'Ambrosia artemisifolia selon le département en avril 2014 en Nouvelle-Aquitaine*



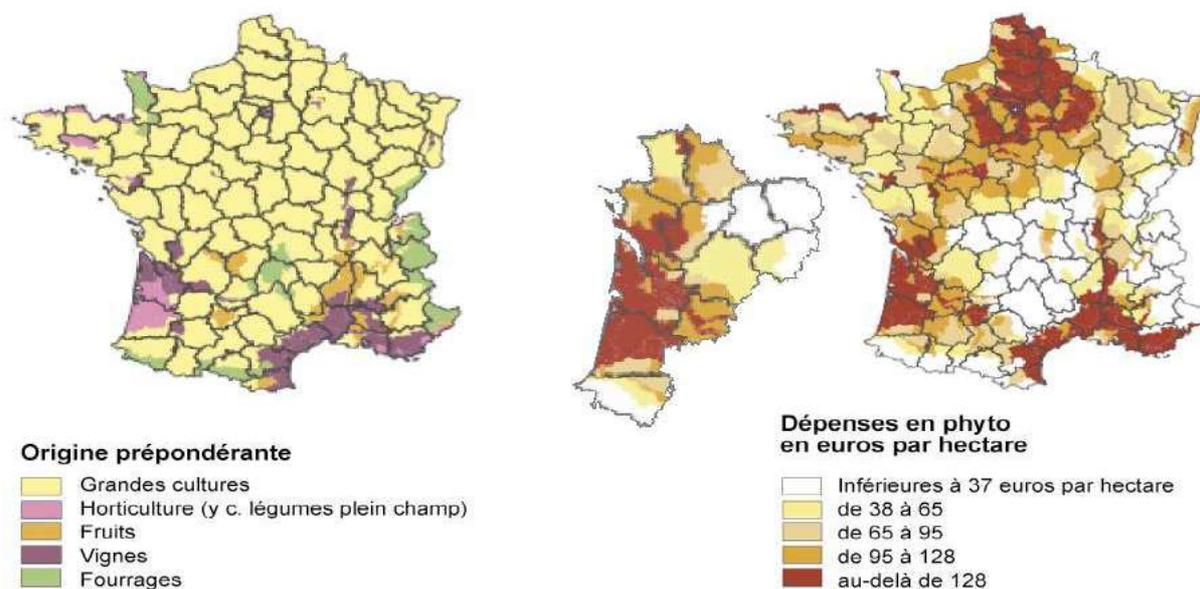
Source : Observatoire national de l'Ambroisie

## 2.2.2. Impact des activités humaines

### 2.2.2.1. Agriculture et forêts

Dans la région, les pesticides sont utilisés pour des usages divers : vigne (Gironde, Charente-Maritime, Charente), horticulture (Landes), fruits (Corrèze et Dordogne) et grandes cultures. En ce qui concerne les dépenses par hectare en phytosanitaires des « petites régions agricoles », la Gironde et les Landes et, à un degré moindre, la Charente, la Charente-Maritime, le Lot-et-Garonne et les Deux-Sèvres (Gâtine), apparaissent les plus concernés.

*Figure 22. Répartition des « petites régions agricoles » selon l'origine et la pression en pesticides*

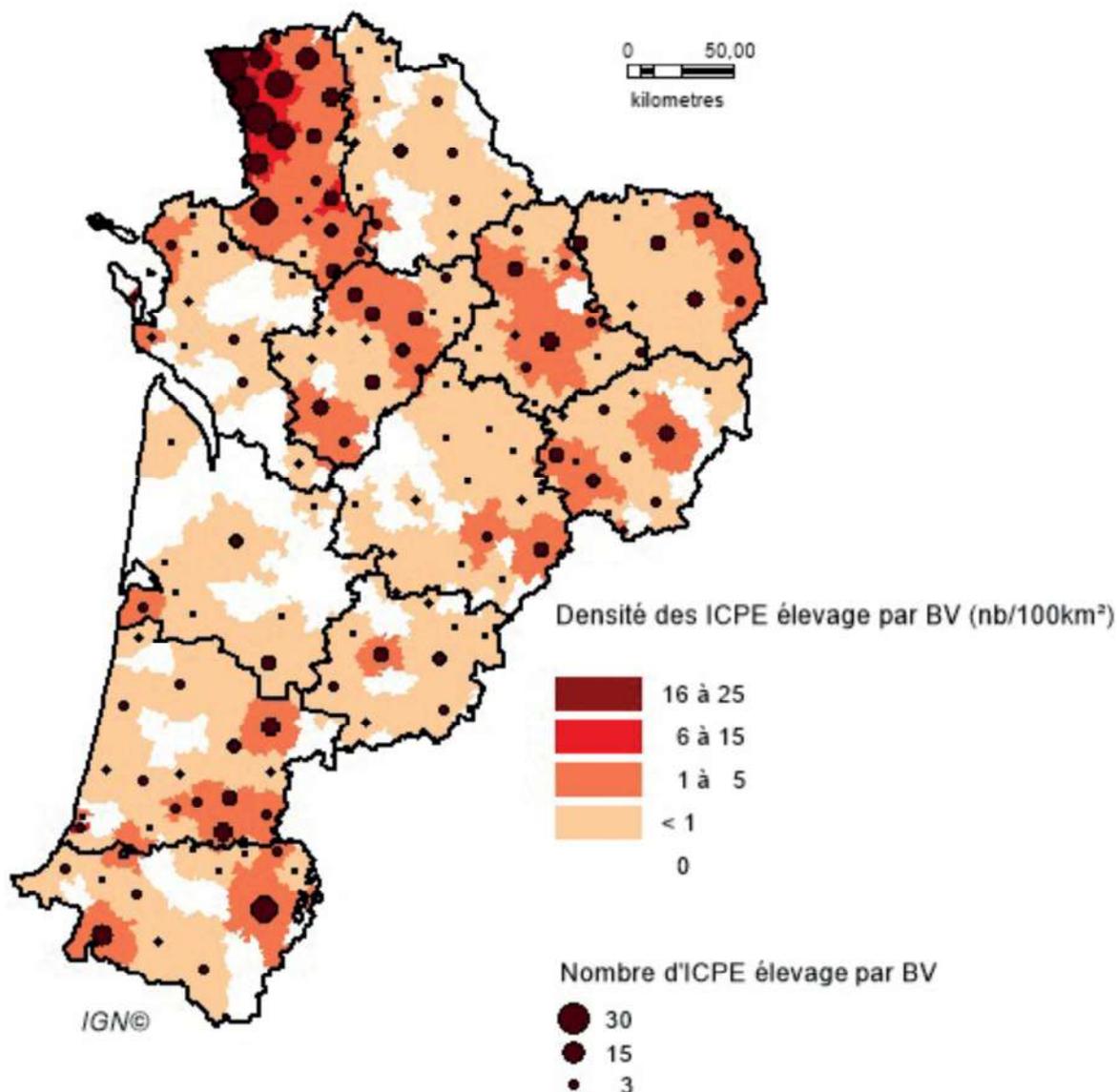


Source : Agreste, MAAPRAT, Inra 2010

#### **2.2.2.2. Élevages classés pour la protection de l'environnement**

Dans la région, on dénombre 756 installations classées de type « élevages ». Ces établissements peuvent concerner des élevages de bovins, de porcs, de lapins, de volailles, mais également des couvoirs, des élevages de carnassiers à fourrures, de chiens, des piscicultures, des zoos ou encore des verminières. **Les bassins les plus concernés, aussi bien en nombre qu'en densité, sont situés dans les Deux-Sèvres** et, à un degré moindre, en Haute-Vienne et en Charente.

Figure 23. Nombre et densité d'établissements « élevages » classés ICPE (A et E) en Nouvelle-Aquitaine



Source : S3IC – MEEM, 2016, exploitation ORSL

### 2.2.2.3. Risques accidentels des installations industrielles

La base Gaspar du Ministère de l'Environnement regroupe l'ensemble des données sur les risques naturels (inondation, mouvements de terrain, séisme...) et technologiques (industriels, nucléaires, miniers...) par commune.

Les communes à risque industriel sont celles qui comptent des installations ICPE à risque accidentel appelées installations « SEVESO ». Les 12 départements de la région comptent des communes, le plus souvent urbaines, concernées par ce type de risque. On observe en particulier un **agglomérat de communes en Charente, lié à la présence de nombreux chais et distilleries**.

Pour ce qui est du risque lié aux installations nucléaires de base, les seules communes concernées sont celles situées aux environs des deux centrales nucléaires du Blayais (Gironde) et de Civaux (Vienne).

Figure 24. Communes classées en risque Seveso en Nouvelle-Aquitaine

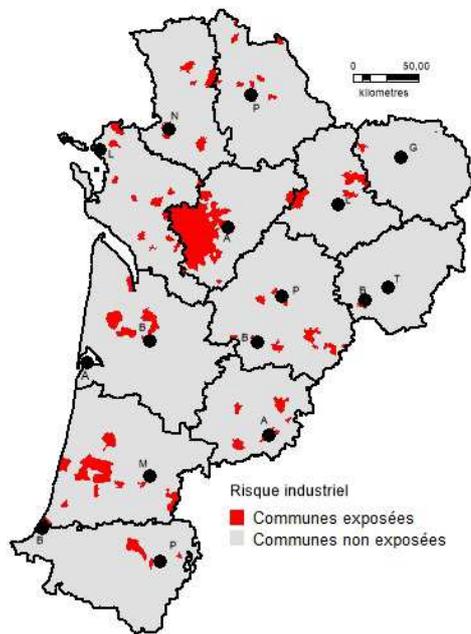
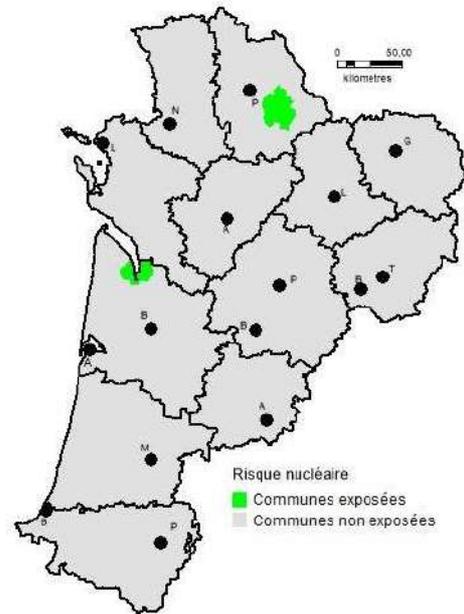


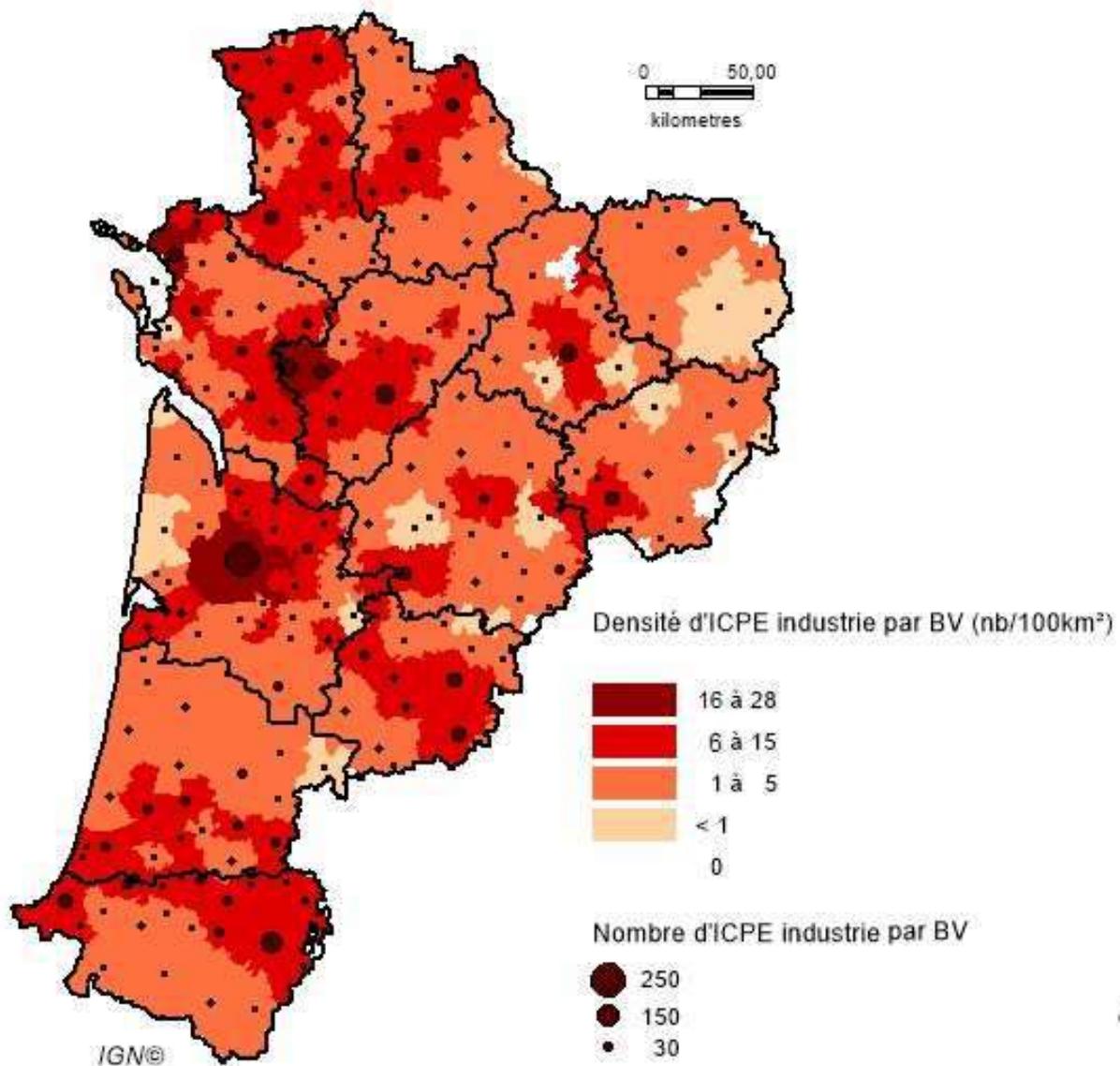
Figure 25. Communes classées en risque nucléaire en Nouvelle-Aquitaine



Source : Base Gaspar – MEEM, 2011, exploitation ORSL

On dénombre dans la région 4 678 installations classées pour la protection de l'environnement (ICPE) soumises à autorisation ou à enregistrement, dont 3 922 de type « industries ». Les établissements industriels concernés par la nomenclature ICPE au regard de leurs activités sont, en nombre comme en densité, principalement retrouvés dans les bassins de vie urbains ainsi que dans certains départements tels que les Landes, les Pyrénées-Atlantiques, la Gironde ou bien encore les Deux-Sèvres.

Figure 26. Nombre et densité d'établissements industriels classés ICPE (A et E)



Source : S3IC – MEEM, 2016, exploitation ORSL

#### 2.2.2.4. Légionnelles

Les principales installations pouvant produire des aérosols contaminés par des légionnelles sont les suivantes :

- circuits de distribution d'eau chaude sanitaire alimentant par exemple des douches, des douchettes, etc.;
- systèmes de refroidissement et tours aéroréfrigérantes humides ;
- bassins utilisés pour la détente, la balnéothérapie ou le thermalisme dans lesquels l'eau est chaude (>30°) et dispersée sous forme d'aérosols ou aérée par des systèmes d'injection d'air (bains à remous, bains à jet, etc.) ;
- équipements médicaux pour traitements respiratoires par aérosols ;
- eaux minérales naturelles utilisées à des fins thérapeutiques dans des établissements thermaux ;

- fontaines décoratives.

Parmi toutes ces sources, les circuits d'eau chaude sanitaire et les tours aéroréfrigérantes (TAR) sont les plus fréquemment impliqués dans la survenue de cas de légionellose.

La nomenclature des ICPE prévoit une rubrique pour les installations de refroidissement évaporatif par dispersion d'eau dans un flux d'air généré par ventilation mécanique ou naturelle. Ces installations sont soumises soit à enregistrement (lorsque la puissance thermique évacuée maximale est supérieure ou égale à 3 000 kW) ou à déclaration (puissance thermique évacuée maximale inférieure à 3 000 kW). Dans la région, on dénombre 545 établissements équipés de TAR classées ICPE. Aux deux extrêmes, le département de la Creuse (5 établissements avec des TAR) et celui de la Gironde (127) se démarquent des 10 autres départements qui comptent, en moyenne, une quarantaine de TAR.

### **2.2.3. Espace intérieur et lieux de vie**

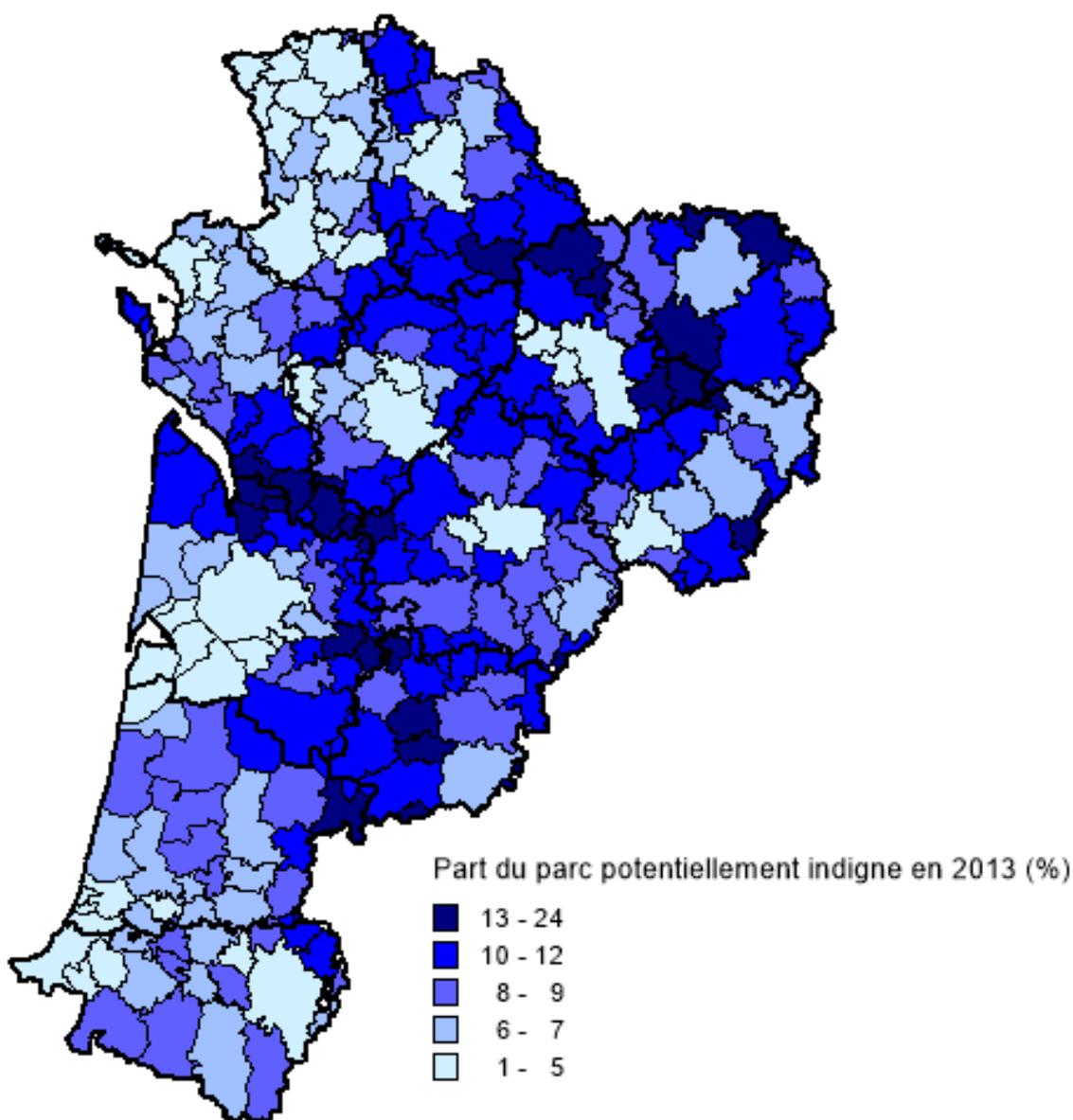
Des études nationales et européennes sur l'exposition à la pollution intérieure, relayées à une échelle régionale par les Associations Agréées de Surveillance de la Qualité de l'Air (AASQA), ont révélé que les milieux intérieurs peuvent avoir de fortes incidences sur notre santé. L'air intérieur peut être, dans certains cas, 5 à 10 fois plus pollué que l'air extérieur. Des centaines de composés volatils ont été détectés. Cette pollution peut entraîner des allergies, irritations des voies respiratoires, intoxication voire des cancers dans les cas les plus graves. Les femmes enceintes, les enfants, les personnes âgées, les personnes malades y sont particulièrement sensibles.

#### **2.2.3.1. Habitat dégradé**

Le parc privé potentiellement indigne est établi sur la base d'un croisement entre les revenus des occupants et le classement cadastral des logements. Il comprend :

- les logements classés en catégorie cadastrale 6 (ordinaire) occupés par un ménage au revenu fiscal de référence inférieur à 70 % du seuil de pauvreté,
- les logements classés en catégorie cadastrale 7 ou 8 (médiocre et très médiocre) occupés par un ménage au revenu fiscal de référence inférieur à 150 % du seuil de pauvreté.

Figure 27. Parc privé potentiellement indigne en 2013 en Nouvelle-Aquitaine

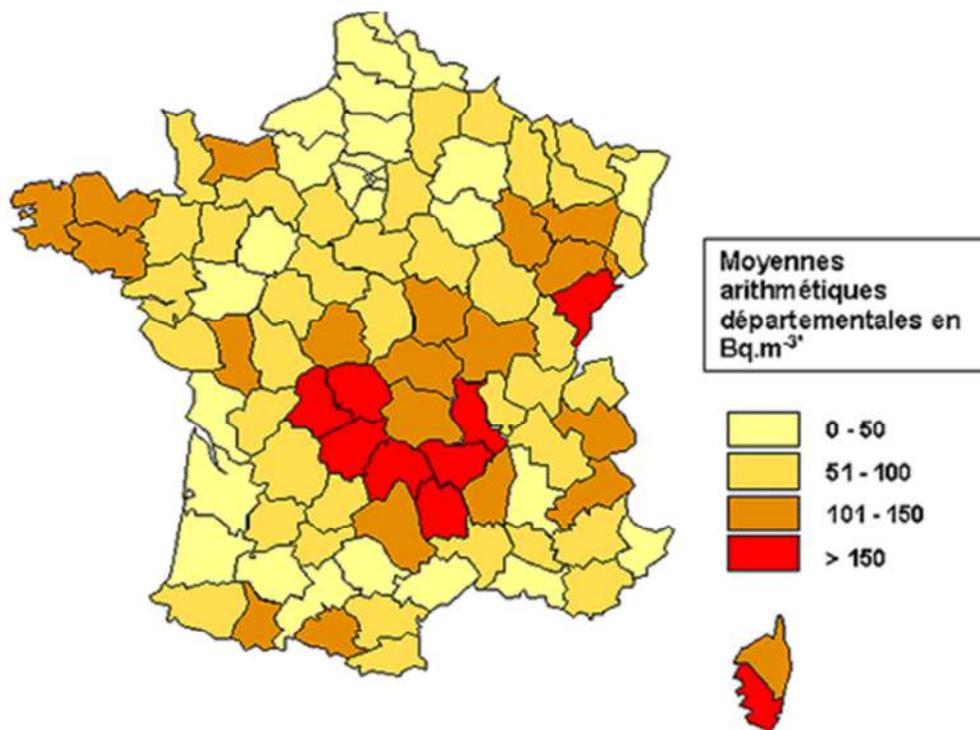


Source : Cerema 6 Filocom, DGFIP, exploitation ORSL

#### 2.2.3.2. Radon

Entre 1982 et 2000, l'Institut de Radioprotection et de Sûreté Nucléaire (IRSN) a réalisé des campagnes de mesure de l'exposition domestique au radon en France métropolitaine. En région, les résultats montrent des **valeurs élevées en Haute-Vienne, Corrèze, Creuse et Deux-Sèvres** (>100 Bq/m<sup>3</sup>). Dans les Pyrénées-Atlantiques, le Lot-et-Garonne, la Dordogne, la Charente et la Vienne les valeurs sont plus faibles (entre 51 et 100 Bq/m<sup>3</sup>) et plus faibles encore en Charente-Maritime, en Gironde et dans les Landes (moins de 50 Bq/m<sup>3</sup>).

*Figure 28. Mesure de l'exposition domestique au radon en France métropolitaine (campagne habitat menée entre 1982 et 2000)*



Source : IRSN

## 2.2.4. Eaux

### 2.2.4.1. Eau potable

La fourniture à la population d'une eau potable de bonne qualité est un enjeu de santé publique. L'eau de distribution fait l'objet d'un suivi sanitaire régulier, de façon à garantir sa qualité. Ce suivi est réalisé par la personne responsable de la production et de la distribution d'eau (PRPDE) et par le contrôle sanitaire mis en place par les ARS depuis la ressource jusqu'au robinet du consommateur.

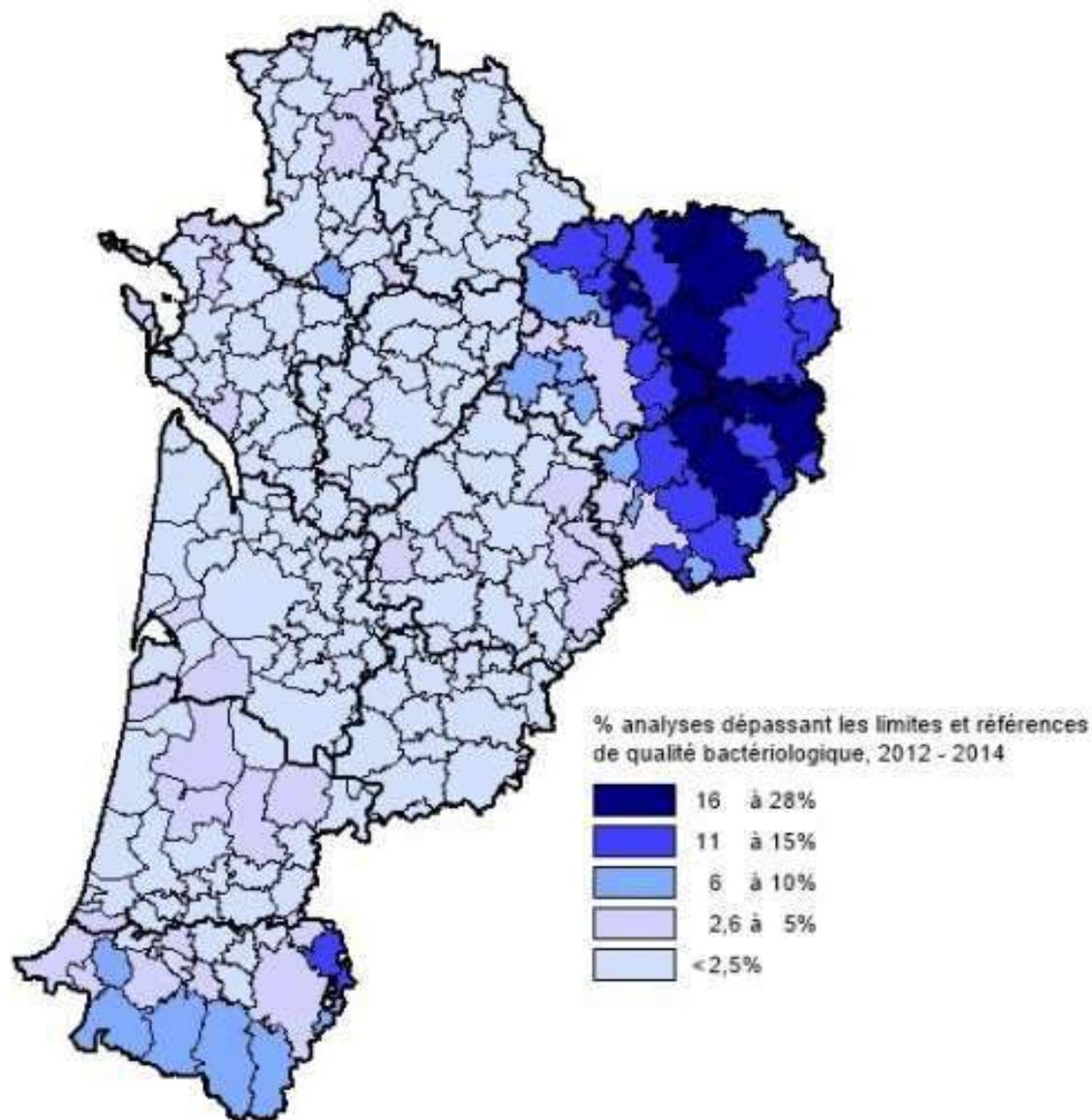
Une unité de distribution d'eau potable (UDI) désigne le réseau ou la partie du réseau physique de distribution qui délivre une eau de qualité réputée homogène (même origine). Les données cartographiques sur la microbiologie et les nitrates suivantes sont représentées à l'échelle d'un bassin de vie qui peut être alimenté par une ou plusieurs UDI. De fait, les non-conformités annoncées peuvent ne concerner qu'une partie de la population du bassin de vie.

L'étude sur les années 2012 à 2014 des analyses portant sur les paramètres bactériologiques révèle, à des degrés divers, des dépassements d'une limite ou d'une référence de qualité dans presque tous les bassins de vie de la région.

Toutefois, ce n'est pratiquement **qu'en Creuse et Corrèze que ces dépassements revêtent une réelle acuité**. Dans ces départements, mais également à l'est de la Haute-Vienne (appartenant au Massif central), la proportion d'analyses dépassant les limites et références de qualité sur 3 années excède 10 %, voire 15 % dans certains bassins. Apparaissent aussi, à un degré moindre, des bassins des Pyrénées-Atlantiques avec des dépassements supérieurs à 5 %. Dans les autres départements, la proportion de dépassements est presque toujours inférieure à 5 % voire, très souvent, inférieure à 2,5 %. Est ainsi objectivée dans ces territoires situés en zone « montagneuse » la combinaison d'une

multiplicité de petites unités de distribution couplée, parfois, à une absence de désinfection pour certaines installations de traitement.

*Figure 29. Paramètres microbiologiques selon les bassins de vie en Nouvelle-Aquitaine*



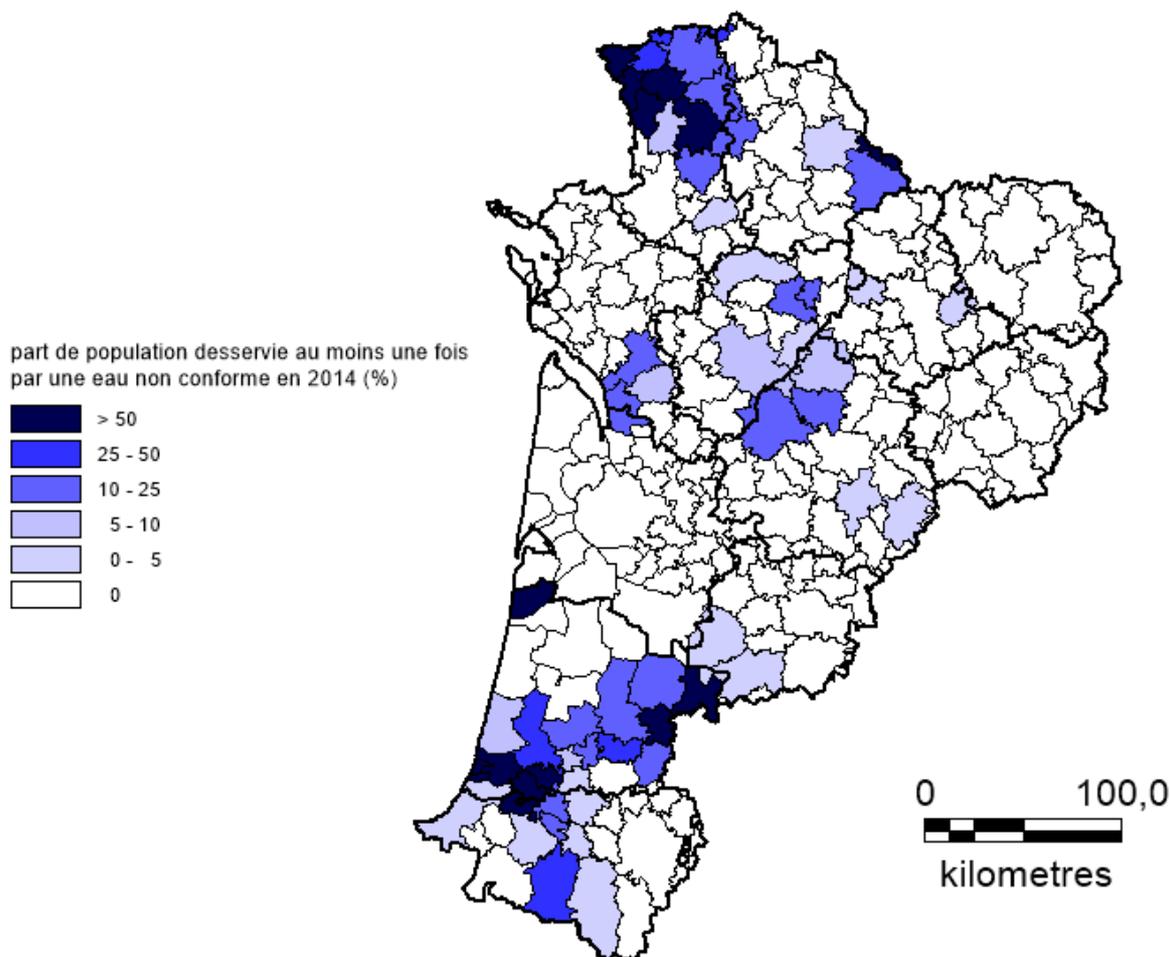
Source : SISE-Eaux-ARS, exploitation ORSL

#### 2.2.4.2. Pesticides totaux

Dans certaines zones de la région, notamment dans le nord des **Deux-Sèvres** et le sud des **Landes**, un tiers, voire deux-tiers de la population ont été exposés à une eau non conforme en pesticides, au moins une fois en 2014 (pesticides totaux, concentration > 0,5 µg/L). Dans les Deux-Sèvres, les fortes proportions de non-conformités retrouvées dans certains bassins de vie sont un fait accidentel relevant de deux facteurs simultanés : la contamination d'une ressource superficielle couplée à un problème technique ponctuel d'une filière de traitement. La tendance observée sur plusieurs années dans les Deux-Sèvres montre une situation satisfaisante vis-à-vis de ce paramètre.

Quelques autres bassins de vie de la région, plus dispersés, notamment en Charente, Dordogne et Pyrénées-Atlantiques, sont également concernés, à un degré moindre.

*Figure 30. Non-conformité en pesticides totaux de l'EDCH<sup>16</sup> dans les bassins de vie en 2014 en Nouvelle-Aquitaine*



Source : SISE-Eaux-ARS, exploitation ORSL

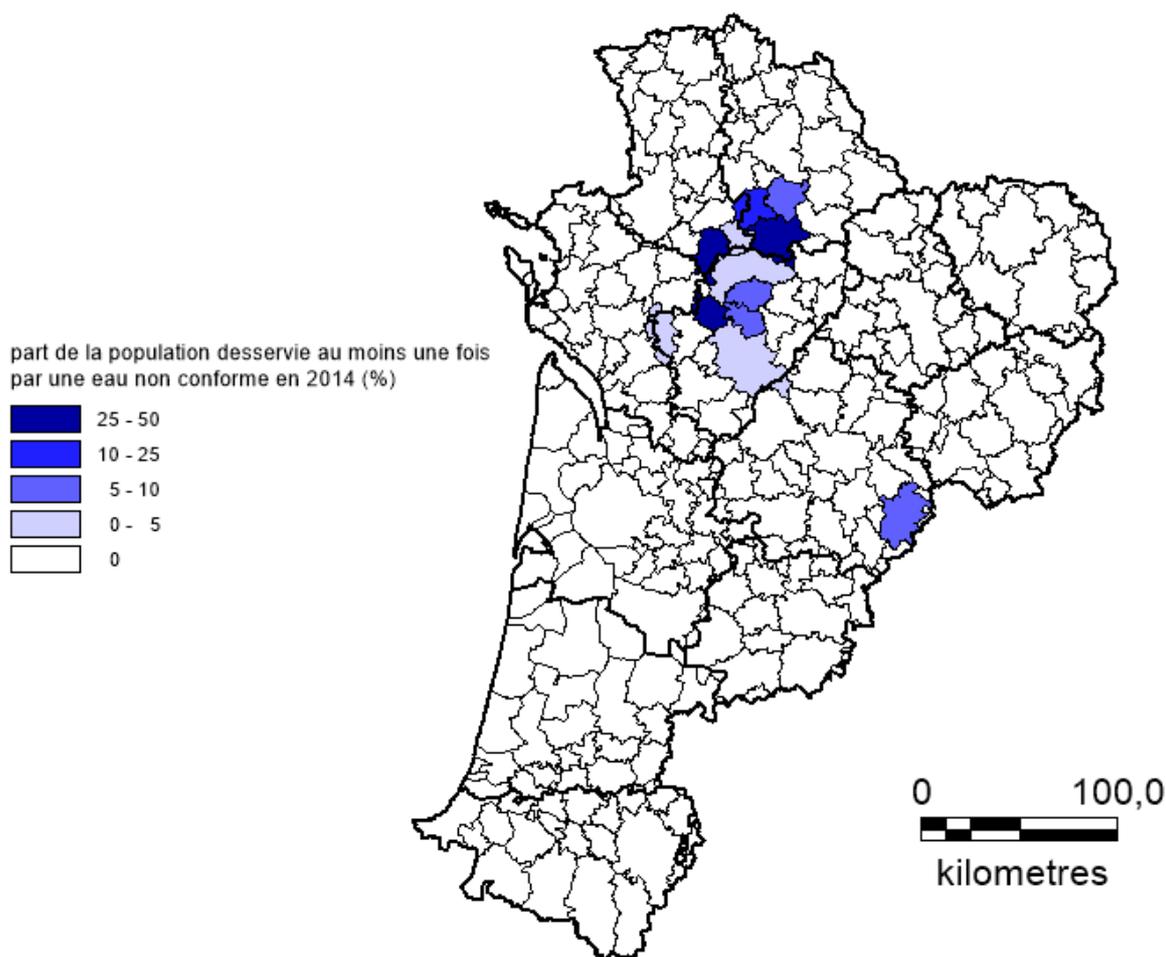
### 2.2.4.3. Nitrates

Les fortes concentrations en nitrates se retrouvent principalement dans les eaux d'origine souterraine, en raison de l'accumulation des apports minéraux liés à l'épandage agricole.

La population a été exposée au moins une fois en 2014 à une eau ayant fait l'objet de non-conformités (plus de 50 mg/L). Elle était localisée presque exclusivement dans des bassins de vie du **sud de la Vienne et de la Charente**. La part de la population exposée dépassait 20 %, voire 40 % dans certains bassins de vie.

<sup>16</sup> Eau Destinée à la Consommation Humaine (EDCH)

**Figure 31. Non-conformité en nitrates de l'EDCH<sup>17</sup> dans les bassins de vie en 2014 en Nouvelle-Aquitaine**



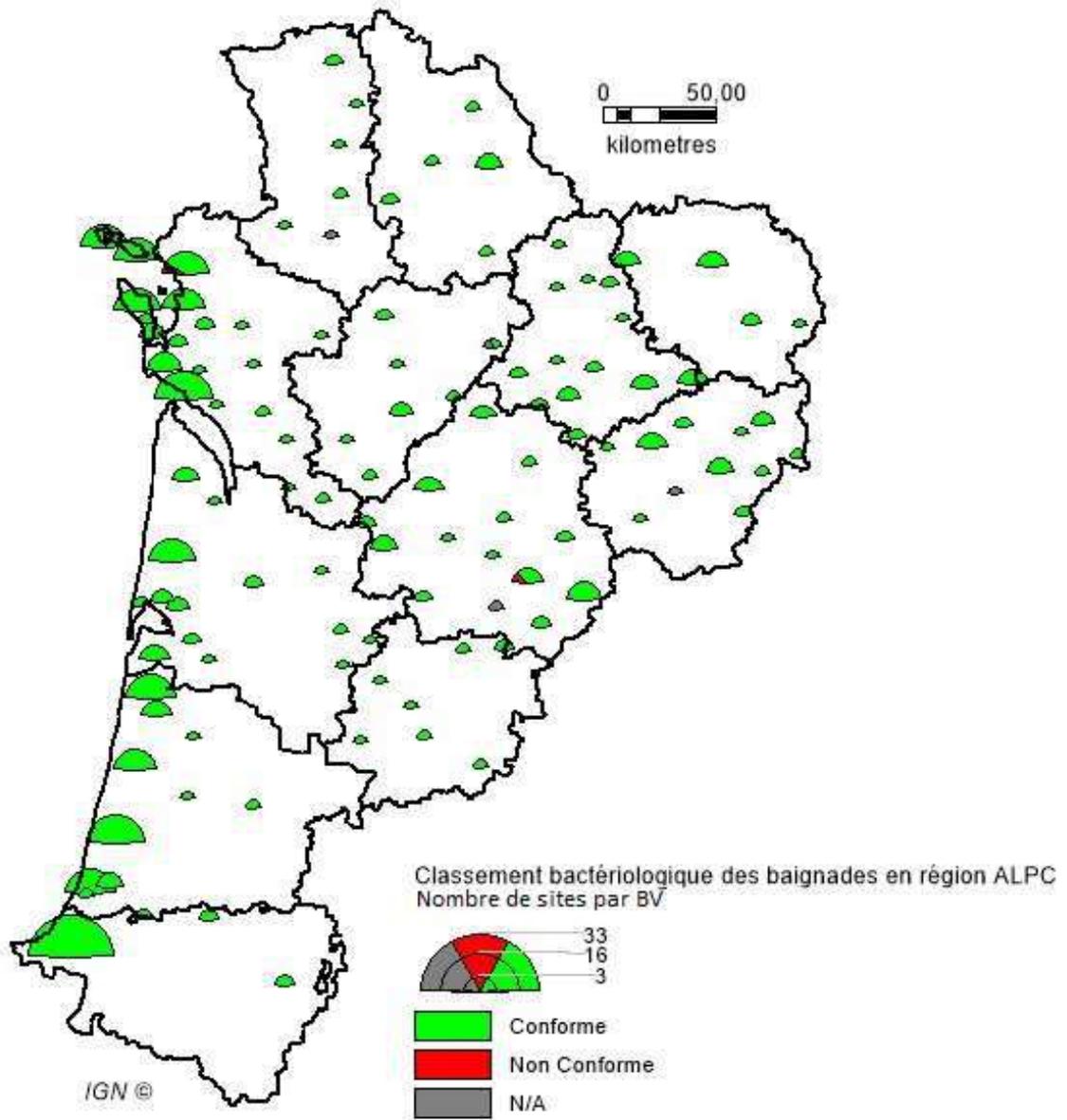
Source : SISE-Eaux – ARS, exploitation ORSL

#### 2.2.4.4. Eaux de loisirs

Certains risques sanitaires peuvent être liés aux baignades : gastroentérites, infections respiratoires, pathologies de type parasitaire et toxique (dermatite du baigneur), toxicité de certaines algues, etc. Le classement bactériologique des baignades en 2015, basé sur les résultats du contrôle sanitaire des 4 années précédentes, fait apparaître un bon état global des baignades, aussi bien en eau douce qu'en eau de mer. La majorité des points de contrôle sont bactériologiquement conformes, mis à part quelques sites en Charente-Maritime (2 sites sur 98) et en Dordogne (1 site sur 39). Ce bilan positif doit toutefois être nuancé par l'absence de prise en compte, dans les normes actuelles qui encadrent le classement européen des eaux de baignades, de la surveillance sanitaire des proliférations de cyanobactéries et de la contamination des eaux par les cyanotoxines. Des mesures de gestion immédiates peuvent donc être prises afin de réduire l'exposition de la population sans que le classement bactériologique de la baignade ne soit remis en cause.

<sup>17</sup> Eau Destinée à la Consommation Humaine (EDCH)

Figure 32. Classement européen des baignades par bassin de vie en Nouvelle-Aquitaine



Source : Sise Baignades, 2015 – ARS, exploitation ORSL

#### 2.2.4.5. Thermalisme

Les thermes attirent une part non négligeable de population saisonnière. La région présente une forte activité thermique qui s'explique par la richesse de ses nappes d'eaux souterraines, riches en sels minéraux et oligo-éléments. Le département des Landes compte à lui seul 5 stations et, avec 72 490 curistes en 2013, il est le premier département thermal de France.

Figure 33. Liste des stations thermales en région Nouvelle-Aquitaine

Département	Station thermale
64	Cambo-les-Bains
	Eaux Bonnes
	Laruns Eaux chaudes
	Salies de Béarn
47	Casteljaloux
40	Eugénie-les-bains
	Dax
	Préchacq-les-Bains
	Saint Paul les Dax
	Saubusse les Bains
86	La Roche-Posay
17	Rochefort
	Saujon
	Jonzac
23	Evaux-les-Bains

#### 2.2.5. Sols

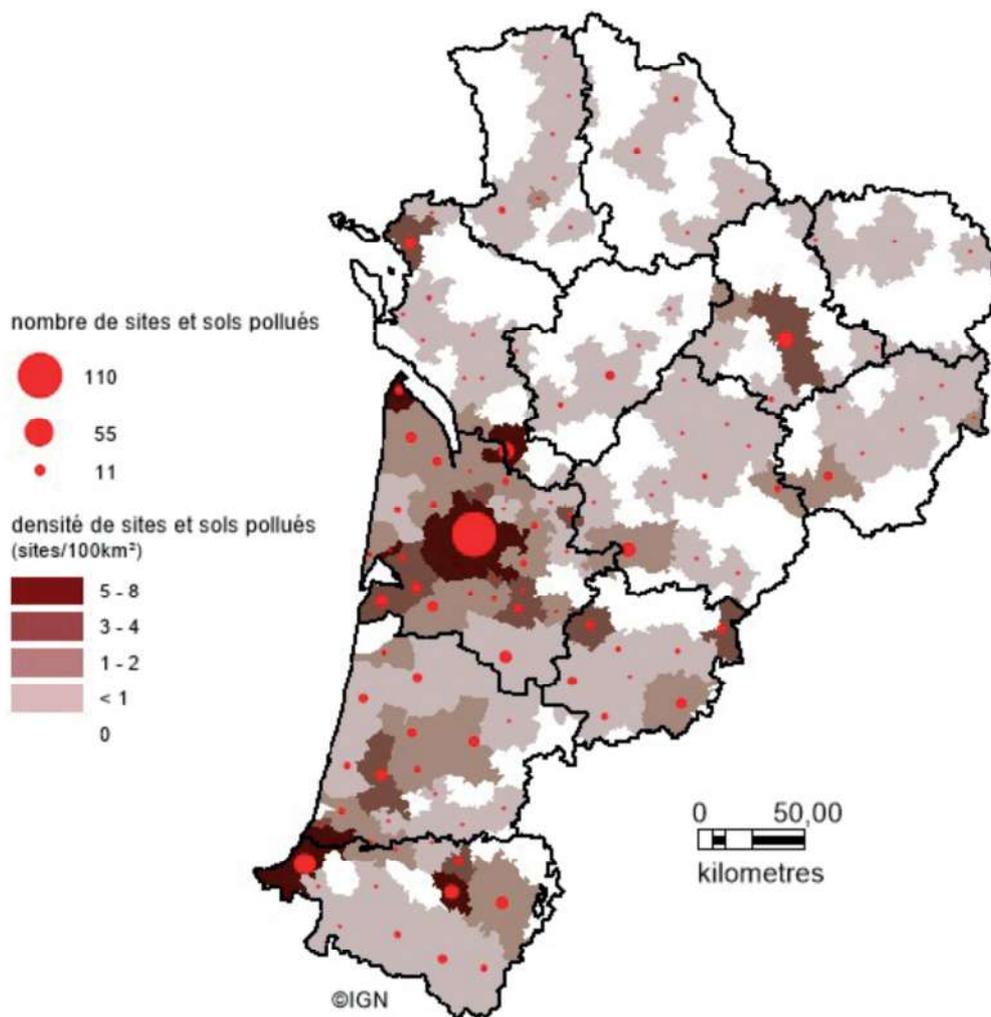
La pollution des sols peut impacter directement la santé de la population par l'ingestion ou l'inhalation de poussières (érosions éoliennes) et/ou de produits volatilisés. Elle peut également l'impacter indirectement par la consommation ou l'ingestion d'eau et d'aliments contaminés.

Un site pollué est un site qui, du fait d'anciens dépôts de déchets ou d'infiltration de substances polluantes, présente une pollution susceptible de provoquer une nuisance ou un risque pérenne pour les personnes ou l'environnement.

Hormis ceux traités et libres de toutes restrictions, 606 sites et sols pollués ont été recensés par la base de données sur la pollution des sols (BASOL) en 2015. Cette base n'est cependant pas exhaustive et n'intègre pas les éventuels sites et sols pollués liés à des activités d'élevage ou d'agroalimentaire classées ICPE.

Le bassin de vie de Bordeaux est celui qui présente le plus grand nombre de sites pollués (110, correspondant à une densité de 8 sites pour 100 km<sup>2</sup>). Un certain nombre d'autres bassins de vie, aussi bien urbains que ruraux, présentent une forte densité avec plus de 3, voire plus de 5 sites pour 100 km<sup>2</sup> pour certaines zones des Pyrénées-Atlantiques.

*Figure 34. Nombre et densité de sites et sols pollués par bassin de vie en Nouvelle-Aquitaine*



Source : BASOL – 2016, MEEM, exploitation ORSL

### 2.2.6. Changement climatique

Les effets du changement climatique peuvent être directs : vague de canicule, ultraviolets (UV) ; ou bien indirects : répartition géographique de populations de moustiques vecteurs de maladies, interaction avec des polluants et perturbation de la qualité de l'air (ozone, particules), etc.

Le scénario donné par le GIEC<sup>18</sup> (RCP 4.5) en ce qui concerne le changement climatique à un horizon moyen (2021-2050) fait apparaître des évolutions marquées aussi bien en termes de pluviométrie que de températures en comparaison des valeurs de références (période 1976-2005).

Dans la région, les projections de pluviométrie diffèrent cependant selon le territoire : on note une augmentation d'un demi-millimètre de précipitations journalières dans certains secteurs de la Vienne, des Deux-Sèvres, de l'ancienne région Limousin et de Charente et des évolutions stables dans les départements littoraux et du sud. En ce qui concerne les températures, une hausse globale de 1,5°C est prévue, à l'exception du littoral et de la partie occidentale des Pyrénées-Atlantiques où la hausse de température prévue devrait être inférieure à 1°C.

<sup>18</sup> Groupe d'Experts Intergouvernemental sur l'Évaluation du Climat (GEIC)

Figure 35. Variations de pluviométrie moyenne journalière (mm)

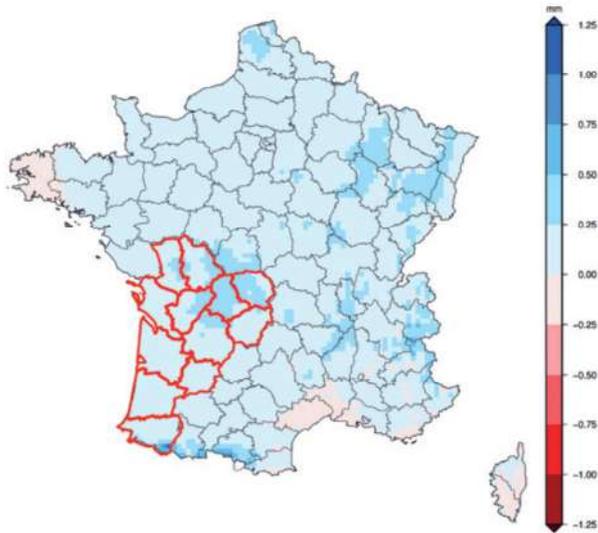
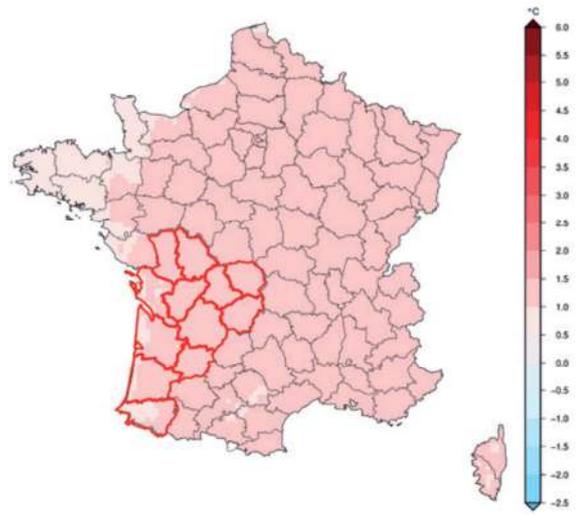


Figure 36. Variations de température moyenne (°C)



Source : GIEC (RCP 4.5)

## 2.3. Risques comportementaux

La nutrition s'entend comme l'équilibre entre les apports liés à l'alimentation et les dépenses occasionnées par l'activité physique. L'obésité est la conséquence la plus souvent mise en avant d'un déséquilibre de la nutrition, mais cela ne doit pas masquer les autres pathologies en lien avec la nutrition : cancer, diabète, maladies cardiovasculaires, ostéoporose, dénutrition. La sédentarité<sup>19</sup> est elle-même associée, indépendamment du niveau d'activité physique, au développement de pathologies chroniques chez l'adulte. Le temps passé par jour devant un écran est un témoin de cette sédentarité.

L'édition 2015 de *L'état de santé de la population en France* pose les principaux constats en matière de nutrition. La moitié des adultes est en surpoids, un sur six est obèse. Les évolutions récentes montrent que ces prévalences continuent d'augmenter, même si l'accroissement semble ralenti. Les niveaux d'activités physiques observés, ainsi que les comportements sédentaires, ne sont pas satisfaisants par rapport aux recommandations (10 000 pas par jour). La majorité de la population adulte et de 30 % à 50 % des enfants passent plus de 3 heures par jour devant un écran, en dehors du temps de travail et du temps scolaire. Seule la moitié des enfants consomme chaque jour des fruits et des légumes, mais les évolutions au cours des années 2000 suggèrent une amélioration de la situation. Enfin, d'importantes disparités socio-économiques sont observées en matière de nutrition et de surpoids / obésité.

### 2.3.1. Alimentation et activité physique

#### 2.3.1.1. *L'alimentation des premiers mois de la vie : moins d'enfants allaités en Nouvelle-Aquitaine qu'en France*

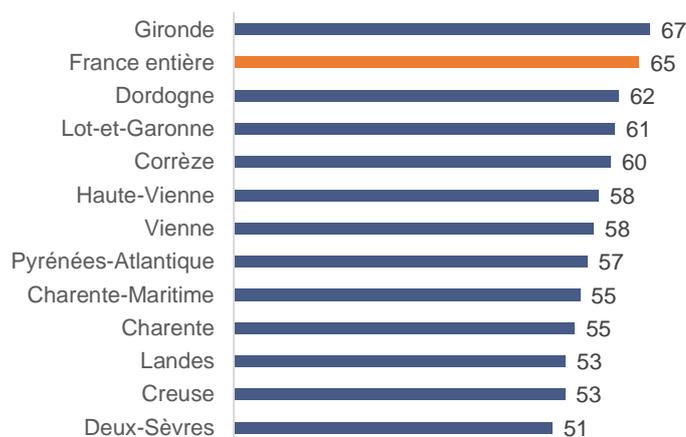
Selon les certificats de santé du 8<sup>ème</sup> jour (CS8), **la part des enfants allaités à la naissance en 2014 dans les départements de la Nouvelle-Aquitaine varie entre 51 % dans les Deux-Sèvres et 67 % en Gironde**. Excepté la Gironde, tous les départements présentent une valeur inférieure à celle de la France (65 %).

La part des enfants allaités moins de 3 mois varie entre 15 % et 21 %, celle des enfants allaités entre 3 et 6 mois varie de 14 à 20 % tandis que 10 à 20 % des enfants sont allaités plus de 6 mois. L'OMS recommande un allaitement exclusif au sein les 6 premiers mois de la vie de l'enfant.

---

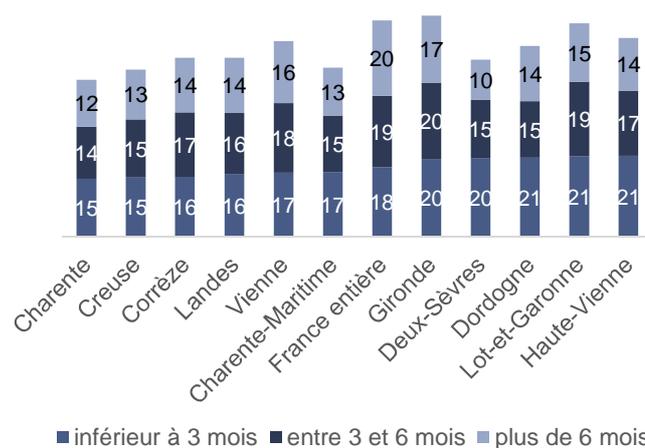
<sup>19</sup> Le comportement sédentaire ne représente pas seulement une activité physique faible ou nulle mais correspond à un ensemble de comportements au cours desquels la position assise ou couchée est dominante. La sédentarité ne correspond pas à l'absence d'activité physique (leurs conséquences physiologiques à long terme ne sont pas les mêmes). On peut donc être sédentaire et sportif à la fois.

**Figure 37. Part des enfants allaités à la naissance dans les départements de la Nouvelle-Aquitaine en 2014 (%)**



Source : Drees CS8 –validité 2014 ; Exploitation : ORS Poitou-Charentes

**Figure 38. Part des enfants de 9 mois selon la durée de l'allaitement dans les départements de la Nouvelle-Aquitaine en 2014 (%)**



Source : Drees CS9 –validité 2014 ; Exploitation ORS Poitou-Charentes  
Données non disponibles pour les Pyrénées-Atlantiques

### 2.3.1.2. Surpoids / Obésité : plus d'obèses en Nouvelle-Aquitaine comme en France<sup>2021</sup>

Les dernières données issues de l'enquête Obépi (données déclarées) montrent que **la part des adultes obèses dans les ex-régions de la Nouvelle-Aquitaine varie de 14 % en ex-Poitou-Charentes à 18 % en ex-Limousin, avec une valeur intermédiaire en ex-Aquitaine (16 %)**. La part des adultes obèses avait globalement augmenté en Nouvelle-Aquitaine même si elle était en léger recul en ex-Poitou-Charentes. Une augmentation particulièrement importante était observée en ex-Limousin.

*Figure 39. Proportion d'adultes de 18 ans ou plus déclarant un IMC > ou = 30 kg/m<sup>2</sup> (obésité) en 2009 et en 2012 dans les ex-régions de la Nouvelle-Aquitaine (%)*

	2009	2012	Evolution
Ex-Aquitaine	13,7	15,8	2,1
Ex-Limousin	13,8	17,8	4,0
Ex-Poitou-Charentes	14,2	13,8	-0,4
France hexagonale	14,5	15,0	0,5

*Source : Score santé (Obépi) ; Réalisation : ORS Poitou-Charentes  
Voir en fin de document pour des précisions méthodologiques*

La cohorte CONSTANCES (constituée d'un échantillon de 200 000 adultes âgés de 18 à 69 ans) permet de fournir des estimations de la prévalence du surpoids et de l'obésité à partir de données mesurées, en France et dans les 16 départements couverts par la cohorte. Ainsi, en 2013, dans les départements concernés de la Nouvelle-Aquitaine, les données de prévalence de l'obésité sont les suivantes : 13 % en Gironde et dans les Pyrénées-Atlantiques, 17 % dans la Vienne et 19 % en Charente. En France, 16 % de la cohorte est obèses.

### 2.3.1.3. Chez les enfants de 5/6 ans, une augmentation de l'obésité en ex-Poitou-Charentes

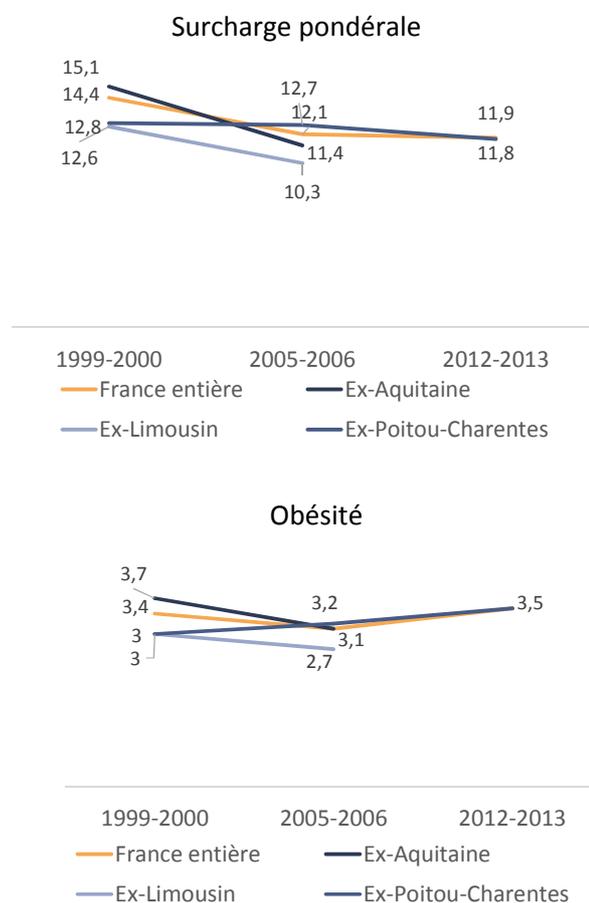
En 2005-2006, la part des enfants de 5/6 ans en surpoids dans la Nouvelle-Aquitaine varie de 10 % en ex-Limousin à 13 % en ex-Poitou-Charentes. L'évolution entre 1999-2000 et 2005-2006 est favorable en ex-Limousin et ex-Aquitaine, suivant la tendance nationale, tandis qu'elle est défavorable en ex-Poitou-Charentes, pour finalement diminuer légèrement entre 2005-2006 et 2012-2013. L'obésité suit la même tendance en ex-Limousin et ex-Aquitaine tandis qu'elle augmente régulièrement en ex-Poitou-Charentes pour atteindre 3,5 % des enfants en 2012-2013. Les données 2012-2013 pour le Limousin proviennent de l'exploitation des bilans de santé des grandes sections de maternelles par l'ORS Limousin et non par la DREES. N'ayant pas fait l'objet du même traitement, elles ne peuvent

<sup>20</sup> **Part d'adultes déclarant un IMC > ou = 30** : Ces données sont déclaratives et souffrent donc de biais inhérents à toute enquête déclarative : poids sous-estimé et taille surestimée, conduisant à une sous-estimation de l'indice de masse corporelle

<sup>21</sup> **Proportion d'enfants scolarisés en grande section de maternelle en surpoids et en obésité** : La surcharge pondérale regroupe le surpoids et l'obésité. Les mesures anthropométriques sont réalisées par les infirmiers et médecins de l'Éducation nationale. La classification des enfants en surcharge pondérale, surpoids ou obésité est réalisée selon les références du Childhood Obesity Working Group de l'International Obesity Task Force (IOTF). A la différence des adultes pour lesquels il existe une valeur unique de l'IMC pour définir les surpoids et l'obésité, les seuils chez l'enfant évoluent selon l'âge, par tranche d'âge de 6 mois, et le sexe en raison des variations de corpulence au cours de la croissance. Ces seuils s'inscrivent dans des courbes qui rejoignent à 18 ans les valeurs de 25 et 30 correspondant respectivement au surpoids et à l'obésité chez l'adulte. A noter que la période de scolarisation en grande section de maternelle est contemporaine du rebond d'adiposité physiologique qui, s'il survient trop tôt, est corrélé au risque d'obésité à l'âge adulte.

pas être comparées. A titre indicatif, ces données sont de 11,0 % pour la surcharge pondérale et 2,4 % pour l'obésité.

**Figure 40. Proportion d'enfants en grande section de maternelle présentant une surcharge pondérale et en obésité sur les ex-régions de la Nouvelle-Aquitaine en 1999-2000, 2005-2006 et 2012-2013 (%)**



Sources : Score santé (DREES, DGS, InVS, DGESCO, DEPP (Cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire); Réalisation : ORS Poitou-Charentes ; Données DREES 2012-2013 non disponibles en ex-Aquitaine et ex-Limousin

### 2.3.1.4. Un élève de 6<sup>ème</sup> sur six en surcharge pondérale

Les derniers bilans infirmiers réalisés auprès des élèves scolarisés en 6<sup>ème</sup> montrent que :

- En ex-Aquitaine en 2014-2015, 17 % de ces élèves sont en surcharge pondérale, dont 3 % sont obèses.
- En ex-Limousin, un élève sur cinq est en surcharge pondérale en 2013-2014, dont 4 % étaient obèses.

L'insuffisance pondérale concerne autant d'enfants que l'obésité, en ex-Aquitaine comme en ex-Limousin, soit respectivement 3,2 % et 4,1 %.

Les données disponibles pour l'ex-Limousin ne permettent pas de mesurer des évolutions. En revanche, en ex-Aquitaine, l'évolution depuis les 3 dernières années d'observation montre une augmentation du surpoids de 11 % des élèves en 2012-2013 à 14 % en 2014-2015, de l'obésité (de 2,8 % à 3,2 %) et de l'insuffisance pondérale (de 2,2 % à 3,2 %).

**Figure 41. Proportion d'élèves de 6ème scolarisés dans un établissement public, obèses ou en insuffisance pondérale (IP) en ex-Aquitaine et ex-Limousin (%)**

	Obésité	IP		Obésité	IP
Ex-Aquitaine (2014-2015)	3,2	3,2	Ex- Limousin (2013-2014)	4,0	4,1

Sources : *Rectorat Aquitaine et Limousin ; Exploitation des bilans de santé des élèves de 6ème par l'ORS Aquitaine et l'ORS Limousin ; Réalisation : ORS Poitou-Charentes*  
Données non disponibles en ex-Poitou-Charentes

La part des élèves en surcharge pondérale varie selon les départements, avec en ex-Aquitaine, une situation plus favorable pour les Pyrénées-Atlantiques et plutôt défavorable pour le Lot-et-Garonne. Les 3 autres départements présentent une situation intermédiaire. En ex-Limousin, la situation est plus défavorable dans la Creuse et plus favorable en Haute-Vienne.

**Figure 42. Proportion d'élèves de 6ème scolarisés dans un établissement public en surcharge pondérale dans les départements de l'ex-Aquitaine et ex-Limousin (%)**

Ex-Aquitaine	2014-2015	Ex-Limousin	2013-2014
Dordogne	17,3	Corrèze	19,8
Gironde	16,8	Creuse	21,0
Landes	17,6	Haute-Vienne	18,8
Lot-et-Garonne	19,1	Ex-Limousin	19,5
Pyrénées-Atlantiques	15,0		
Ex-Aquitaine	16,9		

Sources : *Rectorat Aquitaine et Limousin ; Exploitation des bilans de santé des élèves de 6ème par l'ORS Aquitaine et l'ORS Limousin ; Réalisation : ORS Poitou-Charentes*

### 2.3.1.5. Des comportements alimentaires défavorables à la santé qui augmentent entre la 6ème et la 3ème

Selon les dernières données issues de l'enquête Health Behaviour in School-aged Children (HBSC<sup>22</sup>) réalisée en ex-Poitou-Charentes en 2014, près d'un tiers des élèves de 11, 13 et 15 ans ne prend pas de petit déjeuner tous les jours et cette proportion augmente avec le niveau scolaire. Près d'un tiers ne consomme ni fruits ni légumes quotidiennement. Cette consommation baisse entre le CM2 et la 4<sup>ème</sup> puis remonte en 3<sup>ème</sup>.

La consommation quotidienne de produits sucrés est moins importante chez les élèves de 6<sup>ème</sup> par rapport aux élèves de CM2 mais remonte fortement chez les élèves de 3<sup>ème</sup> (37 %). Ils sont ainsi près d'un tiers à consommer quotidiennement au moins un produit sucré. Concernant les consommations de boissons énergisantes, associées ou non à l'alcool, près de 80 % des élèves disent ne jamais en consommer et environ 10 % déclarent en consommer au moins une fois par semaine.

<sup>22</sup> L'enquête HBSC est une enquête internationale périodique diffusée tous les quatre ans depuis 1982, mais seulement depuis 1994 en France, et depuis 2002 dans toutes les régions de France métropolitaine. Mise en place par l'Organisation mondiale de la santé, son objectif est de connaître l'état de santé et le bien-être des élèves scolarisés, mais aussi leurs comportements de santé, et les différents environnements dans lesquels ils évoluent. Sa diffusion tous les quatre ans permet de suivre l'évolution des comportements. Des sur-échantillons sont constitués dans les régions volontaires depuis 2007. Il s'agit d'une enquête par questionnaires anonymes auto-administrés. La passation a lieu en classe sur le temps scolaire.

### ***2.3.1.6. Une insatisfaction corporelle ressentie pour 40 % des collégiens***

Toujours selon l'enquête HBSC 2014 (5), environ 60 % des élèves de l'ex-Poitou-Charentes pensent être à peu près au bon poids et 28 % se trouvent un peu ou beaucoup trop gros. Les filles ont plus fréquemment déclaré être trop grosses (37 % contre 20 % des garçons) tandis que les garçons s'estiment un peu plus fréquemment trop maigres (14 % contre 11 % des filles). Un peu plus d'un tiers des filles de corpulence normale se considèrent un peu ou beaucoup trop grosses (respectivement 32 % et 4 %). Les deux tiers d'entre eux (65 %) estiment ne pas avoir besoin de faire un régime alimentaire pour perdre du poids tandis que 8 % en font un et 20 % pensent en avoir besoin. Les filles sont plus nombreuses que les garçons à suivre un régime alimentaire pour maigrir. Le besoin de grossir est aussi une préoccupation qui touche les deux sexes. Les élèves qui suivent un régime augmentent avec le niveau scolaire. Ils sont 5 % en CM2 contre 18 % en seconde.

### ***2.3.1.7. En 6ème, neuf élèves sur dix prennent un petit déjeuner tous les jours***

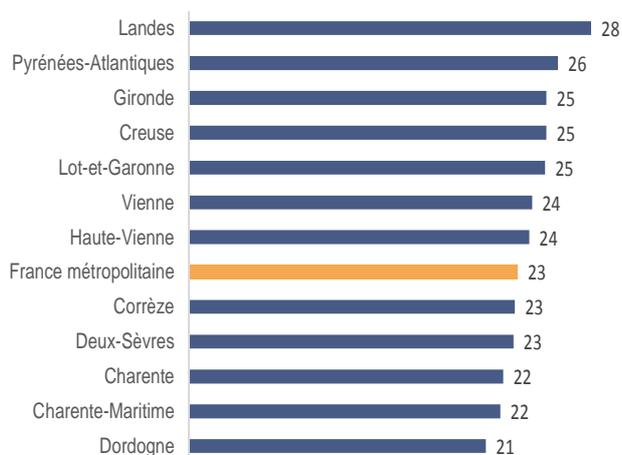
L'exploitation des bilans de santé réalisés auprès des élèves scolarisés en classe de 6<sup>ème</sup> en ex-Aquitaine et en ex-Limousin montre que :

- En ex-Aquitaine en 2014/2015, 86 % des élèves prennent un petit déjeuner tous les jours, 11 % consomment tous les jours des produits sucrés et 5 % grignotent quotidiennement en dehors du goûter.
- En ex-Limousin en 2013/2014, 88 % des élèves prennent un petit déjeuner tous les jours, 27 % consomment des sucreries et/ou sodas au moins 3 fois par semaine et 10 % déclarent grignoter régulièrement.

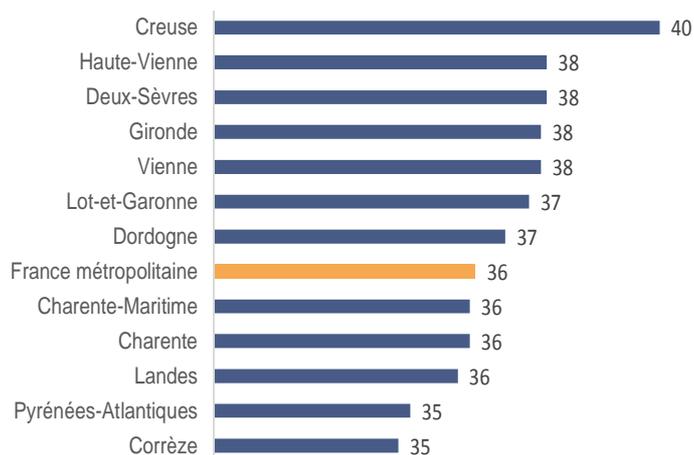
### ***2.3.1.8. En Nouvelle-Aquitaine, un quart de la population pratique un sport en club***

En 2014, le nombre de licences sportives s'élève à 24 pour 100 habitants (23 % sur l'ensemble de la France), avec des variations départementales allant de 21 % en Dordogne à 28 % dans les Landes. La part des licences féminines parmi les licences sportives est de 37 %, comme au niveau national. Cet indicateur ne préjuge pas du niveau d'activité physique car il ne tient pas compte de l'activité physique réalisée en dehors d'un club sportif dans le cadre de loisirs, de déplacements ou d'activités telles que le ménage, le jardinage, etc.

**Figure 43. Taux de licences sportives en 2014 dans les départements de Nouvelle-Aquitaine (%)**



**Figure 44. Part des licences féminines en 2014 dans les départements de Nouvelle-Aquitaine (%)**



Source : DRJSCS Panorama statistique 2016, exploitation ORS Poitou-Charentes

**2.3.1.9. En ex-Poitou-Charentes, près de neuf collégiens sur dix passent au moins deux heures par jour sur un écran**

Selon l'enquête HBSC 2014, plus de la moitié des élèves déclare avoir eu une activité physique d'au moins une heure, deux à quatre jours dans la semaine. Les activités sédentaires et plus particulièrement les activités sur écran concernent un grand nombre d'élèves. Ils sont 88 % à passer au moins deux heures par jour devant un écran. L'écran le plus fréquemment utilisé reste la télévision. Globalement, les garçons passent plus de temps que les filles devant un écran. Ils sont 92 % à déclarer y passer plus de deux heures par jour, contre 86 % des filles. Cette différence est liée à une plus forte utilisation des jeux vidéo. La proportion d'élèves passant au moins deux heures par jour devant un écran augmente avec le niveau scolaire pour atteindre 96 % chez les élèves de 3<sup>ème</sup>.

Les recommandations internationales préconisent de ne pas dépasser 2 heures par jour devant un media de type ordinateur, console de jeu et télévision.

### ***2.3.1.10. En ex-Aquitaine, sept élèves de 6<sup>ème</sup> sur dix déclarent pratiquer une activité physique régulière et deux sur cinq déclarent avoir au moins un écran dans leur chambre***

L'exploitation des bilans de santé réalisés auprès des élèves scolarisés en classe de 6<sup>ème</sup> en ex-Aquitaine, montre qu'en 2014/2015, 71 % des élèves déclarent pratiquer une activité physique régulière en dehors des heures de sport délivrées au collège et 42 % disposent d'au moins un écran dans leur chambre, les garçons plus souvent que les filles.

Entre 2012/2013 et 2014/2015, la part des élèves pratiquant une activité physique régulière a diminué, passant de 75 % à 71 %.

### ***2.3.1.11. En ex-Limousin, plus de la moitié des élèves déclarent pratiquer un sport en club***

L'exploitation des bilans de santé réalisés auprès des élèves scolarisés en classe de 6<sup>ème</sup> en ex-Limousin, montre qu'en 2013-2014, 57 % des élèves pratiquaient un sport en club.

### ***2.3.1.12. Prise en charge hospitalière : la chirurgie de l'obésité***

La chirurgie bariatrique, ou chirurgie de l'obésité, permet un traitement chirurgical de l'obésité grave (sévère ou compliquée) qui est considérée comme une maladie chronique.

Elle peut être indiquée en cas d'Indice de Masse Corporel (IMC) supérieur à 40 kg/m<sup>2</sup> ou à 35 kg/m<sup>2</sup> lorsqu'il existe une maladie associée susceptible d'être améliorée par le traitement chirurgical. L'intervention peut être uniquement envisagée chez des personnes dont l'obésité est installée depuis plusieurs années, qui ont déjà été suivies pendant au moins un an pour leurs problèmes de poids, et pour lesquelles un traitement diététique et une activité physique s'avèrent inefficaces.

#### **Recommandations HAS :**

La chirurgie bariatrique est indiquée par décision collégiale, prise après discussion et concertation pluridisciplinaires, chez des patients adultes réunissant l'ensemble des conditions suivantes :

patients avec un IMC > = 40 kg/m<sup>2</sup> ou bien avec un IMC >= 35 kg/m<sup>2</sup> associé à au moins une comorbidité susceptible d'être améliorée après la chirurgie (notamment les maladies cardio-vasculaires dont HyperTension Artérielle (HTA), syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil et autres troubles respiratoires sévères, désordres métaboliques sévères, en particulier diabète de type 2, maladies ostéo-articulaires invalidantes, stéatohépatite non alcoolique) (grade B) ;

en deuxième intention après échec d'un traitement médical, nutritionnel, diététique et psychothérapeutique bien conduit pendant 6-12 mois (grade B) ; en l'absence de perte de poids suffisante ou en l'absence de maintien de la perte de poids (grade B) ;

patients bien informés au préalable (accord professionnel), ayant bénéficié d'une évaluation et d'une prise en charge préopératoires pluridisciplinaires (grade C) ;

patients ayant compris et accepté la nécessité d'un suivi médical et chirurgical à long terme (accord professionnel) ;  
risque opératoire acceptable (accord professionnel).

Des données préliminaires (études comparatives randomisées mono-centriques, d'effectif faible et de suivi court) ont montré que la chirurgie bariatrique pourrait améliorer les comorbidités, en particulier le diabète de type 2, chez des sujets avec IMC entre 30 et 35 kg/m<sup>2</sup>. Néanmoins, en l'absence de données plus large, l'HAS ne peut recommander pour l'instant la chirurgie bariatrique chez des sujets diabétiques avec IMC entre 30 et 35 kg/m<sup>2</sup> (accord professionnel).

Les données actuelles, hétérogènes et de faible niveau de preuve, ne permettent pas d'établir le rapport bénéfice/risque de la chirurgie bariatrique au-delà de 60 ans. Pour ces patients, l'indication doit être posée au cas par cas en fonction de l'âge physiologique et des comorbidités associées (grade C).

En 2015, 4 135 interventions de chirurgie de l'obésité (de première ou seconde intention) ont été réalisées pour des néo-aquitains, chiffre en hausse de 4,3 % par rapport à l'année précédente. En 2014, 50 patients de moins de 20 ans ont eu ce type d'interventions et 54 en 2015.

Aucune offre de ce type n'existe dans le département des Deux-Sèvres, les patients vont donc pour la moitié dans un établissement de la Vienne, ou dans un établissement de Charente ou du Maine-et-Loire.

**Figure 45. Activité de chirurgie bariatrique en Nouvelle-Aquitaine en 2015**

Département patients	Séjours de chirurgie bariatrique 2015					Evolution 2014 / 2015 Nb de séjours
	Nb de séjours	Nb de journées	Age moyen	séjours avec âge >20	séjours avec âge <20 ans	
16-Charente	222	955	42,4	221	1	2,8%
17-Charente Maritime	423	2 203	43,5	418	5	6,8%
19-Corrèze	198	976	42,8	195	3	-6,6%
23-Creuse	50	252	44,4	50	0	-9,1%
24-Dordogne	284	1 550	42,1	280	4	-2,4%
33-Gironde	1 322	5 942	41,2	1 303	19	12,8%
40-Landes	268	1 026	43,6	267	1	1,5%
47-Lot et Garonne	270	1 263	41,1	263	7	-9,4%
64-Pyrénées-Atlantiques	415	1 828	43,0	412	3	9,8%
79-Deux-Sevres	164	651	41,0	162	2	11,6%
86-Vienne	310	1 274	39,7	306	4	-5,5%
87-Haute-Vienne	209	1 018	41,1	204	5	0,5%
	<b>4 135</b>	<b>18 938</b>		<b>4 081</b>	<b>54</b>	<b>4,3%</b>

Source PMSI 2015 - Séjours chir. bariatrique - ARS NA DPSP PESE

La forte progression de ces chirurgies France entière a incité la CNAMTS à suivre son développement de près grâce à une cohorte de 14 609 patients opérés d'une chirurgie bariatrique en 2009 (à partir des données SNIIRAM) permettant une analyse des suites des différentes techniques (bénéfices, complications, suivi...).

La CNAMTS a également développé une méthode de comparaison des pratiques en collaboration avec la Fédération de Chirurgie Viscérale et Digestive, à partir d'un panel d'indicateurs issus des bases de données, permettant de cibler les établissements pour des actions d'amélioration de la pertinence de l'acte chirurgical<sup>23</sup>.

### 2.3.2. Les addictions aux substances psychoactives

La consommation de substances psychoactives est responsable en France de plus de 100 000 décès évitables (accidents et maladies), dont près de 40 000 par cancers. Les conduites addictives interviennent ainsi dans environ 30 % des décès prématurés (avant 65 ans).

#### 2.3.2.1. Les comportements : consommation de substances psychoactives chez les jeunes

Les consommations de substances psychoactives **chez les jeunes de 17-18 ans** de Nouvelle-Aquitaine (Enquête ESCAPAD<sup>24</sup>) diffèrent défavorablement des données nationales sur plusieurs indicateurs comme le **tabagisme quotidien** (36 % versus 32 %), **l'expérimentation du cannabis** (52 % versus 48 %) ou la **consommation de 5 verres d'alcool ou plus en une même occasion** au cours du mois précédant l'enquête (API : alcoolisation ponctuelle importante : 54 % versus 49 %). Aucune

<sup>23</sup> Source : Ministère de la Santé

<sup>24</sup> **Données ESCAPAD** : enquêtes conduites par l'OFDT auprès de jeunes de 17 ans lors de la Journée défense et citoyenneté. Les résultats présentés sont pondérés sur le sexe et le département de résidence.

- **Alcoolisation ponctuelle importante (API)** : 5 verres ou plus en une même occasion

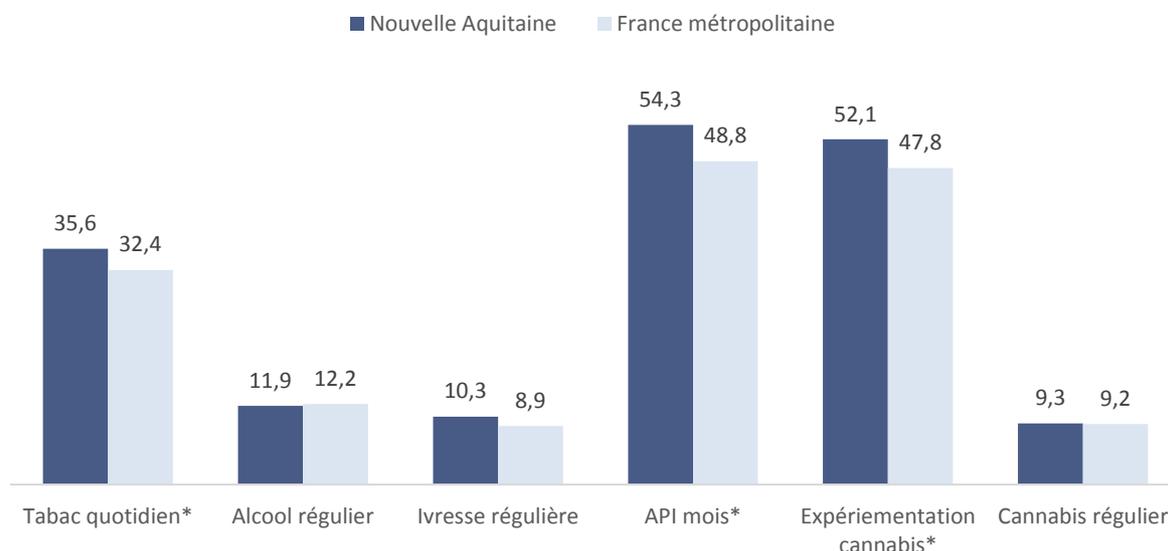
- **Expérimentation** : au moins un usage au cours de la vie

- **Usage régulier (alcool, cannabis)** : au moins 10 usages dans le mois

- **Ivresse régulière** : au moins 10 usages dans l'année

différence significative n'est en revanche notée vis-à-vis de l'expérimentation des autres substances psychoactives illicites ou d'usage détourné (poppers, champignons hallucinogènes, ecstasy, cocaïne...).

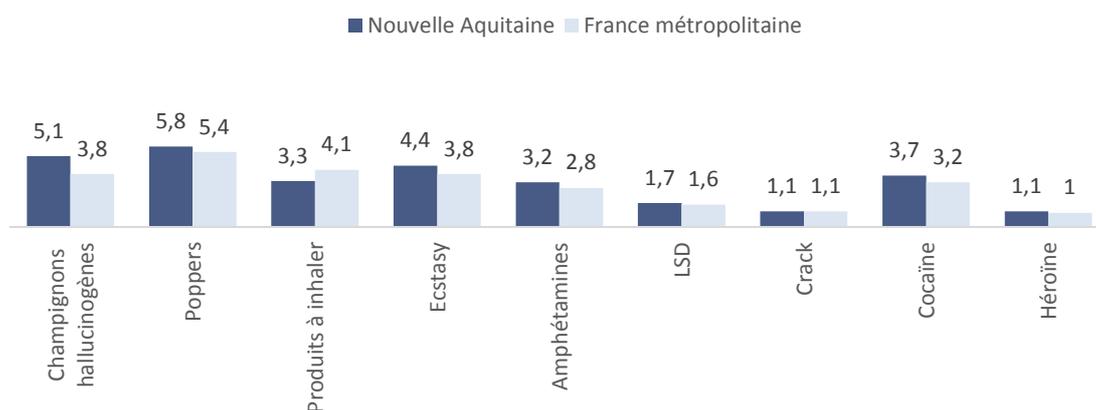
**Figure 46. Usages de tabac, alcool et cannabis à 17-18 ans en Nouvelle-Aquitaine en 2014 (%)**



\*Différence significative (un taux départemental peut présenter un écart plus grand au taux national sans toutefois que cette différence soit significative en raison de la taille des effectifs).

Source : ESCAPAD 2014, Réalisation : ORS Limousin

**Figure 47. Expérimentation d'autres substances illicites à 17-18 ans en Nouvelle-Aquitaine en 2014 (%)**



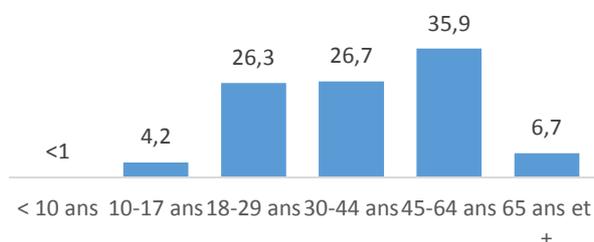
Source : ESCAPAD 2014, Réalisation : ORS Limousin

### 2.3.2.2. Les passages aux urgences

Près de 10 000 passages aux urgences<sup>25</sup> ont été enregistrés en 2015 en Nouvelle-Aquitaine pour « troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : intoxication aiguë » (CIM10 : F10.0). Il faut préciser que ce chiffre est sans doute en deçà de la réalité car le diagnostic codé est plutôt la conséquence pathologique que la cause. Ces passages concernent majoritairement des hommes (73 %) ; 31 % ont moins de 30 ans.

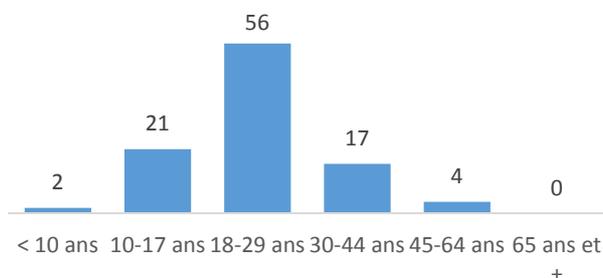
Cent trois passages aux urgences pour diagnostic de « Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis : intoxication aiguë » (F12.0) ont été enregistrés en 2015 en Nouvelle-Aquitaine. Pour ce motif également, les hommes sont surreprésentés (78 %) ; ainsi que les jeunes (80 % ont moins de 30 ans dont 21 % de mineurs).

**Figure 48. Répartition des passages des patients venus aux urgences pour troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool (CIM10 : F10.0) en 2015 en Nouvelle-Aquitaine (%) - n=9553**



Source : ORU NA, Réalisation : ORS Limousin

**Figure 49. Répartition des passages en fonction de l'âge des patients venus aux urgences pour troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis (CIM10 : F12.0) en 2015 en Nouvelle-Aquitaine (%) - n=103**



Source : ORU NA, Réalisation : ORS Limousin

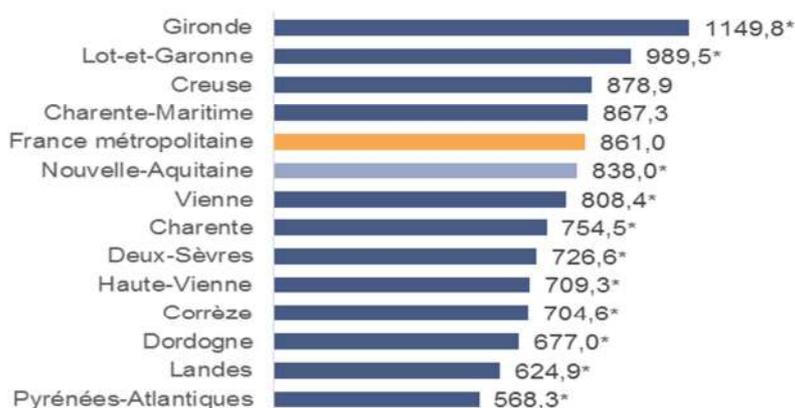
### 2.3.2.3. Les données d'hospitalisation

Dans la région, le taux comparatif de séjours hospitaliers<sup>26</sup> pour une pathologie liée à l'alcool est moins élevé qu'en France métropolitaine (838 vs 861 séjours pour 100 000 habitants). Il en va de même pour 8 des 12 départements néo-aquitains. En revanche, le **taux comparatif de séjours hospitaliers pour une pathologie liée à l'alcool est significativement plus élevé dans deux départements : en Gironde et en Lot-et-Garonne.**

<sup>25</sup> **Passages aux urgences (RPU)** : La région Nouvelle-Aquitaine a enregistré 1 617 311 passages aux urgences en 2015 dont 1 535 274 ont généré un Résumé de Passage aux Urgences (RPU) par les Observatoires des Urgences (95%) ; le diagnostic principal est exploitable pour 70% de ces RPU (98% pour l'ex-Limousin, 77% pour l'ex-Poitou-Charentes et 58% pour l'ex-Aquitaine).

<sup>26</sup> **Recours hospitaliers** : Séjours hospitaliers extraits des bases PMSI-MCO (médecine-chirurgie-obstétrique) de l'ATIH, les codes CIM-10 retenus pour la définition de « pathologies liées à l'alcool » sont ceux proposés par l'article « L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France » publié dans le BEH n°24-25 de juillet 2015.

**Figure 50. Taux comparatifs de séjours hospitaliers en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) pour une pathologie liée à l'alcool pour 100 000 hab. (2015)**



\* Différence significative

Source : ATIH, INSEE, Réalisation : ORS Limousin

S'agissant des pathologies liées à l'alcool, 51 222 séjours hospitaliers ont été enregistrés en 2015 en Nouvelle-Aquitaine pour un total de 30 479 patients. 75 % des patients sont des hommes, la moitié a moins de 55 ans. Parmi ces séjours, près de 19 500 ont un motif principal de prise en charge de la pathologie alcoolique.

On constate que les séjours hospitaliers en lien avec une problématique de consommation d'alcool sont de loin les plus nombreux par rapport aux autres consommations de substances psychoactives.

**Figure 51. Nombre de séjours hospitaliers MCO en 2015 des patients néo-aquitains (motif principal de prise en charge : pathologie en lien avec une consommation de substance psychoactive)**

Département des Patients	Alcool			Multiple			Substances Diverses			Tabac		
	Nb séjours	Nb journées	Nb patients	Nb séjours	Nb journées	Nb patients	Nb séjours	Nb journées	Nb patients	Nb séjours	Nb journées	Nb patients
16 - Charente	1 154	2 640	981	11	15	11	37	155	36	96	754	92
17 - Charente Maritime	2 286	8 893	2 000	17	69	17	105	470	101	197	1 531	185
19 - Corrèze	691	2 878	612	2	41	2	19	109	18	44	310	43
23 - Creuse	367	2 261	347	2	1	2	15	69	13	44	378	42
24 - Dordogne	1 091	5 933	984	11	84	11	80	421	76	140	1 161	136
33 - Gironde	5 334	21 001	4 160	77	121	64	438	2 487	383	1 124	7 668	1 021
40 - Landes	922	3 745	887	16	123	11	61	240	59	168	1 229	166
47 - Lot et Garonne	1 616	6 098	924	5	55	5	93	617	68	269	1 333	231
64 - Pyrénées Atlantiques	1 655	7 585	1 479	16	46	15	155	916	136	190	761	188
79 - Deux-Sèvres	1 534	6 460	1 188	3	6	3	66	344	63	46	465	46
86 - Vienne	1 652	3 641	1 319	13	42	12	52	156	47	59	439	57
87 - Haute Vienne	1 174	2 894	969	7	51	5	30	184	27	72	685	68
	19 476	74 029	15 850	180	654	158	1 151	6 168	1 027	2 449	16 714	2 275

Source : PMSI MCO 2015 – Base ATIH ; Exploitation : ARC NA DPSP PESE

**Figure 52. Nombre de séjours hospitaliers MCO en 2015 des patients néo-aquitains pour sevrage alcoolique/intoxication aiguë à l'alcool**

Département patients	Sevrage Alcoolique			Dont sevrages complexes	
	Nb séjours	Nb de journées	DMS	Nb Séjours	Nb Journées
16 - Charente	385	1 972	6,5		
17 - Charente Maritime	1 048	6 699	7,2	14	210
19 - Corrèze	325	2 091	7,7	10	220
23 - Creuse	206	1 751	9,0		
24 - Dordogne	572	4 541	9,0	54	928
33 - Gironde	2 977	18 531	8,2	115	2 623
40 - Landes	547	3 321	7,1	12	252
47 - Lot et Garonne	801	5 142	8,9	157	2 581
64 - Pyrénées Atlantiques	944	6 905	8,7	147	2 883
79 - Deux-Sèvres	767	5 063	7,2	106	1 454
86 - Vienne	458	2 262	5,7	1	22
87 - Haute Vienne	310	1 930	6,7	0	0
	<b>9 340</b>	<b>60 208</b>	<b>7,8</b>	<b>616</b>	<b>11 173</b>

Source PMSI 2015 - Base ATIH - séjours avec DP addicto - exploitation ARS NA DPSP PESE

Les séjours pour alcoolisme avec dépendance ont donné lieu à 9 300 séjours de sevrage dont 616 pour sevrage complexe dans 6 structures spécialisées.

Par ailleurs, les intoxications aiguës à l'alcool ont donné lieu à 14 700 séjours.

#### 2.3.2.4. Les affections longue durée (ALD)

##### Tabac : Des taux d'admission plus élevés dans les Landes, en Gironde et en Charente-Maritime

Plus de 16 000 nouvelles admissions en ALD<sup>27</sup> pour pathologies liées au tabac ont été recensées chaque année entre 2012 et 2014 en Nouvelle-Aquitaine dont près de 3 000 pour un cancer de la trachée, des bronches et du poumon.

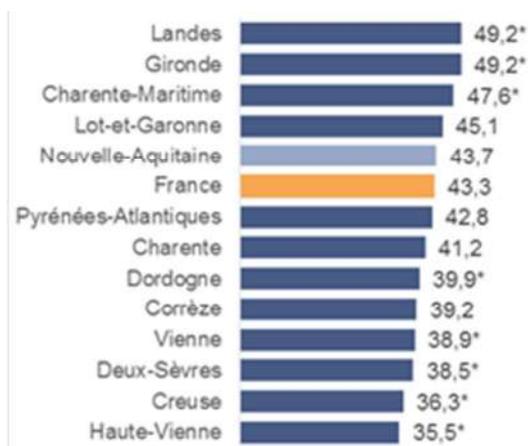
Le taux d'admission en Nouvelle-Aquitaine est très proche du niveau national (44 pour 100 000 habitants) et 5 des 12 départements de la région présentent des taux inférieurs. En revanche les taux standardisés d'admission en ALD pour cancer de la trachée, des bronches et du poumon sont plus importants dans les Landes, en Gironde et en Charente-Maritime relativement au taux national.

<sup>27</sup> **Affections longue durée (ALD)** : Analyse des admissions en ALD (base CNAMTS-CCMSA-CNRSI)

- **Admissions en ALD liées au tabac** : cancer de la trachée, des bronches et du poumon (CIM10 = C33-C34), bronchite chronique (CIM10 = J42-J44), cardiopathie ischémique (CIM10 = I20-I25).

- **Admissions en ALD liées à l'alcool** : cirrhose du foie (CIM10 = K70, K74), psychose alcoolique et alcoolisme (CIM10 = F10), cancer des VADS comprenant les tumeurs malignes de la lèvre, de la cavité buccale et du larynx (CIM10 = C00-C14), de l'œsophage (CIM10 = C15) et du larynx (CIM10 = C32).

**Figure 53. Taux standardisés d'admission en ALD pour un cancer de la trachée, des bronches et du poumon pour 100 000 habitants (2012-2014)**



\* Différence significative

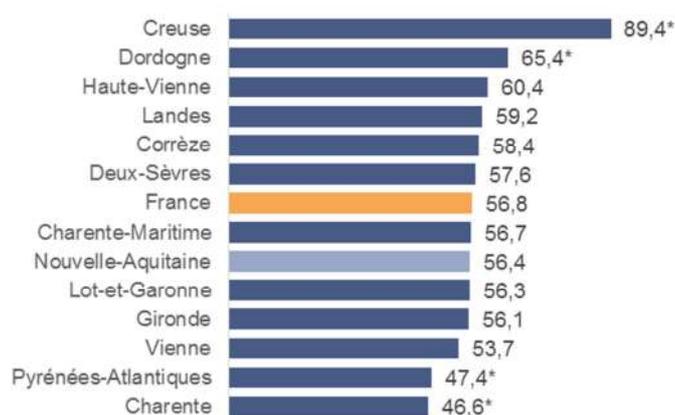
Source : CNAMTS-CCMSA-CNRSI, INSEE, Réalisation : ORS Limousin

### Alcool : Des taux d'admission plus élevés dans la Creuse et en Dordogne

Environ 3 600 nouvelles admissions en ALD ont été enregistrées chaque année entre 2012 et 2014 en Nouvelle-Aquitaine pour une pathologie liée à l'alcool.

La situation de la Nouvelle-Aquitaine apparaît comme très proche de la situation nationale. Cependant les départements de la Creuse et de la Dordogne se distinguent par des taux standardisés d'admission en ALD pour ce motif plus élevés qu'au niveau national alors qu'à l'inverse, les Pyrénées-Atlantiques et la Charente présentent des taux inférieurs.

**Figure 54. Taux standardisés d'admission en ALD pour une pathologie liée à l'alcool pour 100 000 hab. (2012-2014)**



\* Différence significative

Source : CNAMTS-CCMSA-CNRSI, INSEE, Réalisation : ORS Limousin

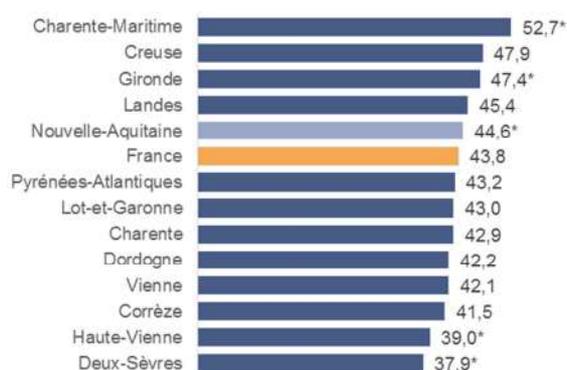
### 2.3.2.5. La mortalité

#### Tabac : Une mortalité plus élevée en Nouvelle-Aquitaine qu'en France

Dans la région, 8 852 décès<sup>28</sup> seraient liés au tabac chaque année entre 2009 et 2013, dont 3 147 par cancer de la trachée, des bronches et du poumon.

**Le taux standardisé de mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon s'avère plus important en Nouvelle-Aquitaine qu'au niveau national**, en particulier pour les départements de la Charente-Maritime et de la Gironde. A l'inverse, les taux standardisés de mortalité sont inférieurs pour les départements de Haute-Vienne et des Deux-Sèvres.

**Figure 55. Taux standardisés de mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon pour 100 000 hab. (2009-2013)**



\* Différence significative

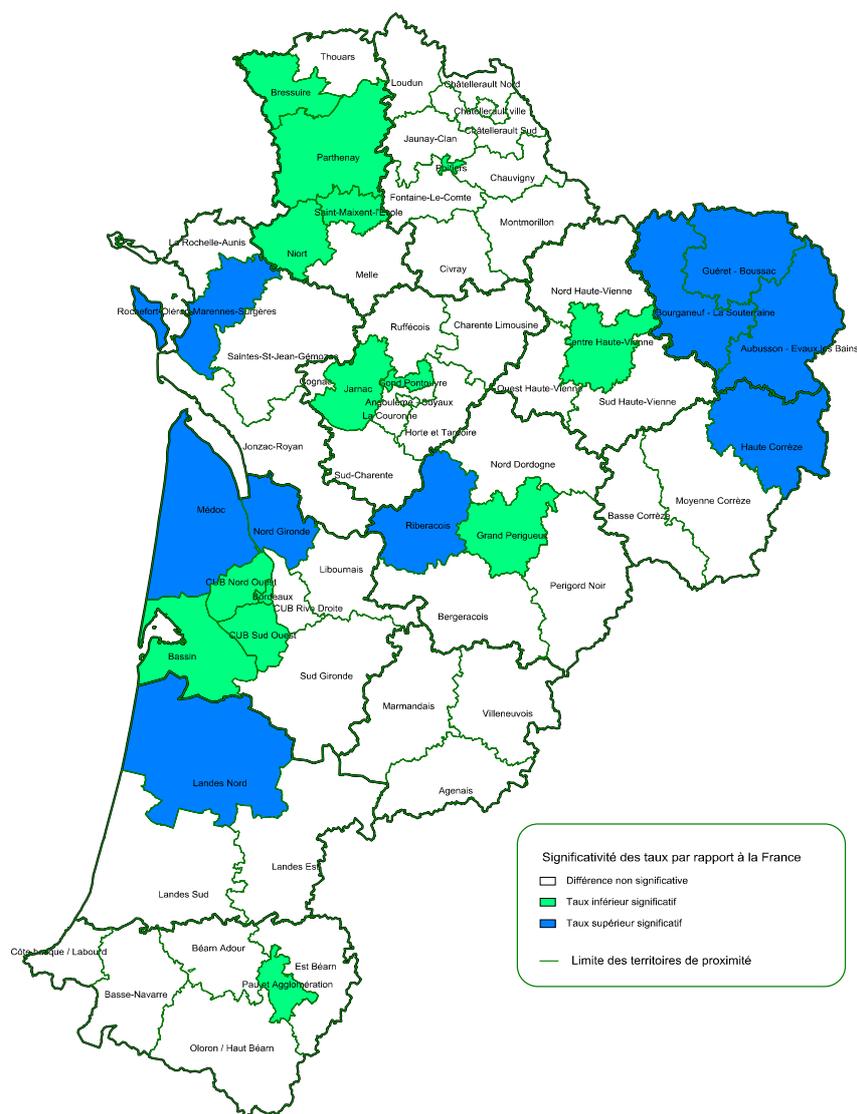
Source : CepiDc-INSERM, INSEE, Réalisation : ORS Limousin

<sup>28</sup> **Données décès** : Analyse des certificats de décès du CepiDc-INSERM

- **Décès liés à la consommation de tabac** : Sont regroupées les causes initiales de décès suivantes : cancer de la trachée, des bronches et du poumon (CIM10 = C33-34, cause initiale), bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives (CIM10 = J40-J44 en cause initiale, associée ou de comorbidité), cardiopathie ischémique (CIM10 = I20-I25).

- **Décès liés à la consommation d'alcool** : Sont regroupées les causes initiales de décès suivantes : cirrhose du foie (CIM10 = K70 et K74.6), psychose alcoolique et alcoolisme (CIM10 = F10), cancer des VADS comprenant les tumeurs malignes des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx (CIM10 = C00-C14), de l'œsophage (CIM10 = C15) et du larynx (CIM10 = C32).

**Figure 56. Taux standardisé de mortalité liée au tabac selon les territoires de proximité en Nouvelle-Aquitaine**



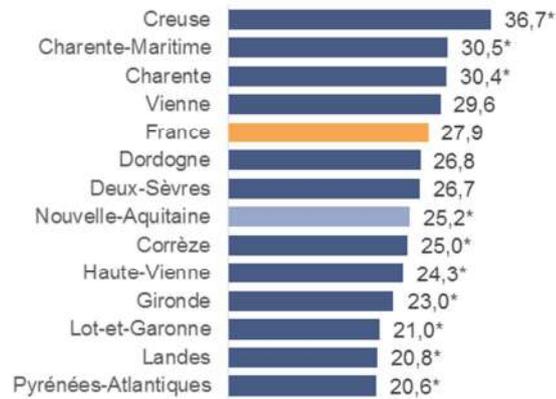
Carte réalisée avec Cartes & Données - © Arlicque  
 Source : Inseem-CépiDC 2009-2013, Insee, traitements ORS Aquitaine  
 Réalisation : ARS Nouvelle-Aquitaine, Pôle études, statistiques et évaluation

### Alcool : Surmortalité dans la Creuse et les 2 départements charentais

Entre 2009 et 2013, 1 732 décès seraient attribuables chaque année à la consommation d'alcool en Nouvelle-Aquitaine.

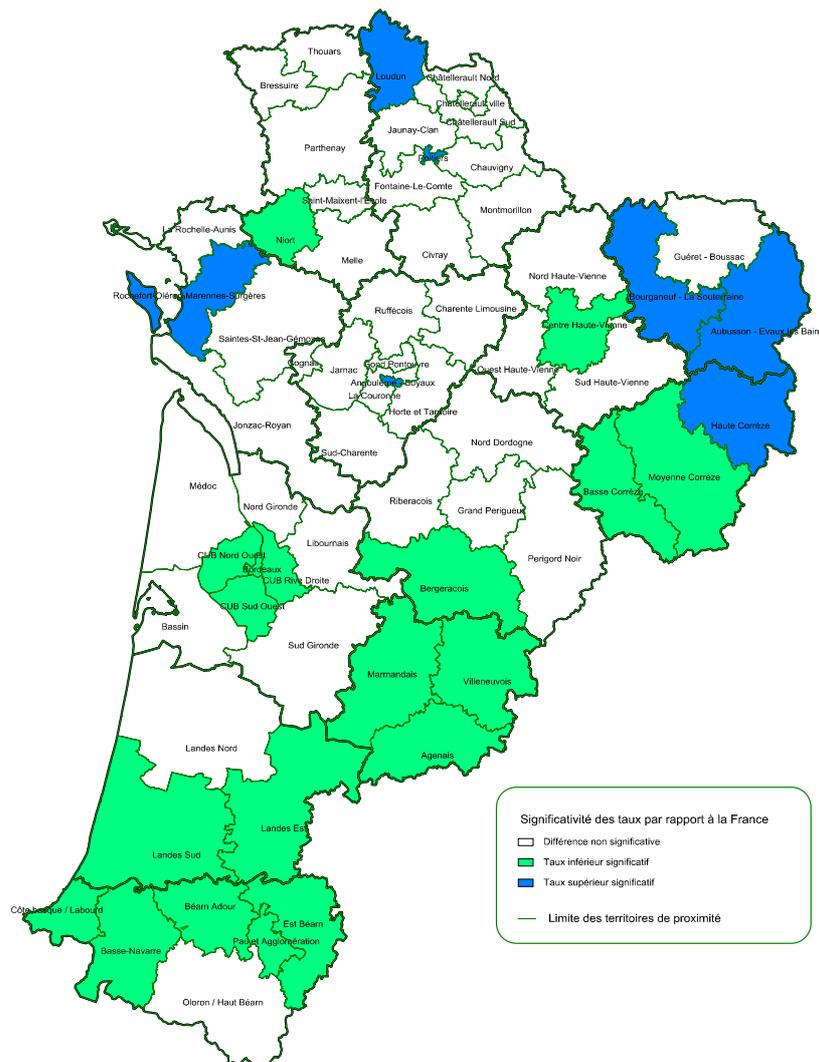
Si le taux standardisé de mortalité par maladies liées à la consommation d'alcool est inférieur dans la région au taux national (25 pour 100 000 habitants vs 28), et notamment pour 6 des 12 départements, les taux sont supérieurs dans 3 départements : la Charente, la Charente-Maritime et la Creuse.

Figure 57. Taux standardisés de mortalité pour une pathologie liée à la consommation d'alcool pour 100 000 hab. (2009-2013)



\* Différence significative Source : CepiDc-INSERM, INSEE, Réalisation : ORS Limousin

Figure 58. Taux standardisé de mortalité liée à l'alcool selon les territoires de proximité en Nouvelle-Aquitaine



Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique  
 Source : Inserm-CépiDC 2009-2013, Insee, traitements ORS Aquitaine  
 Réalisation : ARS Nouvelle-Aquitaine, Pôle études, statistiques et évaluation

### 2.3.3. Accidents de la circulation

L'accidentologie routière est un enjeu important de santé, par son poids sanitaire, social et économique.

Aussi, même si des progrès considérables ont été réalisés dans la lutte contre l'insécurité routière et la gravité des accidents, permettant à la France de passer du 15<sup>ème</sup> rang des 27 pays européens au début des années 2000 au 11<sup>ème</sup> rang dix ans plus tard, les pays anglo-saxons et plusieurs pays d'Europe du nord présentent encore une mortalité deux fois plus faible à celle de la France.

Le bilan national 2015 de l'accidentologie routière fait état de 56 600 accidents corporels à la suite desquels 3 461 personnes sont décédées dans les 30 jours et 26 595 ont été hospitalisées au moins un jour. D'après les travaux du Registre des victimes d'accidents de la circulation routière du Rhône (données 1996-2004), le nombre de personnes gardant des séquelles lourdes est du même ordre de grandeur que celui des personnes décédées.

#### 2.3.3.1. L'accidentologie routière mortelle fortement associée à l'alcool

Le code de la route prévoit que les services de police et de gendarmerie doivent être prévenus de la survenue des accidents corporels de la circulation<sup>29</sup>, c'est-à-dire ayant nécessité des soins médicaux, une hospitalisation ou à l'origine de décès.

**En 2015, 5 060 accidents corporels ont été enregistrés dans la région Nouvelle-Aquitaine.** Parmi ces accidents, près de la moitié (2 325) sont qualifiés de graves, c'est-à-dire justifiant une hospitalisation d'au moins 24 heures et 370 ont entraîné un décès dans notre région. L'alcool est présent dans environ un tiers de ces accidents mortels.

#### 2.3.3.2. Une diminution importante des accidents corporels graves

Entre 2010 et 2015, les nombres d'accidents, qu'ils soient corporels, mortels ou graves, ont diminué de 15 à 20 %. Mais depuis 2013, le nombre d'accidents graves est resté stable et celui d'accidents mortels a augmenté (+ 41 accidents soit + 10 %).

Dans les départements en 2013-2015, les nombres annuels moyens d'accidents graves varient de 584 en Gironde à une quarantaine dans la Creuse, les accidents mortels de 61 à moins de 10. Entre 2009-2011 et 2013-2015, les nombres de blessés hospitalisés ont fortement diminué dans quatre départements : Creuse, Lot-et-Garonne, Dordogne et Charente-Maritime, et sont restés relativement stables dans trois départements : Vienne, Pyrénées-Atlantiques et Haute-Vienne. Le nombre de tués a fortement baissé en Charente, Lot-et-Garonne, Creuse et Landes et est resté stable dans cinq départements. La présence d'alcool dans les accidents mortels est inférieure à 30 % dans quatre départements, mais de l'ordre de 40 à 45 % dans trois autres (Deux-Sèvres, Creuse, Landes).

---

<sup>29</sup>Accidents de la circulation

Accident corporel : ayant nécessité des soins

Accident grave : avec un blessé hospitalisé non décédé dans les 30 jours

Accident mortel : avec au moins un décès dans les 30 jours

Figure 59. L'accidentologie routière en Nouvelle-Aquitaine, en 2013-2015

	Accidents corporels*	Accidents graves	Accidents mortels	% accidents mortels avec alcool***	Personnes hospitalisées		Personnes tuées	
					Nombre	% évolution 2010-2014**	Nombre	% évolution 2010-2014**
Charente	192	128	19	27,1	132	-19,3	19	-38,3
Charente-Maritime	602	288	52	34,0	299	-23,7	57	-13,1
Corrèze	231	105	15	17,1	114	-20,9	17	-20,0
Creuse	53	42	6	40,0	41	-36,3	7	-31,0
Deux-Sèvres	180	134	26	44,2	139	-16,1	31	-14,0
Dordogne	183	162	33	31,9	166	-28,1	35	-4,5
Gironde	1 611	584	61	34,4	615	-20,1	81	-4,3
Haute-Vienne	420	152	22	31,6	161	-10,7	23	4,5
Landes	185	154	29	39,0	157	-20,6	32	-28,6
Lot-et-Garonne	176	143	24	32,7	142	-33,6	25	-31,2
Pyrénées-Atlantiques	746	307	32	27,2	305	-8,2	34	-5,6
Vienne	378	175	25	29,2	188	-3,1	27	1,3
Nouvelle-Aquitaine	4 955	2 375	344	32,7	2 459	-19,3	388	-14,0
Nouvelle-Aquitaine 2015	5 060	2 325	370		2 473		441	

Source : ONISR, Réalisation : ORS Aquitaine

\* accidents corporels y compris accidents graves et mortels

\*\* période 2009-2011 à 2013-2015

\*\*\* pour 100 accidents mortels de 2012-2014 dont le résultat du dépistage de l'alcool est connu

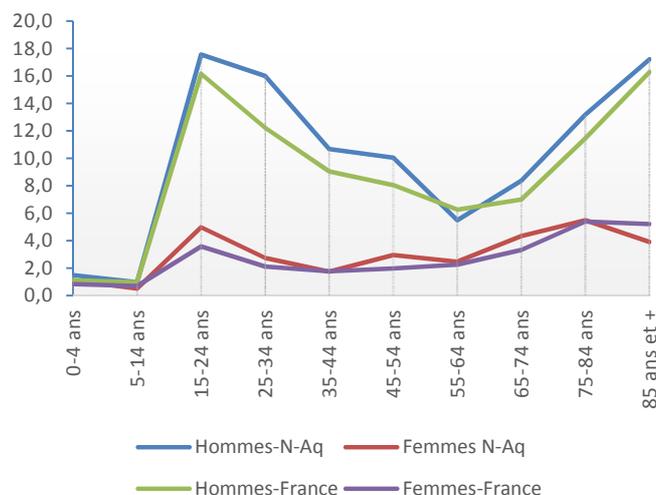
### 2.3.3.3. 361 habitants de Nouvelle-Aquitaine décèdent d'un accident de la circulation en moyenne chaque année en 2011-2013

Ces décès représentent 0,6 % de l'ensemble des décès mais un tiers de ceux de la classe d'âge des 15-19 ans, 28 % de celle des 20-24 ans et 21 % des 25-29 ans. Le taux de mortalité<sup>30</sup> est en effet très élevé dans ces classes d'âge mais également chez les personnes de 75 ans et plus. Le taux standardisé de mortalité régional, 6,3 pour 100 000 habitants, est au-dessus de la valeur moyenne nationale (5,4). La surmortalité régionale est la plus forte chez les hommes de 25-44 ans.

La mortalité par accident de la circulation est un phénomène beaucoup plus marqué chez les hommes que les femmes. Le taux masculin est en effet trois fois plus élevé que le taux féminin. La surmortalité masculine est la plus marquée chez les adultes de 15-44 ans puis au-delà de 85 ans.

<sup>30</sup> Mortalité par accidents de la circulation : Source : certificats de décès (CépiDC), Insee ; codes CIM-10 : V01-V89, V99 (« accidents hors de la circulation » exclus) ; codes CIM-9 : E810-E819, E826-E829  
Taux standardisés sur l'âge de la population de la France au RP 2006

**Figure 60. Taux de mortalité par accident de la circulation en 2011-2013 en Nouvelle-Aquitaine**



Sources : CépiDC, certificats de décès (CépiDC), Insee ; codes CIM-10 : V01-V89, V99 («accidents hors de la circulation » exclus) ; codes CIM-9 : E810-E819, E826-E829, Insee, Réalisation : ORS Aquitaine

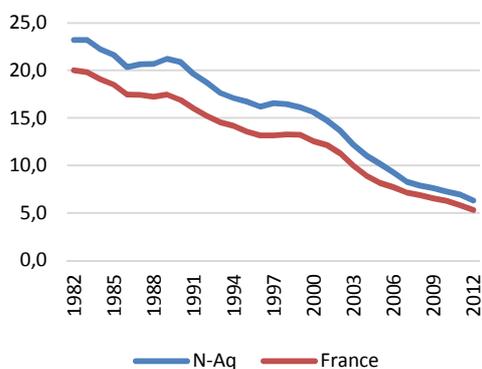
#### 2.3.3.4. Des écarts de mortalité importants entre les départements de la région

Les taux standardisés de mortalité par accident de la circulation sont les plus élevés dans les départements du Lot-et-Garonne, de la Charente-Maritime, de la Dordogne et des Landes et nettement plus faible en Haute-Vienne.

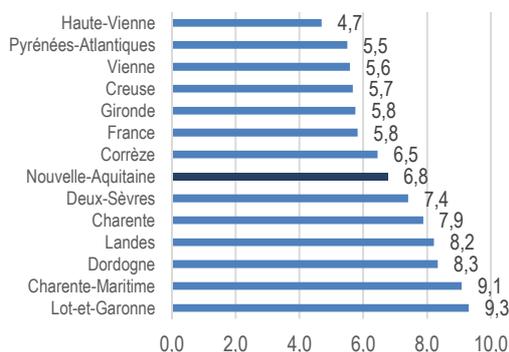
#### 2.3.3.5. Une diminution importante de la mortalité par accidents de la circulation

Dans la région, le taux standardisé de mortalité par accident de la circulation est passé de 23,6 décès en 1981-1983 à 6,3 en 2011-2013. Cette baisse de 73 % est comparable à celle observée en France mais, sur toute la période, la mortalité régionale est supérieure à celle de France. A l'échelle des départements, la baisse a été la plus marquée dans la Vienne et la moins marquée en Dordogne, Corrèze et Haute-Vienne.

**Figure 61. Évolution du taux standardisé de mortalité par accident de la circulation (pour 100 000)**



**Figure 62. Taux standardisés de mortalité par accident de la circulation en 2009-2013 (pour 100 000) par département en Nouvelle-Aquitaine**



Sources : certificats de décès (CépiDC), Insee ; codes CIM-10 : V01-V89, V99 (« accidents hors de la circulation » exclus) ; codes CIM-9 : E810-E819, E826-E829, Insee, Réalisation : ORS Aquitaine

## 2.4. Risques professionnels

Le travail est considéré comme un déterminant de santé par les risques qu'il occasionne mais également par les ressources en faveur de la santé qu'il transmet. Pour mettre en œuvre des actions de prévention efficaces et innovantes, il est nécessaire de tenir compte des risques multifactoriels qui peuvent trouver leur origine tant dans la situation collective du travail que dans sa situation personnelle. Pour cela, un rapprochement et une articulation entre les ressources de la santé au travail et celles de la santé publique doivent être mise en œuvre, comme le stipule le troisième Plan santé travail (objectif 6). Autre objectif stratégique de ce plan, l'amélioration de la qualité de vie au travail qui est perçue comme un levier de santé. Un travail bien conçu est considéré comme un facteur de santé et d'épanouissement de l'individu ainsi que comme un facteur de performance économique et sociale de l'entreprise.

Liés aux conditions générales de travail, les risques professionnels font peser sur les salariés la menace d'une altération de leur santé qui peut se traduire par une maladie ou un accident. Il appartient à l'employeur de supprimer ou de réduire ces risques afin d'assurer la sécurité des salariés et de protéger leur santé physique et mentale (article L4121-1 du code du travail). Des progrès indéniables ont été accomplis en matière de santé et de sécurité au travail au cours de ces quinze dernières années. Pour autant, l'effort ne doit pas être relâché car certains chiffres restent élevés en France. Effectivement, en 2014, 1,1 million de sinistres, qu'ils soient consécutifs à des accidents de travail, de trajet, ou à des maladies professionnelles, ont été reconnus et pris en charge par le régime général. Parmi ceux-ci, 750 000 ont entraîné un arrêt de travail ou une incapacité permanente à reprendre une activité professionnelle.

## 2.4.1. Les facteurs d'exposition et de pénibilité au travail<sup>31</sup>

### Les contraintes physiques marquées<sup>32</sup>

Selon l'enquête SUMER 2010<sup>33</sup>, au niveau national, 38 % des salariés sont exposés à au moins une contrainte physique intense<sup>34</sup>. Cette proportion est plus importante pour les hommes (40 %). En 2014-2015, selon l'Observatoire en santé au travail EVREST<sup>35</sup>, plus de 27 % des salariés considèrent que leur posture au travail est difficile ou pénible, 23 % sont confrontés à des ports de charges lourdes de manière difficile ou pénible, et 17 % sont exposés à des vibrations en Nouvelle-Aquitaine. Ces proportions sont identiques dans l'échantillon national. Excepté pour les postures contraignantes, les hommes sont plus souvent concernés que les femmes.

### L'environnement physique agressif<sup>36</sup>

D'après Evrest, en Nouvelle-Aquitaine, 3 salariés sur 10 seraient exposés à des produits chimiques, sans précision sur la fréquence et l'intensité d'exposition. Cette proportion est plus élevée qu'au niveau national (24 %).

De plus, 20 % des salariés seraient exposés à des nuisances sonores supérieures à 80 décibels en Nouvelle-Aquitaine, tandis que cette proportion serait de 24 % au niveau national. Dans la législation, il s'agit du seuil retenu par période d'exposition d'au moins 8 heures. L'enquête Sumer 2010 permet d'approcher plus précisément ces critères, puisque 8 % des hommes et 1 % des femmes sont exposés à des bruits supérieurs à 85 dB(A) au moins 20 heures par semaine.

Respectivement 12 % et 9 % des salariés seraient exposés à une chaleur ou un froid intense (hors conditions climatiques extérieures). Ces proportions sont plus faibles en Nouvelle-Aquitaine qu'au niveau national.

---

<sup>31</sup> La **pénibilité professionnelle** est caractérisée par une exposition, au-delà de certains seuils, à un ou plusieurs facteurs de risques professionnels susceptibles de laisser des traces durables, identifiables et irréversibles sur la santé du salarié. Suite à la réforme des retraites en 2011 et après sa révision datant de juillet 2016, la législation reconnaît comme facteurs de pénibilité au travail (au titre du décret N°2011-354 du 30 mars 2011 – Art D.4121-5 du Code du Travail), les contraintes physiques marquées, l'environnement physique agressif et certains rythmes de travail (travail de nuit, posté ou répétitif)

<sup>32</sup> Les **contraintes physiques** marquées font partie des facteurs de pénibilité reconnus par le décret N°2011-354 du 30 mars 2011 – Art D.4121-5 CT. Elles regroupent les manutentions manuelles de charges, les postures pénibles et les vibrations mécaniques.

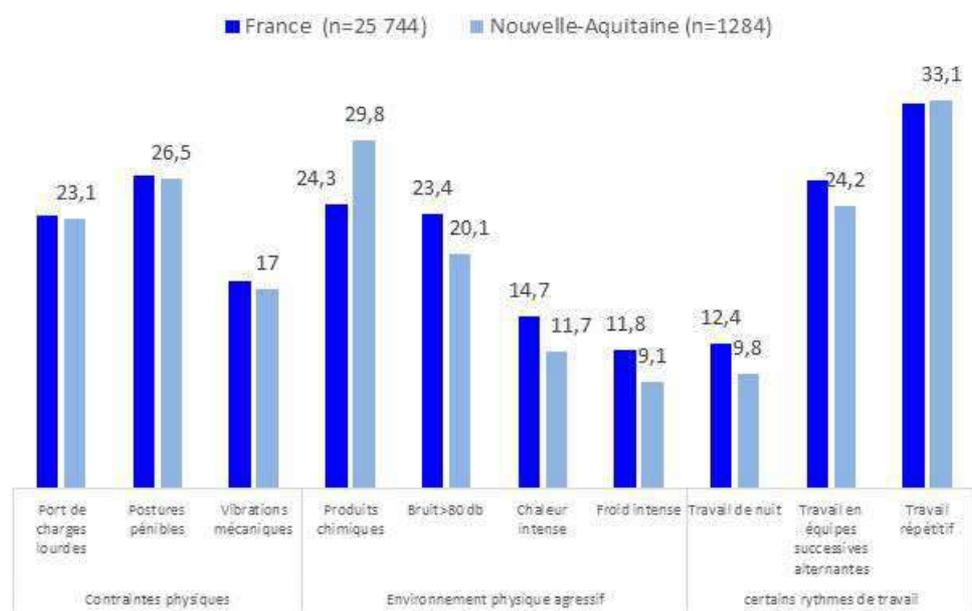
<sup>33</sup> L'**enquête Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels (Sumer)** dresse une cartographie des expositions des salariés aux principaux risques professionnels en France.

<sup>34</sup> **Contrainte physique intense** : Indicateur synthétique prenant en compte : position debout ou piétinement 20 h ou plus par semaine, manutention manuelle de charges 20 h ou plus par semaine, gestes répétitifs 10 h ou plus par semaine, vibrations transmises aux membres supérieurs 10 h ou plus par semaine, contraintes posturales 2 h ou plus par semaine (à genoux, bras en l'air, accroupi ou en torsion) [7].

<sup>35</sup> **EVREST** (EVolutions et Relations en Santé au Travail) est un observatoire en santé au travail qui repose sur un réseau de médecins du travail volontaires. La base nationale est constituée par 1/25ème des salariés vus en visite périodique par les médecins de ce réseau qui recueillent des informations sur différents aspects du travail et de la santé. En Nouvelle-Aquitaine, 55 médecins du travail volontaires ont permis de recueillir 1284 fiches d'information sur des salariés en 2014-2015 afin d'alimenter la base nationale et de fournir des indicateurs à l'échelle de la région même si la part des médecins issus de l'ex-région Limousin est surreprésentée dans cette base régionale (61%).

<sup>36</sup> L'environnement physique agressif fait partie des facteurs de pénibilité reconnus par le décret précédent et concerne les agents chimiques dangereux, les activités exercées en milieu hyperbare, le bruit et les températures extrêmes.

Figure 63. Exposition aux facteurs de risques professionnels en 2014-2015 (%)



Source : Evrest, Exploitation ORS Poitou-Charentes

Note : les chiffres France sont indiqués lorsque la différence entre territoires est significative

### Les rythmes de travail<sup>37</sup>

D'après l'enquête nationale Sumer 2010, 14,5 % des salariés déclarent travailler de nuit, même occasionnellement. Cette proportion est moins élevée dans Evrest (12 %), particulièrement en Nouvelle-Aquitaine (10 %). Un quart des salariés sont confrontés à des horaires irréguliers ou alternés, tandis qu'un tiers déclarent avoir souvent des gestes répétitifs.

#### 2.4.2. Les accidents professionnels

##### Plus de 6 600 accidents de trajets recensés en 2012 en Nouvelle-Aquitaine

En 2012, en Nouvelle-Aquitaine, 6 640 accidents de trajet<sup>38</sup> ont été enregistrés par le régime général et agricole. Pour un million d'heures travaillées, le taux de fréquence<sup>39</sup> est de 2,6 accidents de trajet en Nouvelle-Aquitaine, moins élevé que celui de la France (3,2 accidents de trajet pour 1 000 000 d'heures travaillées). Déclinés par zone d'emploi, les taux de fréquence plus marqués suivent la Garonne sur une diagonale allant de la zone littorale de Pauillac et de Bordeaux jusqu'aux zones d'emploi extrêmes-est de la Dordogne et du Lot-et-Garonne.

Dans les trois quarts des cas, le véhicule est l'élément matériel incriminé dans les accidents de trajet. Le taux de fréquence des accidents de trajets est plus élevé chez les 15-19 ans, avec une proportion importante d'accidents de deux roues. L'indice de gravité<sup>40</sup> est particulièrement élevé en Charente-Maritime, en Gironde et en Dordogne. Dans ces deux derniers départements, 15 accidents de trajet mortels ont eu lieu, représentant la moitié des décès régionaux dus aux accidents de trajets.

<sup>37</sup> Les **rythmes de travail** font partie des facteurs de pénibilité reconnus par le décret précédent et regroupent le travail de nuit, le travail en équipes successives alternantes, le travail répétitif caractérisé

<sup>38</sup> **Accident de trajet** : Tout accident survenu entre la résidence principale ou secondaire présentant un caractère de stabilité et le lieu de travail ou entre le lieu de travail et le lieu où le salarié prend habituellement ses repas

<sup>39</sup> **Taux de fréquence** : Nombre d'accidents de travail ou de trajets rapporté au volume d'heures travaillées (en million)

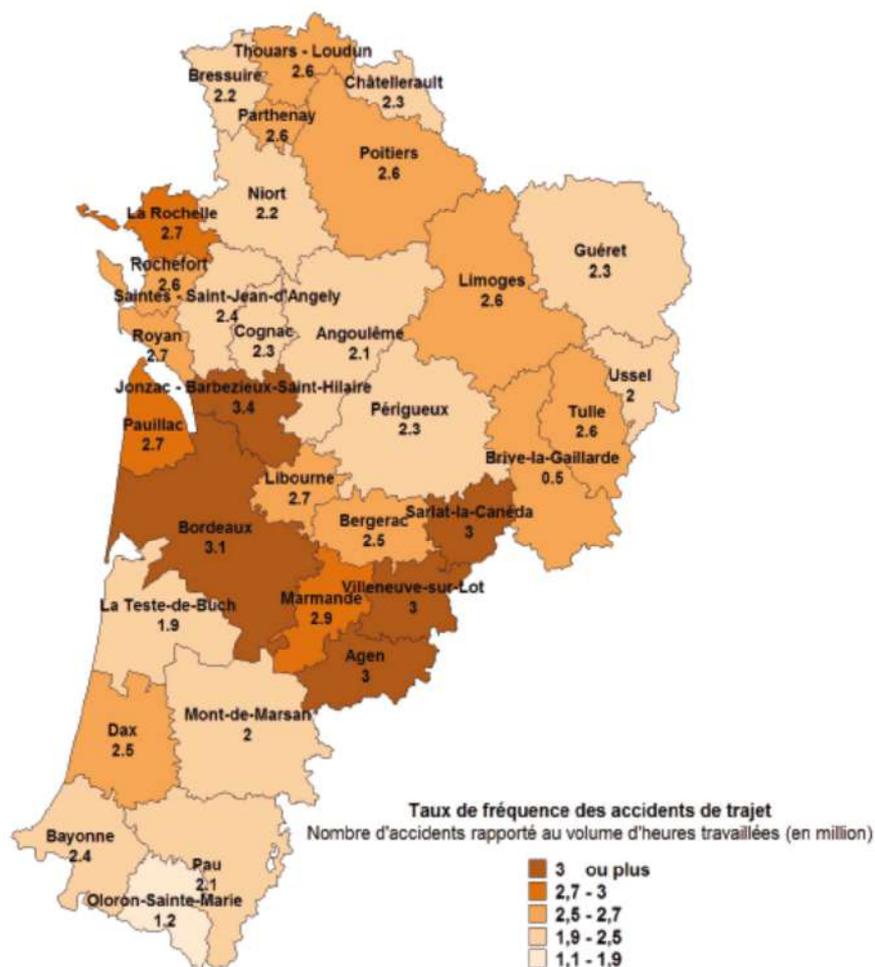
<sup>40</sup> **Indice de gravité** : Somme des taux d'incapacité permanente partielle (IPP) par million d'heures rémunérées

## Plus de 62 000 accidents du travail en 2012 en Nouvelle-Aquitaine

En 2012, 62 200 accidents du travail ont été enregistrés en Nouvelle-Aquitaine pour les salariés du régime général et du régime agricole. Près d'un quart des accidents du travail de Nouvelle-Aquitaine se déroulent dans la zone d'emploi de Bordeaux. En tenant compte du nombre d'heures travaillées, le taux de fréquence est de 24,4 accidents du travail pour 1 million d'heures travaillées en Nouvelle-Aquitaine, plus élevé que celui de la France (23,8 accidents de travail pour 1 million d'heures travaillées). Ce taux de fréquence est en baisse de 7 % dans la région et dans tous les départements depuis 2008.

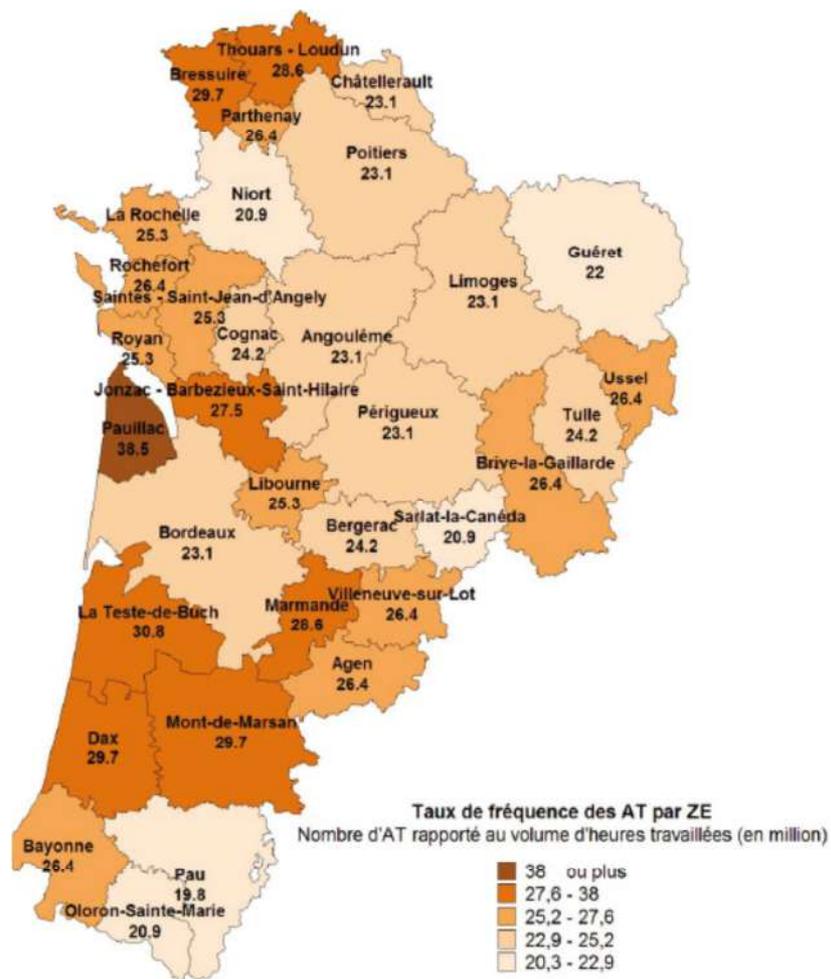
Des disparités existent à l'intérieur des départements. La zone d'emploi de Pauillac, particulièrement agricole, présente un taux de fréquence 1,5 fois plus élevé que le taux régional et a l'indice de gravité le plus élevé de la région. Les zones d'emploi du département des Landes, du Lot-et-Garonne, de la Charente-Maritime et le nord Deux-Sèvres ont des taux de fréquence des accidents du travail supérieurs à la moyenne régionale. L'indice de gravité est particulièrement élevé en Gironde, en Dordogne, en Creuse et dans les Landes.

*Figure 64. Fréquence des accidents de trajet pour le régime général et agricole selon la zone d'emploi en 2012 en Nouvelle-Aquitaine*



Sources : Cnamts- Msa 2012/traitement DARES  
Réalisation Direccte Nouvelle-Aquitaine

**Figure 65. Fréquence des accidents de travail pour le régime général et agricole selon la zone d'emploi en 2012 en Nouvelle-Aquitaine**



Sources : Cnamts- Msa 2012/traitement DARES  
Réalisation Direccte Nouvelle-Aquitaine

Les activités des intérimaires, concentrées essentiellement sur les secteurs de l'industrie (40 %) et de la construction (24 %), ont le taux de fréquence des accidents de travail le plus élevé, suivis par le secteur des « arts, spectacles et activités récréatives », et le secteur de la construction avec près de 10 000 accidents de travail comptabilisés en 2012. Le secteur « agriculture, sylviculture et pêche » a l'indice de gravité le plus élevé, particulièrement dans l'élevage et la sylviculture.

Le taux de fréquence d'accidents du travail est deux fois plus important chez les hommes que chez les femmes et deux fois plus élevé chez les très jeunes (15-19 ans), souvent en apprentissage, que chez les plus âgés. Le taux de fréquence décroît en fonction des âges, particulièrement chez les hommes. A l'inverse, la gravité des accidents de travail augmente avec l'âge. Dans les deux tiers des accidents du travail, des ouvriers sont concernés, avec des indices de gravité élevés. Les principales causes d'accidents de travail sont la manipulation d'objets (31 %), les accidents de plain-pied (27 %), les chutes en hauteur (9 %) avec des indices de gravité élevés et les équipements de travail (outils, machines et accessoires de levage) pour 13 % des cas.

#### Des accidents de travail plus fréquents chez les apprentis<sup>41</sup> ...

En 2010, en ex-Poitou-Charentes, les accidents du travail des apprentis ont représenté environ 5 % de l'ensemble des accidents du travail. Avec un indice de fréquence en accidentologie au travail de 54,3 pour 1 000 apprentis, ceux-ci sont plus susceptibles d'avoir un accident de travail que les non apprentis (29,8 pour 1 000 travailleurs affiliés aux régimes général et agricole). Ce sont les secteurs des industries et le secteur agricole qui sont particulièrement touchés. Les quelques indicateurs sur l'indemnisation des accidents de travail montrent que les accidents de travail des apprentis sont moins graves en terme d'arrêt de travail ou en taux d'IPP.

#### ...et chez les travailleurs saisonniers<sup>42</sup>

En 2009, en Charente-Maritime, le taux de fréquence des accidents du travail est plus important chez les travailleurs saisonniers : 39 accidents pour 1 000 000 d'heures chez les travailleurs saisonniers contre 29 chez les non saisonniers. Le secteur le plus concerné par les accidents est celui de l'exploitation forestière puis les exploitations agricoles, les cultures spécifiques, l'élevage et les coopératives.

### 2.4.3. Les maladies professionnelles

En 2014, dans le cadre d'un dispositif de veille sanitaire sur les maladies à caractère professionnel (MCP)<sup>43</sup>, 5,9 % des salariés vus par les médecins du travail auraient une pathologie en lien avec le travail (hors procédure de reconnaissance).

Lors des quinzaines MCP en Nouvelle-Aquitaine, près de 11 000 salariés ont été vus par les médecins du travail et 5,9 % d'entre eux ont fait l'objet d'un signalement. Les prévalences des pathologies signalées sont plus élevées chez les femmes que chez les hommes. Les pathologies les plus signalées sont les affections de l'appareil locomoteur (ALM) avec une prévalence nationale de 2,8 % chez les hommes et 3,5 % chez les femmes. La souffrance psychique concerne 1,6 % des hommes et 3,4 % des femmes. Ces prévalences sont moins élevées dans les anciennes régions de la Nouvelle-Aquitaine, excepté pour les affections de l'appareil locomoteur chez les hommes (3,1 %) et la souffrance psychique chez les femmes (3,6 %) en ex-Poitou-Charentes. Avec une prévalence de 0,2 % chez les hommes, les troubles de l'audition représentent la troisième pathologie signalée en lien avec le travail<sup>44</sup>.

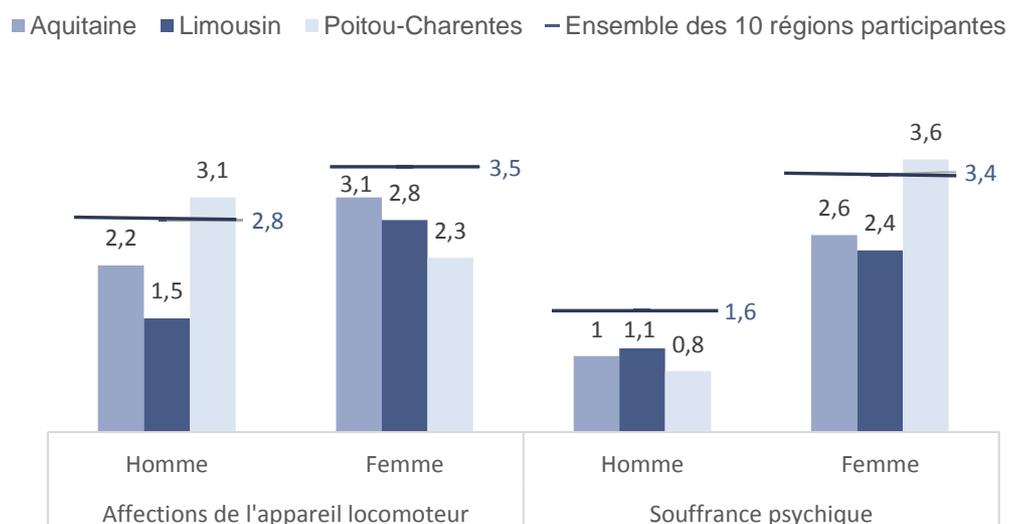
<sup>41</sup> Cette enquête a été initiée et mise en place par l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS), l'Agence régionale de formation tout au long de la vie (ARFTLV), le Conseil régional et l'ORS Poitou-Charentes. Une extraction des statistiques ex-Poitou-Charentes des accidents du travail a été faite pour le régime général et agricole pour l'année 2010 et a permis la comparaison de la sinistralité entre les apprentis et les non apprentis.

<sup>42</sup> Cette enquête a été initiée et financée par le groupement régional de santé publique (GRSP ex-ARS) ex-Poitou-Charentes en 2009-2010. Une extraction des statistiques des accidents du travail a été faite pour le régime agricole en 2009 et a permis une comparaison entre les saisonniers agricoles et les non saisonniers agricoles en Charente-Maritime.

<sup>43</sup> L'objectif du dispositif **MCP** est de mettre en place une surveillance épidémiologique en milieu du travail afin d'estimer les prévalences des pathologies professionnelles, de repérer les maladies émergentes ainsi que d'évaluer la sous déclaration des MP. Il s'appuie sur un réseau de médecins du travail volontaires tout régime confondu qui signale, lors de 2 quinzaines annuelles, toutes maladies qu'ils estiment en lien avec le travail, y compris celles relevant d'un tableau de MP mais qui n'ont pas été déclarés ou non reconnues au moment du signalement. En 2014, 10 régions participaient à ce dispositif dont les 3 ex-régions de la Nouvelle-Aquitaine.

<sup>44</sup> Le **Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles** (rnv3p) réunit l'ensemble des 32 centres de consultation de pathologie professionnelle (CCPP) français, ainsi que 10 services de santé au travail (SST) rattachés au réseau. Il enregistre de façon standardisée l'ensemble des consultations réalisées dans les CCPP d'une part, et l'ensemble des problèmes de santé au travail diagnostiqués par les SST participant au rnv3p d'autre part (données démographiques du patient, pathologies, expositions, secteur d'activité, profession, imputabilité entre pathologie et exposition).

Figure 66. Prévalence des deux principales MCP selon le sexe en 2014 (en %)



Source : MCP 2014, Santé publique France, Direccte, Exploitation ORS Poitou-Charentes

### 32 Centres de pathologies professionnelles environnementales (CCPP) en France

En 2013-2014, près de 30 000 consultations annuelles moyennes de pathologies professionnelles et environnementales ont eu lieu sur les 32 CCPP français, avec 17 310 patients différents. Le nombre de patients a été multiplié par 1,7 depuis 2001 marquant le début du fonctionnement du RNV3P<sup>45</sup>. Six personnes sur 10 sont des hommes, et leur moyenne d'âge est de 47 ans. Environ le tiers des patients vus en consultation résidaient en région parisienne. Le CCPP de Bordeaux occupe le 4<sup>ème</sup> rang avec 1 670 consultations annuelles et représente 5,6 % de l'ensemble des consultations, Poitiers 0,8 % et Limoges chiffre non précisé (mais moins de 2,5 %). Les problèmes de santé au travail observés dans les CCPP sont principalement des troubles psychosociaux et des troubles du comportement (21 %), des troubles musculo-squelettiques (15 %) et des pathologies cancéreuses (15 %). Près de la moitié des patients ont consulté sur avis de leur médecin du travail, 23 % d'un spécialiste (hospitalier ou de ville) et 15 % de leur médecin généraliste. Le motif principal de consultation était le diagnostic de pathologie professionnelle (48 %), suivi des avis d'aptitude, d'orientation et de reclassement (22 %) et des suivis de pathologies professionnelles.

### A Poitiers, une consultation régionale de santé mentale et travail (CSMT) créée en 2009

En 2015, 244 consultations de pathologies professionnelles et environnementales ont eu lieu à Poitiers, avec 229 patients. Du fait de la mise en place d'une consultation spécialement dédiée à la souffrance mentale au travail, le profil des consultants est différent des autres CCPP : effectivement, six personnes sur 10 sont des femmes, et plus des deux tiers des consultations concernent les risques psychosociaux. Près de la moitié des patients ont consulté sur avis de leur médecin généraliste et

<sup>45</sup> Le Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (rnv3p) réunit l'ensemble des 32 centres de consultation de pathologie professionnelle (CCPP) français, ainsi que 10 services de santé au travail (SST) rattachés au réseau. Il enregistre de façon standardisée l'ensemble des consultations réalisées dans les CCPP d'une part, et l'ensemble des problèmes de santé au travail diagnostiqués par les SST participant au rnv3p d'autre part (données démographiques du patient, pathologies, expositions, secteur d'activité, profession, imputabilité entre pathologie et exposition).

35 % de leur médecin du travail. Le motif principal de consultation est le diagnostic de pathologie professionnelle (76 %), suivi des avis d'aptitude, d'orientation et de reclassement (16 %) et de diagnostic de pathologie environnementale (6 %).

### **Près de 6 000 maladies professionnelles (MP) reconnues en Nouvelle-Aquitaine**

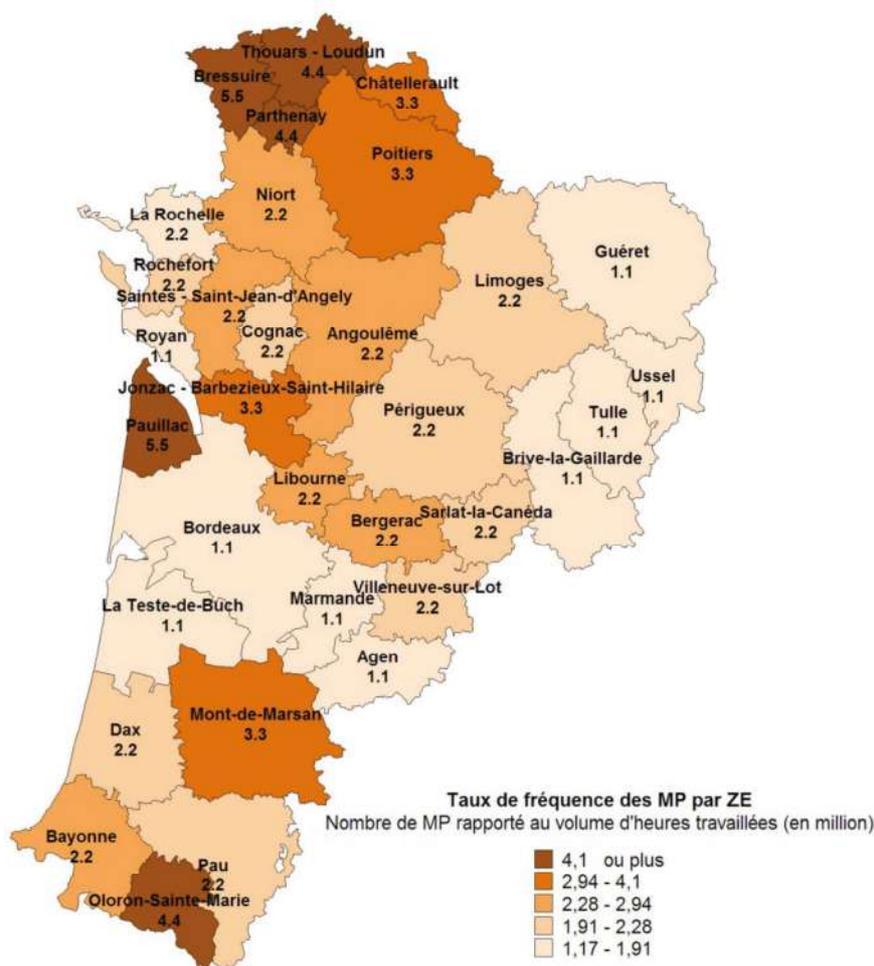
En 2012, 5 961 maladies professionnelles<sup>46</sup> ont été déclarées et reconnues en Nouvelle-Aquitaine pour les salariés du régime général et du régime agricole. Le taux de fréquence est de 2,4 maladies professionnelles pour 1 million d'heures travaillées en Nouvelle-Aquitaine, plus élevé que celui de la France (2,02 MP)

Le taux de fréquence des maladies professionnelles est un peu plus élevé chez les femmes que chez les hommes (2,8 vs 2,0) mais l'indice de gravité est plus important chez les hommes. Le taux de fréquence croît en fonction de l'âge. Les ouvriers sont particulièrement concernés par les maladies professionnelles, notamment dans le secteur de la construction et de l'industrie. Les secteurs de l'industrie du textile-habillement-cuir, de l'agro-alimentaire et de l'agriculture ont des taux de fréquence de maladies professionnelles élevés. Ces mêmes secteurs, avec celui du bois, de l'industrie du papier et l'industrie chimique ont en plus des indices de gravité particulièrement élevés. Les taux de fréquence sont plus marqués sur la zone d'emploi de Pauillac, au nord Deux-Sèvres et à Oloron-Sainte-Marie avec des taux de fréquence supérieurs à 4,4 MP pour un million d'heures travaillées. L'indice de gravité est également élevé sur ces zones, particulièrement à Pauillac avec un indice de gravité nettement supérieur à la moyenne régionale

---

<sup>46</sup> **Maladie professionnelle** : Maladie contractée sous l'effet d'une exposition à des facteurs de risques imputables au travail

Figure 67. Taux de fréquence des maladies professionnelles pour le régime général et agricole selon la zone d'emploi en 2012 (par million d'heures travaillées)



Sources : Cnamts- -Msa 2012/traitement DARES [9]  
Réalisation Direccte Nouvelle-Aquitaine

En Nouvelle-Aquitaine, les troubles musculo-squelettiques (TMS) représentent 92 % des maladies professionnelles reconnues. Cette proportion est plus élevée qu'en France (87 %). Les affections péri-articulaires provoquées par certains gestes et postures au travail correspondent à plus de neuf TMS reconnus sur 10. Les maladies provoquées par l'amianté correspondent à 4 % des MP tandis que les cancers professionnels à 2 % des MP. Dans la région, 66 cas de surdité ont été reconnus, ce qui correspond à un taux moins élevé qu'en France (1,1 % vs 1,8 %) alors que les dermatoses sont plus fréquentes en Nouvelle-Aquitaine (1,1 % vs 0,8 %).

#### Qualité de vie au travail et maintien en emploi

##### Un Réseau Santé et qualité de vie au travail (SQVT) se déployant en Nouvelle-Aquitaine

En 2012, six entreprises pilotes d'ex-Aquitaine, petites et grandes, publiques et privées, ont exploré pendant 2 ans la dimension positive de la santé au travail, en s'inspirant de la norme « entreprise en santé »<sup>47</sup> du Québec. Au total, environ 1 000 salariés et agents ont été concernés par cette initiative. Cette démarche, nommée « santé et qualité de vie au travail » (SQVT) en Aquitaine et basée sur la démarche québécoise « L'entreprise en

<sup>47</sup> Norme BNQ 9700-800 « Prévention, promotion et pratiques organisationnelles favorables à la santé en milieu de travail »

santé »<sup>48</sup>, a permis la co-construction de boîtes à outils, d'échanges réguliers et la rédaction d'un recueil d'expérience. En un an, à la plateforme courrier Aquitaine de la Poste, le nombre d'accidents du travail a diminué de 40 % et l'absentéisme a reculé de près de 15 %.

Aujourd'hui, le Réseau SQVT regroupe une cinquantaine d'entreprises, publiques et privées, et quelques universitaires qui participent aux diverses activités du réseau et contribuent à la mise en place de la démarche SQVT. Une nouvelle expérimentation est en cours de lancement sur la Nouvelle-Aquitaine.

Pour en savoir plus : <https://reseauqvt.wordpress.com/category/presentation-du-reseau/>.

### **Deux expérimentations en lien avec le Réseau SQVT**

#### **L'image corporelle et la nutrition**

Dans le cadre de la sphère « habitudes de vie » et avec le soutien de l'ARS Nouvelle-Aquitaine, l'IREPS (Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé) Aquitaine a adapté un outil d'intervention québécois « image corporelle et nutrition » en entreprise, basé sur l'acceptation de soi et l'écoute des signaux corporels. L'expérimentation a évalué – en deux phases successives – la faisabilité et l'adéquation du programme. Des entreprises signataires de la convention « Établissements actifs du PNNS » ont participé à l'expérimentation de cette démarche. Les résultats confortent la validité du programme en France. Ils montrent également que ce programme s'adresse aux adultes quel que soit leur statut pondéral et quel que soit leur genre, et prônent l'importance de la mixité hommes/femmes parmi les participants, avant tout préoccupés par leur silhouette (et pas seulement par leur poids).

#### **La Qualité de vie au travail dans les établissements de santé**

En 2015, le Cceca (Comité de coordination de l'évaluation clinique & de la qualité en Aquitaine) a conduit initialement une campagne inter-régionale sur la satisfaction au travail des professionnels de santé et médico-sociaux. En ex-Aquitaine, 42 directions d'établissements se sont engagées dont 12 issues du secteur médico-social et 7 une activité sanitaire et médico-sociale. Près de 6 000 réponses de salariés ont été recueillies. Impulsé par l'HAS et organisé par l'Aract Aquitaine et par l'ARS Nouvelle-Aquitaine, le groupe de travail propose, pour chaque « cluster » de 7 entreprises, avec une palette de méthodes et d'outils et un éventail de bonnes pratiques, la concrétisation d'un plan d'actions concertées afin d'améliorer la qualité de vie au travail et la performance des établissements.

#### **Plus de maintien dans l'emploi pour la Nouvelle-Aquitaine, excepté pour la fonction publique**

En 2015, 2 153 maintiens dans l'emploi menés par les Sameth (Services d'appui pour le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés) ont été enregistrés en Nouvelle-Aquitaine, soit une augmentation de 21 % depuis 2012. Le taux de maintien réussi<sup>49</sup> est alors de 96 % en Nouvelle-Aquitaine (93 % en France). Concernant la fonction publique, il est moins élevé en Nouvelle-Aquitaine qu'en France (13 % vs 16 %), particulièrement en Creuse où aucun maintien dans l'emploi n'a été enregistré durant cette période. Rapporté au nombre d'actifs en emploi, le nombre de maintien en emploi est de 92 pour 100 000 actifs, plus élevé qu'en France (73), variant au niveau départemental de 64 en Gironde à 185 en Creuse.

---

<sup>48</sup> Initiée par le GP<sup>2</sup>S, groupe de promotion pour la prévention en santé en milieu du travail du Québec, cette démarche incite et aide les entreprises à implanter et à intégrer la santé globale, le mieux-être et la productivité des employés dans leur mode de gestion. Quatre sphères d'intervention sont possibles : 1- les habitudes de vie : à travers par exemple des services-conseils en nutrition, des programmes de sensibilisation à l'activité physique, des formations à la gestion du stress ; 2- La conciliation vie professionnelle et vie personnelle : en proposant par exemple des horaires flexibles, un mode de garderie en milieu du travail ; 3- l'environnement au travail : par le biais notamment d'aménagement d'aires de relaxation, des programmes d'ergonomie, des programmes de soutien aux travailleurs ayant des malaises physiques ou psychologiques ; 4- les pratiques de gestion : mise en place par exemple d'interventions afin de favoriser l'esprit d'équipes plans de développement professionnel individualisés, formations sur la communication. Pour en savoir plus : <https://www.groupeentreprisesensante.com/fr/a-propos-du-groupe/demarche-entreprise-sante/>

<sup>49</sup> **Taux de maintien réussi** : ce taux correspondant à la part des maintiens réussis sur l'ensemble des parcours clos, hors causes exogènes (déménagements, décès)

### 3. L'ETAT DE SANTÉ

#### 3.1. Espérance de vie

En Nouvelle-Aquitaine, une femme vit en moyenne 85,4 ans en 2014, un homme 79,4 ans. En Pyrénées-Atlantiques et dans la Vienne, l'espérance de vie d'un homme dépasserait 80 ans ; en Charente et dans la Vienne, celle d'une femme atteindrait 86 ans. L'espérance de vie des femmes à la naissance est supérieure de 6 ans à celle des hommes contre 7,6 ans 15 ans auparavant. L'écart se réduit sous l'effet de gains d'espérance de vie masculins légèrement supérieurs aux gains féminins (+ 2,4 ans d'espérance de vie pour les femmes entre 1999 et 2014, + 4 ans pour les hommes). A 60 ans, une femme peut espérer vivre encore en moyenne 27,7 ans en 2014, un homme 23,3 ans contre respectivement 25,7 ans et 20,6 ans en 1999. Ces résultats sont comparables à ceux observés en France métropolitaine.

Figure 68. Décès et espérance de vie en 2014 en Nouvelle-Aquitaine

	Nombre de décès en 2014	Espérance de vie à la naissance		Espérance de vie à 60 ans	
		Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Charente	3 735	79,4	86,0	23,1	27,9
Charente-Maritime	7 124	78,5	85,1	23,0	27,8
Corrèze	3 046	79,3	85,3	22,5	27,4
Creuse	1 866	76,9	84,8	21,3	26,9
Dordogne	5 241	79,1	84,9	23,1	27,4
Gironde	12 464	79,6	85,5	23,5	27,8
Landes	4 159	79,4	85,0	23,3	27,2
Lot-et-Garonne	3 770	79,6	85,4	23,3	27,7
Pyrénées Atlantiques	6 718	80,2	85,5	23,4	27,7
Deux-Sèvres	3 666	79,8	85,4	23,8	27,9
Vienne	3 909	80,1	86,0	24,0	28,1
Haute-Vienne	3 865	79,3	85,8	23,4	28,2
<b>Nouvelle-Aquitaine</b>	<b>59 563</b>	<b>79,4</b>	<b>85,4</b>	<b>23,3</b>	<b>27,7</b>
<b>France métropolitaine</b>	<b>545 028</b>	<b>79,3</b>	<b>85,4</b>	<b>23,1</b>	<b>27,7</b>

Source: Insee, estimations de population et statistiques de l'état civil, réalisation ARS Nouvelle-Aquitaine, Pôle études, statistiques et évaluation

Différente selon le sexe, l'espérance de vie l'est aussi selon la catégorie sociale. En France métropolitaine, l'écart entre l'espérance de vie des cadres de 35 ans et celle des ouvriers du même âge est de 6,4 ans pour les hommes et 3,2 ans pour les femmes en 2009-2013. À tout âge, la probabilité de mourir dans l'année des ouvriers est supérieure à celle des cadres, pour les hommes comme pour les femmes. Ainsi, les ouvriers ont un risque plus élevé de mourir prématurément. Par exemple, un homme de 35 ans soumis toute sa vie aux conditions de mortalité de 2009-2013 a 18 % de risque de mourir avant 65 ans s'il est ouvrier, contre 7 % s'il est cadre (respectivement 8 % et 4 % pour une femme). Les natures mêmes des professions exercées expliquent en partie ces écarts. En effet, les cadres sont moins soumis aux risques professionnels (accidents, maladies, expositions à des produits toxiques...) que les ouvriers. Par ailleurs, ils appartiennent à un groupe social dont les modes de vie sont favorables à une bonne santé : les comportements de santé à risque, ou encore l'obésité sont moins fréquents chez les cadres que chez les ouvriers. Enfin, l'état de santé peut lui-même influencer sur l'appartenance à une catégorie sociale : une santé défaillante peut empêcher la poursuite d'études, le maintien en emploi, ou rendre plus difficiles les promotions et l'accès aux emplois les plus qualifiés en cours de carrière.

Dans les conditions de mortalité et de morbidité de 2014, un garçon né en France métropolitaine à cette date peut espérer vivre 63,4 ans en bonne santé sur les 79,3 ans de son espérance de vie. Cette

espérance de vie sans incapacité à la naissance (EVSI)<sup>50</sup> est plus élevée pour les filles (64,2 ans sur 85,4 années d'espérance de vie). Entre 1995 et 2004, l'espérance de vie et l'EVSI progressaient au même rythme pour les femmes résidant en France métropolitaine.

Depuis 2004, l'EVSI des femmes s'est stabilisée, alors que leur espérance de vie poursuit sa progression. En 2014, leur EVSI a même légèrement baissé. Au contraire, l'EVSI des hommes augmente encore et atteint un niveau sans précédent en 2014. Sur longue période, les disparités femmes-hommes pour cet indicateur se réduisent donc : en 2004, les femmes pouvaient espérer vivre 2,8 années en bonne santé de plus que les hommes contre 0,8 en 2014. Pour les hommes comme pour les femmes, ces EVSI sont supérieures aux moyennes de l'Union européenne (respectivement 61,4 et 61,8 ans).

## 3.2.Mortalité

La croissance et le vieillissement de la population française, qui auraient dû s'accompagner d'une augmentation du nombre de décès, ont été compensés par la baisse de la mortalité qui a bénéficié à chaque âge mais de façon variable selon la période. Jusqu'aux années 1960, cette baisse concernait principalement les enfants de moins d'un an. Depuis les années 1980, l'essentiel des gains est réalisé grâce au recul de la mortalité aux grands âges.

En 2014, 545 000 décès ont été enregistrés en France. La mortalité générale y est plus faible que dans l'Europe des 28. Les femmes détiennent le taux standardisé le plus bas tandis que les hommes se situent en 7<sup>ème</sup> position derrière plusieurs pays d'Europe du nord mais aussi la Grèce. En revanche, la mortalité prématurée est élevée dans notre pays. Le taux de mortalité prématurée des hommes est l'un des plus élevés d'Europe après les pays d'Europe centrale et les pays baltes. Cette situation est également observée pour la mortalité prématurée évitable, liée à la prévention primaire<sup>51</sup>.

Pour la mortalité infantile, la France se situe dans la moyenne de l'Europe des 15 mais, alors que le taux de mortalité infantile baisse dans bon nombre de pays européens, il reste stable en France depuis le tournant des années 2010.

### 3.2.1. Mortalité générale : un niveau comparable à celui de France mais élevé en Creuse

Au cours de la période 2011-2013, près de **60 000 décès de personnes domiciliées en Nouvelle-Aquitaine ont été enregistrés en moyenne chaque année**. Ces décès correspondent à un taux standardisé de mortalité<sup>52</sup> de 743,1 pour 100 000 habitants, très proche du taux national (754,1). La Nouvelle-Aquitaine occupe une position centrale (8<sup>ème</sup> rang) dans l'ensemble des 17 régions françaises. Néanmoins, les écarts de mortalité à l'intérieur de la région sont importants. Le taux le plus élevé, celui de la Creuse, est 23 % plus fort que le moins élevé, celui des Pyrénées-Atlantiques. La mortalité de la Creuse occupe le 95<sup>ème</sup> rang des 100 départements français, après quatre

---

<sup>50</sup> L'espérance de vie sans incapacité à la naissance (EVSI) d'une année donnée représente le nombre d'années qu'une personne peut s'attendre à vivre à sa naissance sans limitations d'activités de la vie quotidienne ni incapacités, dans les conditions de morbidité de l'année considérée. Cette espérance de vie est fondée sur les déclarations des personnes concernées et reflète donc des biais de perception de leur propre santé.

<sup>51</sup> **Mortalité prématurée évitable** : « mortalité évitable » liée aux pratiques de « prévention primaire ». Cet indicateur regroupe les causes de décès qui pourraient être évitées par une réduction des comportements à risques tels que le tabagisme, l'alcoolisme, les conduites routières dangereuses, etc.

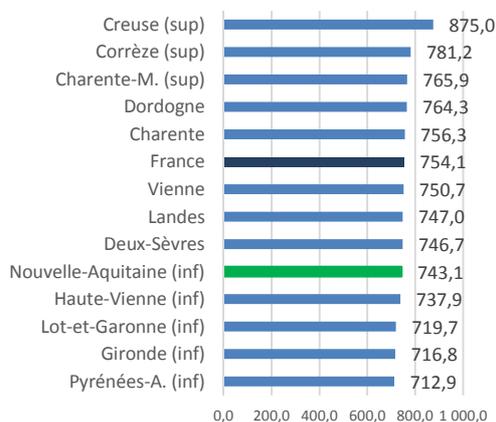
<sup>52</sup> Le **taux standardisé de mortalité** indique le nombre de décès pour 100 000 habitants si la répartition par âge de la zone géographique étudiée était la même qu'au niveau national. Autrement dit, c'est le taux que l'on observerait dans la population étudiée si elle avait la même structure d'âge que la population de la France métropolitaine. Taux standardisés sur l'âge de la population de la France au RP 2006

départements des Hauts-de-France, région qui présente le plus haut niveau de mortalité des régions françaises. La surmortalité des Creusois ne s'exprime qu'au-delà de 30 ans.

**Au total, trois départements présentent un niveau de mortalité significativement supérieur à la valeur nationale, la Corrèze, la Charente-Maritime et la Creuse.** La surmortalité touche aussi bien les hommes que les femmes dans la Creuse. Par contre, pour la Corrèze et la Charente-Maritime, la surmortalité n'est marquée que chez les hommes.

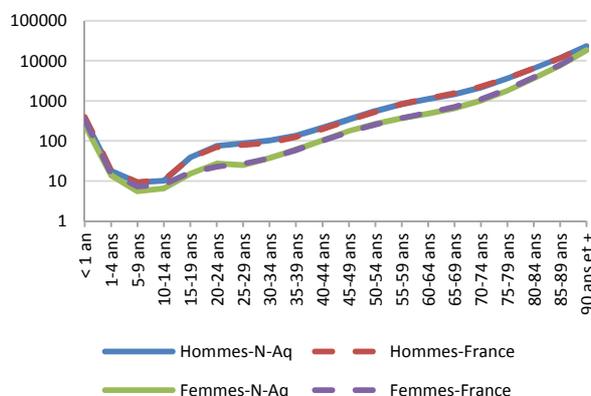
Comme en France, la mortalité des hommes en Nouvelle-Aquitaine est plus élevée que celle des femmes. Les taux standardisés masculins et féminins s'établissent respectivement à 988,4 et 565,4 pour 100 000 habitants, soit un écart de 43 % (41 % en France). La surmortalité masculine existe à tous les âges mais c'est entre 15-19 ans et 30-34 ans qu'elle est la plus élevée. Les taux masculins sont alors au moins 2,5 fois plus importants que les taux féminins, jusqu'à 3,5 fois dans la classe d'âge de 25-29 ans. La surmortalité masculine est un peu plus marquée dans notre région qu'en France avant 40 ans, notamment à 25-29 ans.

**Figure 69. Taux standardisé de mortalité (pour 100 000 habitants) par département en Nouvelle-Aquitaine**



Sources : CépiDC 2011-2013, Insee, réalisation ORS Aquitaine

**Figure 70. Taux de mortalité selon l'âge et le sexe (pour 100 000 habitants) - échelle logarithmique**

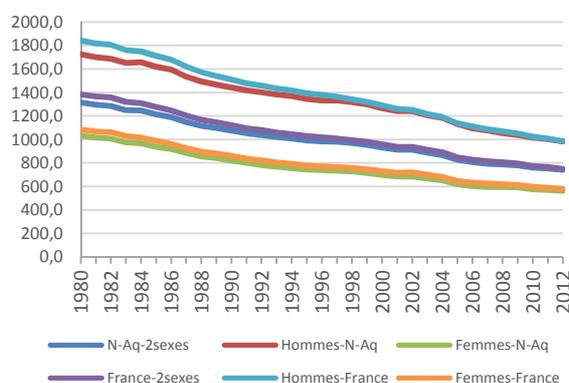


Sources : CépiDC 2011-2013, Insee, réalisation ORS Aquitaine

Au cours des 30 dernières années, la mortalité a diminué de 42 % en Nouvelle-Aquitaine. De l'ordre de 1 300 décès pour 100 000 habitants en 1981-1983, le taux standardisé passe sous la barre de 1 000 en 1994-1996 et 800 en 2005-2007. Ces seuils sont également franchis à l'échelle nationale mais trois ans plus tard. Sur toute la période, la mortalité régionale est inférieure à celle de France mais l'écart entre les taux standardisés s'est réduit. De l'ordre de 5 % en début de période, il est inférieur à 2 % depuis le début des années 2010.

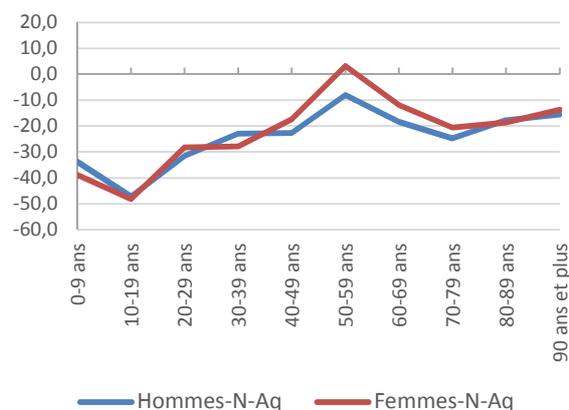
La diminution de la mortalité a concerné tous les âges. Au cours des 10 dernières années, elle a été la plus marquée chez les jeunes de 10-19 ans et globalement chez les hommes de moins de 30 ans et les femmes de moins de 40 ans. À l'opposé, c'est entre 50-59 ans chez les hommes et 50-69 ans chez les femmes que les progrès sont les moins importants. Dans notre région, le taux concernant les femmes de 50-59 ans est resté stable. Par rapport aux évolutions de l'ensemble des Français, la mortalité masculine a davantage diminué avant 20 ans mais moins entre 30 et 60 ans. Chez les femmes, la mortalité a également davantage baissé dans la région avant 20 ans et moins entre 40 et 70 ans.

**Figure 71. Évolution des taux standardisés de mortalité (pour 100 000 habitants)**



Sources : CépiDC, Insee, réalisation ORS Aquitaine

**Figure 72. Evolution des taux de mortalité par âge entre 2001 et 2013 (en %)**



Sources : CépiDC, Insee, réalisation ORS Aquitaine

### 3.2.2. Mortalité prématurée : deux fois plus de décès chez les hommes que chez les femmes

En Nouvelle-Aquitaine, plus de 10 000 décès prématurés<sup>53</sup> sont enregistrés en moyenne chaque année sur la période 2011-2013. Ils représentent 16,8 % de l'ensemble des décès et correspondent à un taux standardisé de 188,2 pour 100 000 habitants, équivalent au taux national (187,5). La Nouvelle-Aquitaine occupe le 10<sup>ème</sup> rang des 17 régions françaises, entre l'Île-de-France (162,7) et les Hauts-de-France (242,7). Trois territoires présentent une surmortalité prématurée par rapport à la valeur nationale : la Creuse, la Charente-Maritime et la Charente alors que deux présentent une sous-mortalité : les Pyrénées-Atlantiques et la Gironde. Le taux standardisé de la Creuse est 30 % plus élevé que le plus bas des Pyrénées-Atlantiques.

La part des décès prématurés est environ deux fois plus élevée chez les hommes que les femmes. En Nouvelle-Aquitaine, 22,4 % des décès masculins surviennent avant 65 ans et 11 % chez les femmes. Le taux standardisé masculin s'élève à 260,3 pour 100 000 habitants alors que le taux féminin s'établit à 119,4. Aucun des deux ne présente de différence significative avec les valeurs nationales.

Au cours des années 2001-2013, le taux standardisé de mortalité prématurée a diminué de 14,7 %, soit une baisse moins marquée qu'à l'échelle nationale (- 17,9 %). Inférieur à celui de France en début de période, ce taux standardisé en est actuellement très proche. Comme pour la mortalité générale au cours de cette période, la baisse a été plus importante chez les hommes que les femmes (respectivement - 16,0 % et - 11,1 % dans la région). Ces baisses sont parmi les plus faibles enregistrées dans les régions de France.

### 3.2.3. Les causes de mortalité prématurée : cancers et traumatismes

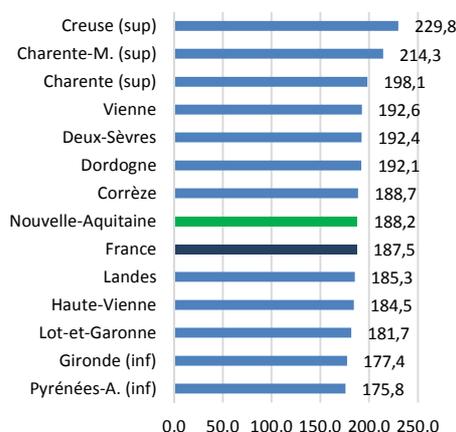
Alors qu'après 65 ans, les premières causes de mortalité sont les maladies de l'appareil circulatoire (30 % des décès) et les tumeurs (26 %), avant 65 ans ce sont les tumeurs qui occupent le premier rang (43 %), loin devant les morts violentes (15 %) et les maladies de l'appareil circulatoire (13 %). Les décès pour lesquels l'alcool est un facteur de risque sont beaucoup plus représentés parmi les décès prématurés (8,6 %) qu'après 65 ans (1,6 %).

Avant 65 ans, les décès dus au cancer du poumon dominant. Ils représentent 30,4 % des décès prématurés par cancer, devant les cancers du sein (8,5 %) et du côlon-rectum (7,5 %). Après 65 ans, deux localisations ont un poids relativement proche, les cancers du poumon (16 %) et du côlon-rectum (14 %).

---

<sup>53</sup> Mortalité prématurée : décès de personnes de moins de 65 ans

**Figure 73. Taux standardisé de mortalité prématurée par département en Nouvelle-Aquitaine (pour 100 000 habitants)**



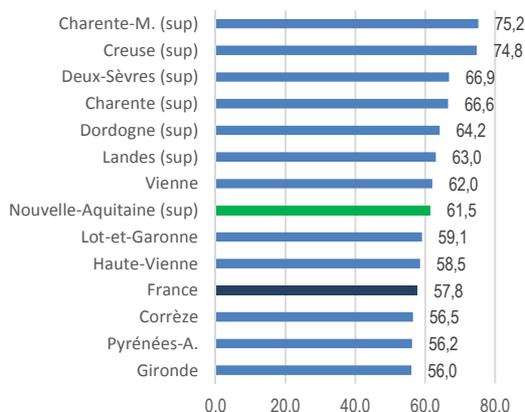
(inf) (sup) : écart à la valeur France statistiquement inférieur ou supérieur

Note de lecture : En Charente-Maritime, le taux standardisé de mortalité prématurée est supérieur à celui observé en France. Cette différence est significative.

En Gironde, le taux standardisé de mortalité prématurée est inférieur à celui observé en France. Cette différence est significative.

Sources : CépiDC 2011-2013, Insee, réalisation ORS Aquitaine

**Figure 74. Taux standardisé de mortalité prématurée évitable par département en Nouvelle-Aquitaine (pour 100 000 habitants)**



(inf) (sup) : écart à la valeur France statistiquement inférieur ou supérieur

Note de lecture : En Charente-Maritime, le taux standardisé de mortalité prématurée évitable est supérieur à celui observé en France. Cette différence est significative.

En Gironde, le taux standardisé de mortalité prématurée évitable est inférieur à celui observé en France. Cette différence est significative.

Sources : CépiDC 2011-2013, Insee, réalisation ORS Aquitaine

### Mortalité prématurée évitable : un tiers des décès pour des causes étroitement associées à la prévention primaire

Au cours de la période 2011-2013, près de **3 250 décès prématurés évitables**<sup>54</sup> par des pratiques de prévention primaire **sont comptabilisés en moyenne chaque année dans la région**. Ils représentent

<sup>54</sup> **Mortalité prématurée évitable** : décès de personnes âgées de moins de 65 ans pour les causes : Sida et infections par le VIH (B20-B24), Tumeurs malignes des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx (C00-C14), Tumeur maligne de l'œsophage (C15), Tumeur maligne de la trachée, des bronches et du poumon (C32-C35), Psychose alcoolique et alcoolisme (F10), Cirrhose alcoolique ou s.p. du foie (K70., K74.6), Accidents de la circulation (V01-V89), Chutes accidentelles (W00-W19), Suicides et séquelles (X60-X84, Y 87.0)

32,0 % des décès prématurés (30,5 % en France). Cette proportion est plus élevée parmi les décès masculins : 36,0 % que féminins : 24,4 %.

Les causes de décès actuellement retenues pour mesurer la mortalité prématurée liée aux pratiques de prévention primaire sont les causes imputables à la consommation d'alcool et de tabac, les accidents de la circulation, les chutes accidentelles, les suicides et le sida. Le taux standardisé de mortalité prématurée pour ces « causes évitables » est plus élevé dans notre région : 61,5 pour 100 000 habitants que dans l'ensemble du territoire national : 57,8. Le taux de Nouvelle-Aquitaine se situe au 11<sup>ème</sup> rang des 17 régions françaises, restant très en deçà des plus élevés de l'ordre de 80 pour 100 000 habitants.

Ces causes de décès sont à l'origine d'un niveau de mortalité nettement plus élevé chez les hommes que les femmes. Le taux standardisé est 3,2 fois plus élevé chez les hommes (95,1) que les femmes (29,5). Quel que soit le sexe, les taux régionaux sont au-dessus des taux nationaux.

Au cours des dix années 2001-2003 à 2011-2013, le taux standardisé de mortalité prématurée évitable a diminué de 19,6 %, soit une baisse moins marquée qu'à l'échelle nationale (- 24,3 %). Identique à celui de France en début de période, le taux est actuellement plus élevé que le taux national. Comme pour la mortalité générale au cours de cette période, la baisse a été plus importante chez les hommes que les femmes (respectivement - 22,4 % et - 7,8 % dans la région). La diminution est nettement plus marquée au niveau national chez les femmes (- 14,2 %).

### La mortalité infantile

Au cours de la période 2011-2015, 178 enfants résidant en Nouvelle-Aquitaine sont morts chaque année avant d'atteindre leur premier anniversaire. Ils représentent 3,0 enfants décédés pour 1 000 naissances vivantes. Ce taux est inférieur à celui observé en France (3,6).

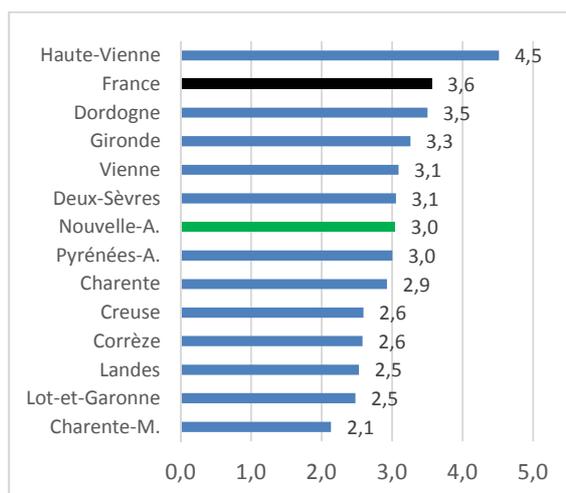
**Au cours des dix dernières années, la mortalité infantile<sup>55</sup> a continué à diminuer, d'environ 10 % dans la région (- 6 % en France) mais on observe une stabilisation du taux durant les années 2010.**

La situation dans les départements apparaît hétérogène, les taux de mortalité infantile varient du simple au double, de 2,1 à 4,5 pour 1 000 naissances vivantes. Ces écarts doivent être considérés avec prudence en raison des faibles effectifs de décès d'enfants de moins d'un an à l'échelle départementale. L'analyse des courbes d'évolution sur 10 ans indique une situation à surveiller en Haute-Vienne où le taux augmente ces dernières années. Cette croissance est également perceptible en Gironde. La Dordogne présente un taux de mortalité infantile au-dessus de la valeur régionale établie sur la période. À l'opposé, la situation apparaît favorable en Charente-Maritime, Creuse, Landes et Lot-et-Garonne.

---

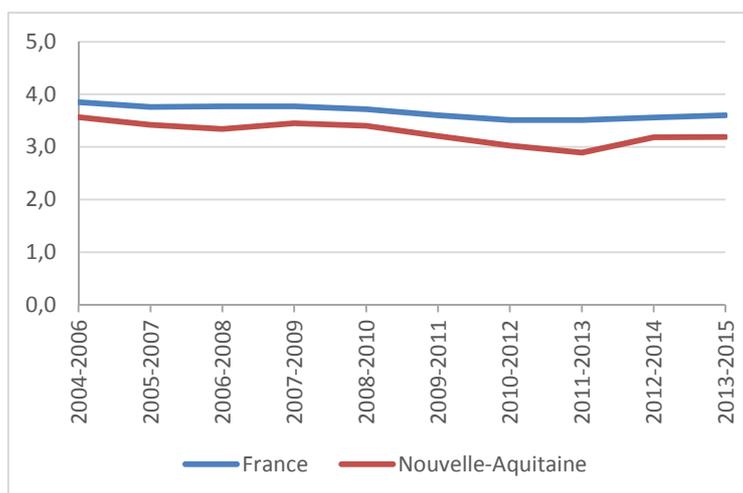
<sup>55</sup> **Taux de mortalité infantile** : nombre de décès d'enfants de moins d'un an pour 1 000 naissances vivantes

**Figure 75. Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)**



Source : Insee (État civil 2011-2015) Réalisation : ORS Aquitaine

**Figure 76. Évolution du taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)**



Source : Insee (État civil 2011-2015) Réalisation : ORS Aquitaine

### 3.3.Morbidité à travers les ALD

#### 3.3.1. Les bénéficiaires d'une prise en charge pour affection de longue durée

Le dispositif des affections longue durée (ALD), mis en place dans le cadre de l'article L324.1 du code de la sécurité sociale, permet la prise en charge des patients ayant une maladie chronique nécessitant un traitement prolongé. Une liste des ALD (ALD<sub>Liste</sub>) ayant un caractère habituel de gravité établie par décret ouvre droit à une prise en charge à 100 % pour les personnes souffrant de ces affections.

Depuis 2011, l'hypertension artérielle ne fait plus partie des ALD<sub>Liste</sub>. Les patients qui étaient exonérés au titre de cette mesure avant la modification parue par décret du 24 juin 2011 continuent toutefois à bénéficier de la prise en charge à 100 %. Cette affection n'apparaît donc plus dans l'analyse des incidences. Ainsi on dénombre 29 affections sur liste.

En dehors de cette liste, s'ajoutent les maladies graves et invalidantes (ALD<sub>31</sub>), et les cas de présence de plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant et un traitement prévisible de plus de 6 mois (ALD<sub>32</sub>).

Les données relatives aux admissions en ALD enregistrées chaque année dans le système d'information de l'assurance maladie sont des données médico-administratives. Selon les préconisations de la CNAMTS, elles ne doivent pas être appréhendées sous un angle purement épidémiologique.

Elles permettent de dénombrer les ALD<sub>Liste</sub> et les ALD<sub>31</sub> pour le régime général et le régime agricole par pathologie et uniquement de façon globale pour le régime des indépendants.

### 3.3.2. Prévalence

**Onze millions de personnes en France métropolitaine souffrent au moins d'une maladie chronique, parmi elles 1 million résident en Nouvelle-Aquitaine.**

Près d'une personne sur cinq bénéficie d'au moins une prise en charge pour ALD en 2015 dans la région et ses départements.

La structure par âge de la population variant selon les territoires, certains taux sont standardisés<sup>56</sup> par sexe et âge, de manière à rendre les territoires comparables. En données standardisées, la situation régionale, avec une prévalence de 16,6%, reste proche de l'ensemble du Pays (17,3%).

La Vienne enregistre le taux le plus faible (moins de 15 % de la population), la Charente-Maritime le plus important (près de 19 % des habitants, en données standardisées sont prises en charge pour ALD).

**Figure 77. Personnes bénéficiant d'une prise en charge en ALD au 1<sup>er</sup> janvier 2015 par département en Nouvelle-Aquitaine**

	Population	Nombre de bénéficiaires d'une ALD	Part de population standardisée (1) %	Femmes %
Charente	353 482	60 909	15,0	50
Charente-Maritime	633 417	119 545	18,9	50
Corrèze	240 781	48 516	16,6	52
Creuse	120 872	26 517	17,1	51
Dordogne	416 909	83 165	16,2	51
Gironde	1 505 517	267 597	18,0	52
Landes	397 226	78 261	17,5	50
Lot-et-Garonne	333 180	64 009	16,4	51
Pyrénées-Atlantiques	664 057	118 147	15,8	51
Deux-Sèvres	371 632	66 583	16,3	50
Vienne	431 248	67 602	14,9	49
Haute-Vienne	375 856	70 673	16,7	52
<b>Nouvelle Aquitaine</b>	<b>5 844 177</b>	<b>1 071 524</b>	<b>16,6</b>	<b>51</b>
<b>France métropolitaine</b>	<b>63 697 865</b>	<b>11 033 462</b>	<b>17,3</b>	<b>51</b>

*Source : base de données assurance maladie inter-régimes SNIIRAM– Recensement de population INSEE 2013 (1) : la population est standardisée par sexe et tranches d'âge listé en figure 2 en prenant comme population de référence celle de la France métropolitaine.*

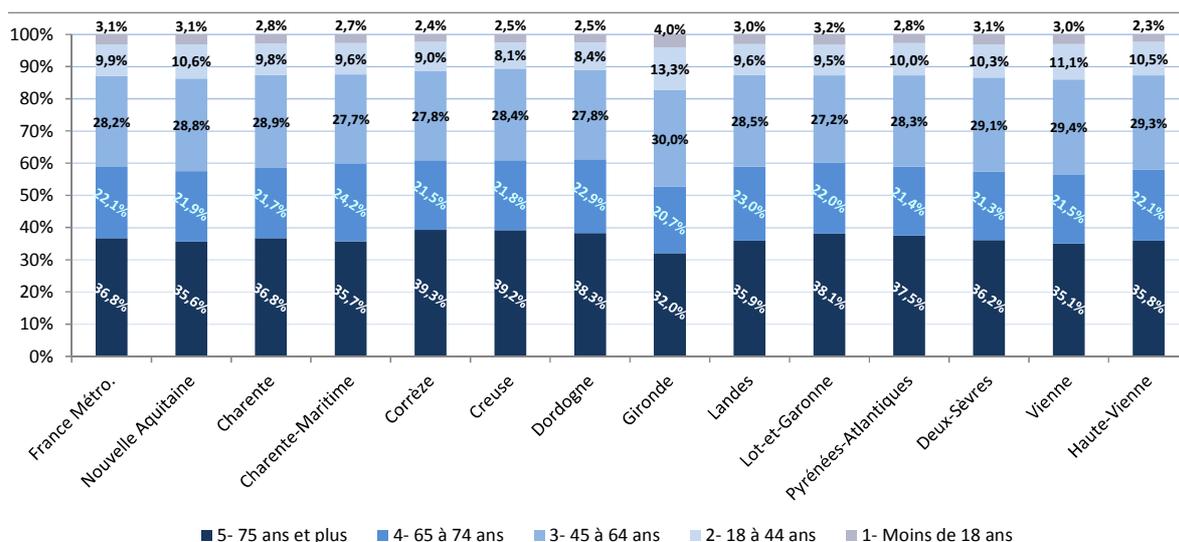
Pour la région et l'ensemble des départements, la part des femmes bénéficiant d'une prise en charge pour ALD est quasiment égale à celle des hommes. En revanche, l'âge a une influence logique sur les effectifs des personnes souffrant d'une ALD, puisqu'un certain nombre de maladies chroniques sont

<sup>56</sup> **Taux standardisé** : taux que l'on observerait si la population considérée avait la même structure en sexe et âge que la France métropolitaine.

liées au vieillissement de la population tels que le diabète ou certaines maladies cardio-neuro-vasculaires...

La majorité des personnes souffrant d'une ALD dans la région (57,5 %) est âgée de 65 ans et plus, 39,4 % a entre 18 et 64 ans et 3,1 % a moins de 18 ans. Au sein de chaque département, cette structure est similaire à l'exception de la Gironde où les bénéficiaires d'une prise en charge ALD âgés de 18 à 64 ans sont proportionnellement plus nombreux : plus de 43 % par rapport à la région et aux autres départements.

**Figure 78. Répartition des personnes bénéficiant d'une prise en charge pour ALD au 1<sup>er</sup> janvier 2015 par tranche d'âge par département en Nouvelle-Aquitaine**



Source : base de données assurance maladie inter-régimes SNIIRAM– Recensement de population INSEE 2013

NB : les tranches d'âge utilisées pour ce graphique sont celles utilisées pour la standardisation par sexe et âge en figure 1 par exemple.

Une personne peut bénéficier d'une ou plusieurs prises en charges :

- pour le même type d'ALD mais pour des maladies différentes
- ou pour plusieurs types d'ALD.

Ainsi le nombre de personnes souffrant d'au moins une ALD en Nouvelle-Aquitaine est de 1 071 524 (cf. Figure 78 ci-dessus). Il est inférieur au décompte obtenu en répartissant les patients selon la pathologie puisque les personnes souffrant de polyopathologies sont comptées plusieurs fois selon leurs différentes ALD ou au sein d'une même ALD.

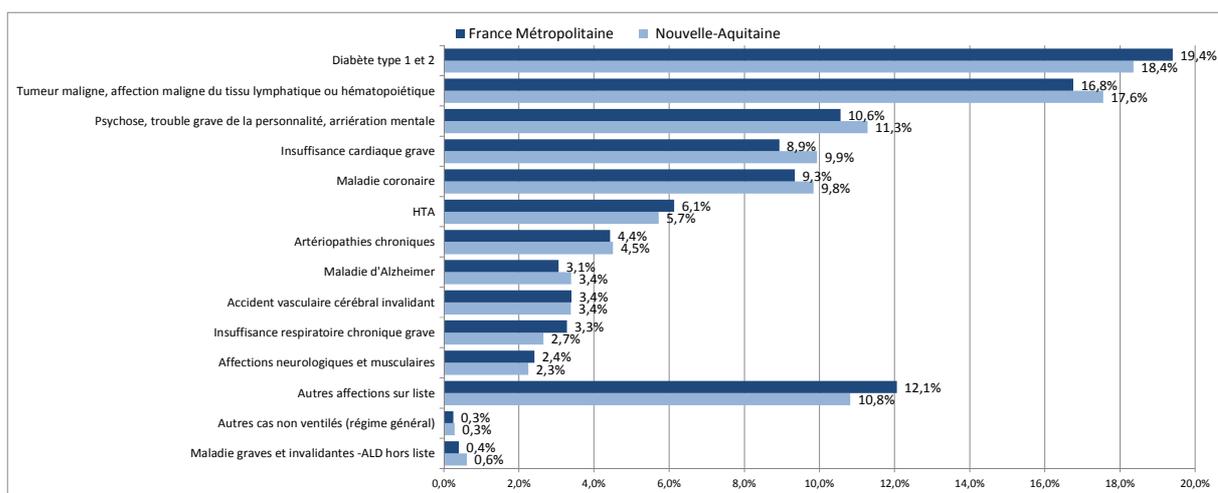
Les trois premières causes de la prise en charge d'une personne en ALD aussi bien en France qu'en Nouvelle-Aquitaine sont :

- le diabète,
- les tumeurs malignes et affections malignes du tissu lymphatique ou hématopoïétique,
- les psychoses, les troubles graves de la personnalité et l'arriération mentale.

Les maladies cardio-neuro-vasculaires ont un poids certain dans la prise en charge des ALD : un tiers des bénéficiaires d'une ALD en 2015 en Nouvelle-Aquitaine souffre de ces types d'affection, ce taux est de 32 % en France métropolitaine.

Maladie d'Alzheimer, insuffisance respiratoire grave et affection neurologique et musculaire font partie des 11 prévalences les plus importantes.

**Figure 79. Répartition par type d'affection des bénéficiaires d'une ALD 2015**



Source : base de données assurance maladie inter-régimes SNIIRAM, champs : régime général, mutualité sociale agricole

Comparés aux autres départements de la région, les bénéficiaires d'une ALD pour diabète sont relativement plus nombreux en Charente-Maritime, dans les Landes et en Deux-Sèvres, seule la Charente-Maritime présentant une prévalence supérieure au taux national. C'est aussi en Charente-Maritime que le taux standardisé de population suivie pour une tumeur est le plus élevé ; il est supérieur au taux national, tout comme en Haute-Vienne et en Gironde.

Comparée à celle des autres départements, la population de la Vienne souffre relativement moins de troubles mentaux, à l'opposé de la population creusoise pour laquelle le taux départemental est le plus élevé de la région.

En Charente Maritime, la population est aussi la plus impactée par les maladies cardio-neuro-vasculaires. Le taux le plus élevé de personnes souffrant d'insuffisance cardiaque grave est détenu par ce département et celui des Landes.

Enfin, parmi les principaux cas de prévalence d'ALD, la population atteinte de la maladie d'Alzheimer apparaît un peu plus concentrée en Haute-Vienne, Gironde et Charente-Maritime que dans les autres départements.

**Figure 80. Caractéristiques des personnes bénéficiant d'une prise en charge pour ALD par type d'affection et par département**

AFFECTIION	France métropolitaine			Nouvelle Aquitaine			Charente			Charente-Maritime			Corrèze			Creuse		
	Pat.	Pop	F %	Pat.	Pop.	F %	Pat.	Pop.	F %	Pat.	Pop.	F %	Pat.	Pop.	F %	Pat.	Pop.	F %
Diabète type 1 et 2	2 751 662	4,3	46,6	254 401	3,9	46,4	15 482	3,7	47,0	28 081	4,4	45,0	11 812	3,9	47,9	6 564	4,0	47,0
Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique	2 376 368	3,7	54,4	243 197	3,7	53,6	13 418	3,2	52,5	28 173	4,4	52,2	10 035	3,3	51,2	5 769	3,5	50,0
Psychose, trouble grave de la personnalité, arriération mentale	1 497 709	2,4	54,8	156 312	2,6	56,7	7 336	2,0	57,4	15 547	2,5	57,4	7 322	2,8	56,7	4 837	3,6	55,6
Insuffisance cardiaque grave	1 266 350	2,0	49,7	137 757	2,0	48,8	7 807	1,8	47,4	15 529	2,5	47,6	7 087	2,2	50,7	4 081	2,2	47,4
Maladie coronaire	1 325 298	2,1	30,2	136 383	2,0	29,5	8 953	2,1	29,0	16 110	2,5	28,4	6 400	2,0	32,0	3 509	2,0	34,3
HTA	869 047	1,4	56,4	79 270	1,2	55,4	3 549	0,8	55,8	9 706	1,5	52,9	4 208	1,3	56,5	1 962	1,1	54,7
Artériopathies chroniques	628 144	1,0	34,3	62 477	0,9	33,3	3 055	0,7	29,0	7 484	1,2	30,3	3 063	1,0	37,2	1 573	0,9	33,9
Maladie d'Alzheimer	433 214	0,7	72,8	47 013	0,7	73,2	2 652	0,6	70,8	4 970	0,8	73,8	2 564	0,7	75,0	1 081	0,5	70,9
Accident vasculaire cérébral invalidant	481 735	0,8	48,5	46 906	0,7	48,4	2 406	0,6	46,1	4 975	0,8	49,2	2 180	0,7	49,3	1 363	0,8	46,3
Insuffisance respiratoire chronique grave	464 774	0,7	48,9	36 759	0,6	49,9	2 096	0,5	46,9	3 528	0,6	50,3	1 586	0,5	45,2	925	0,6	50,7
Affections neurologiques et musculaires	341 774	0,5	49,6	31 208	0,5	49,8	1 801	0,5	50,2	3 380	0,5	50,6	1 461	0,6	49,3	717	0,5	54,3
Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave	261 180	0,4	72,2	24 290	0,4	71,1	1 324	0,3	71,6	2 603	0,4	70,6	1 038	0,4	72,6	590	0,4	74,2
Maladies chroniques actives foies	206 695	0,3	41,3	17 637	0,3	42,6	775	0,2	39,7	1 991	0,3	44,5	636	0,2	40,9	365	0,3	41,9
Maladie de Parkinson	146 950	0,2	50,0	15 571	0,2	49,7	1 122	0,3	49,0	1 848	0,3	50,4	849	0,3	51,9	453	0,2	50,8
Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif	188 536	0,3	45,6	15 330	0,2	45,0	816	0,2	47,9	1 477	0,2	42,3	580	0,2	47,9	479	0,3	50,7
Maladie de Crohn et rectocolite hémorragique évolutives	175 829	0,3	54,7	14 181	0,2	55,7	782	0,2	59,3	1 721	0,3	56,3	571	0,2	52,2	260	0,2	53,5
Spondylarthrite ankylosante grave	122 057	0,2	49,4	12 785	0,2	51,6	756	0,2	52,9	1 223	0,2	49,3	617	0,2	53,6	332	0,3	48,5
Péri artérite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive	107 028	0,2	78,7	10 682	0,2	78,5	530	0,1	80,6	992	0,2	78,4	404	0,1	78,0	187	0,1	74,9
VIH	124 749	0,2	33,7	9 278	0,2	31,4	388	0,1	28,9	939	0,1	29,0	256	0,1	30,9	120	0,1	26,7
Sclérose en plaques	93 037	0,1	72,9	7 916	0,1	75,2	473	0,1	74,4	885	0,1	75,1	340	0,1	74,7	210	0,2	79,0
Maladies métaboliques héréditaires	83 294	0,1	46,2	6 705	0,1	43,7	376	0,1	41,0	991	0,2	44,6	288	0,1	43,4	267	0,2	39,7
Paraplégie	37 020	0,1	39,1	3 502	0,1	37,7	203	0,1	39,4	331	0,1	36,6	152	0,1	39,5	58	0,0	60,3
Hémophilie et affections constitutionnelles de l'hémostase grave	41 037	0,1	50,8	3 067	0,1	51,2	148	0,0	55,4	312	0,0	55,4	104	0,0	56,7	51	0,0	33,3
Scoliose structurale évolutive	41 442	0,1	80,8	3 015	0,1	81,4	165	0,1	77,0	390	0,1	84,1	100	0,0	83,0	56	0,1	69,6
Insuffisances médullaires	27 920	0,0	56,0	2 630	0,0	55,8	139	0,0	45,3	300	0,0	55,7	163	0,1	54,6	75	0,0	57,3
Suites de transplantation d'organe	12 534	0,0	40,0	1 014	0,0	38,7	53	0,0	39,6	132	0,0	43,2	29	0,0	31,0	27	0,0	40,7
hémoglobinoopathies	19 157	0,0	54,7	984	0,0	55,5	38	0,0	73,7	60	0,0	65,0	47	0,0	42,6	22	0,0	54,5
Tuberculose active	13 308	0,0	45,7	791	0,0	46,9	28	0,0	57,1	84	0,0	39,3	28	0,0	39,3	13	0,0	53,8
Mucoviscidose	7 828	0,0	48,2	575	0,0	49,4	NC	0,0	58,6	43	0,0	41,9	NC	0,0	40,0	NC	0,0	71,4
Bilharziose	171	0,0	22,8	NC	0,0	0,0	NC	0,0	NC	NC	0,0	0,0	NC	0,0	NC	NC	0,0	NC
Autres cas non ventilés (régime général)	35 953	0,1	51,1	4 037	0,1	48,9	189	0,0	51,3	418	0,1	51,9	128	0,0	50,0	54	0,0	57,4
Maladie graves et invalidantes - ALD Hors liste	56 884	0,1	59,9	8 597	0,1	58,6	343	0,1	56,0	517	0,1	60,3	595	0,2	64,4	496	0,3	58,1

Source : base de données assurance maladie inter-régimes SNIIRAM– Recensement de population INSEE 2013

Pat. : Nombre de bénéficiaires de l'ALD au 1er janvier 2015 - Pop : Taux de population touchée par l'ALD, standardisés par sexe et tranches d'âge listées en prenant comme population de référence celle de la France métropolitaine - F% : part des femmes bénéficiaires de l'ALD sur le nombre total de bénéficiaires, en pourcentage.

NC : la donnée est non communicable puisque les effectifs sont inférieurs à 11.

**Figure 81. Caractéristiques des personnes bénéficiant d'une prise en charge pour ALD par type d'affection et par département (suite)**

AFFECTIION	France métropolitaine			Nouvelle Aquitaine			Dordogne			Gironde			Landes			Lot-et-Garonne		
	Pat.	Pop	F %	Pat.	Pop.	F %	Pat.	Pop.	F %	Pat.	Pop.	F %	Pat.	Pop.	F %	Pat.	Pop.	F %
Diabète type 1 et 2	2 751 662	4,3	46,6	254 401	3,9	46,4	20 431	3,8	47,8	58 315	3,9	45,9	19 583	4,2	45,2	15 146	3,8	47,0
Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique	2 376 368	3,7	54,4	243 197	3,7	53,6	19 105	3,6	53,9	60 456	4,1	56,6	17 095	3,7	52,8	14 114	3,5	53,5
Psychose, trouble grave de la personnalité, arriération mentale	1 497 709	2,4	54,8	156 312	2,6	56,7	12 198	2,7	57,0	45 165	3,0	56,6	10 011	2,4	58,5	9 387	2,7	56,0
Insuffisance cardiaque grave	1 266 350	2,0	49,7	137 757	2,0	48,8	12 138	2,1	48,9	31 105	2,1	50,5	11 884	2,5	48,4	8 346	1,9	49,4
Maladie coronaire	1 325 298	2,1	30,2	136 383	2,0	29,5	10 790	1,9	30,4	30 739	2,1	29,3	10 715	2,3	28,9	7 824	1,9	31,1
HTA	869 047	1,4	56,4	79 270	1,2	55,4	5 842	1,0	54,8	19 678	1,3	57,1	6 065	1,3	53,1	5 599	1,3	57,5
Artériopathies chroniques	628 144	1,0	34,3	62 477	0,9	33,3	5 023	0,9	33,8	14 568	1,0	34,1	5 016	1,1	34,4	3 547	0,8	34,6
Maladie d'Alzheimer	433 214	0,7	72,8	47 013	0,7	73,2	3 986	0,7	73,3	11 024	0,8	74,4	3 186	0,7	74,6	3 106	0,7	71,0
Accident vasculaire cérébral invalidant	481 735	0,8	48,5	46 906	0,7	48,4	3 871	0,7	45,1	10 517	0,7	48,5	4 174	0,9	48,2	3 183	0,8	48,1
Insuffisance respiratoire chronique grave	464 774	0,7	48,9	36 759	0,6	49,9	2 431	0,5	47,6	9 648	0,7	51,3	3 376	0,7	50,9	2 603	0,7	52,4
Affections neurologiques et musculaires	341 774	0,5	49,6	31 208	0,5	49,8	2 137	0,5	50,5	8 318	0,6	50,3	2 239	0,5	49,4	1 761	0,5	48,7
Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave	261 180	0,4	72,2	24 290	0,4	71,1	1 879	0,4	71,7	6 087	0,4	71,8	1 885	0,4	66,0	1 546	0,4	71,1
Maladies chroniques actives foies	206 695	0,3	41,3	17 637	0,3	42,6	1 152	0,2	40,8	5 479	0,4	44,9	1 254	0,3	41,9	1 034	0,3	43,4
Maladie de Parkinson	146 950	0,2	50,0	15 571	0,2	49,7	1 299	0,2	49,1	3 126	0,2	50,3	1 175	0,2	50,3	964	0,2	47,7
Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif	188 536	0,3	45,6	15 330	0,2	45,0	993	0,2	45,3	4 339	0,3	45,7	1 154	0,3	43,2	865	0,2	46,1
Maladie de Chronn et rectocolite hémorragique évolutives	175 829	0,3	54,7	14 181	0,2	55,7	817	0,2	54,3	3 711	0,2	54,6	985	0,2	59,2	815	0,2	54,1
Spondylarthrite ankylosante grave	122 057	0,2	49,4	12 785	0,2	51,6	980	0,2	53,7	3 142	0,2	51,0	865	0,2	52,9	606	0,2	47,5
Péri artérite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive	107 028	0,2	78,7	10 682	0,2	78,5	710	0,1	79,7	2 744	0,2	78,9	917	0,2	78,5	650	0,2	73,8
VIH	124 749	0,2	33,7	9 278	0,2	31,4	517	0,1	29,8	3 377	0,2	30,4	617	0,2	33,1	468	0,1	34,0
Sclérose en plaques	93 037	0,1	72,9	7 916	0,1	75,2	561	0,1	76,3	2 127	0,1	74,5	525	0,1	77,0	437	0,1	73,9
Maladies métaboliques héréditaires	83 294	0,1	46,2	6 705	0,1	43,7	446	0,1	37,9	1 481	0,1	48,1	388	0,1	44,1	386	0,1	42,5
Paraplégie	37 020	0,1	39,1	3 502	0,1	37,7	272	0,1	34,9	833	0,1	37,2	316	0,1	32,9	202	0,1	39,1
Hémophilie et affections constitutionnelles de l'hémostase grave	41 037	0,1	50,8	3 067	0,1	51,2	234	0,1	47,4	928	0,1	50,5	214	0,1	52,8	153	0,0	52,9
Scoliose structurale évolutive	41 442	0,1	80,8	3 015	0,1	81,4	241	0,1	85,5	815	0,1	80,5	226	0,1	83,6	160	0,1	83,8
Insuffisances médullaires	27 920	0,0	56,0	2 630	0,0	55,8	219	0,0	59,8	561	0,0	56,3	159	0,0	54,1	146	0,0	57,5
Suites de transplantation d'organe	12 534	0,0	40,0	1 014	0,0	38,7	99	0,0	39,4	228	0,0	35,5	99	0,0	41,4	47	0,0	34,0
hémoglobinopathies	19 157	0,0	54,7	984	0,0	55,5	48	0,0	52,1	361	0,0	54,3	62	0,0	51,6	30	0,0	43,3
Tuberculose active	13 308	0,0	45,7	791	0,0	46,9	53	0,0	34,0	237	0,0	48,5	62	0,0	62,9	52	0,0	44,2
Mucoviscidose	7 828	0,0	48,2	575	0,0	49,4	45	0,0	46,7	159	0,0	53,5	43	0,0	60,5	43	0,0	58,1
Bilharziose	171	0,0	22,8	NC	0,0	0,0	NC	0,0	NC	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	NC	0,0	0,0	0,0
Autres cas non ventilés (régime général)	35 953	0,1	51,1	4 037	0,1	48,9	686	0,1	48,5	1 091	0,1	47,7	178	0,0	46,6	257	0,1	52,1
Maladie graves et invalidantes - ALD Hors liste	56 884	0,1	59,9	8 597	0,1	58,6	722	0,1	62,5	1 396	0,1	58,7	911	0,2	55,8	407	0,1	64,4

Source : base de données assurance maladie inter-régimes SNIIRAM– Recensement de population INSEE 2013

Pat. : Nombre de bénéficiaires de l'ALD au 1er janvier 2015 - Pop : Taux de population touchée par l'ALD, standardisés par sexe et tranches d'âge listées en prenant comme population de référence celle de la France métropolitaine - F% : part des femmes bénéficiaires de l'ALD sur le nombre total de bénéficiaires, en pourcentage.

NC : la donnée est non communicable puisque les effectifs sont inférieurs à 11.

**Figure 82. Caractéristiques des personnes bénéficiant d'une prise en charge pour ALD par type d'affection et par département (suite)**

AFFECTIION	France métropolitaine			Nouvelle Aquitaine			Pyrénées-Atlantiques			Deux-Sèvres			Vienne			Haute-Vienne		
	Pat.	Pop	F %	Pat.	Pop.	F %	Pat.	Pop.	F %	Pat.	Pop.	F %	Pat.	Pop.	F %	Pat.	Pop.	F %
Diabète type 1 et 2	2 751 662	4,3	46,6	254 401	3,9	46,4	26 440	3,5	45,8	17 255	4,2	46,9	17 671	3,9	47,1	17 621	4,1	47,9
Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique	2 376 368	3,7	54,4	243 197	3,7	53,6	25 683	3,4	53,9	15 873	3,8	53,6	15 549	3,4	51,0	17 927	4,1	51,6
Psychose, trouble grave de la personnalité, arriération mentale	1 497 709	2,4	54,8	156 312	2,6	56,7	16 865	2,4	56,5	8 476	2,2	55,0	8 055	1,8	54,9	11 113	2,8	58,5
Insuffisance cardiaque grave	1 266 350	2,0	49,7	137 757	2,0	48,8	14 530	1,8	50,3	8 784	2,0	46,0	8 079	1,7	46,4	8 387	1,9	47,4
Maladie coronaire	1 325 298	2,1	30,2	136 383	2,0	29,5	16 199	2,1	29,2	8 525	2,0	30,2	8 913	1,9	27,8	7 706	1,7	29,4
HTA	869 047	1,4	56,4	79 270	1,2	55,4	9 653	1,2	56,1	4 846	1,1	53,2	3 454	0,7	51,9	4 708	1,0	56,4
Artériopathies chroniques	628 144	1,0	34,3	62 477	0,9	33,3	6 910	0,9	35,2	4 201	1,0	32,0	4 256	0,9	30,1	3 781	0,8	35,4
Maladie d'Alzheimer	433 214	0,7	72,8	47 013	0,7	73,2	5 711	0,7	74,5	2 444	0,5	69,8	2 557	0,5	70,8	3 732	0,8	72,1
Accident vasculaire cérébral invalidant	481 735	0,8	48,5	46 906	0,7	48,4	5 688	0,7	50,5	2 981	0,7	47,8	2 547	0,5	50,0	3 021	0,7	48,8
Insuffisance respiratoire chronique grave	464 774	0,7	48,9	36 759	0,6	49,9	4 925	0,6	51,9	1 922	0,5	45,4	1 875	0,4	46,0	1 844	0,4	50,2
Affections neurologiques et musculaires	341 774	0,5	49,6	31 208	0,5	49,8	3 392	0,5	51,7	1 981	0,5	46,6	1 933	0,4	47,3	2 088	0,5	47,7
Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave	261 180	0,4	72,2	24 290	0,4	71,1	2 966	0,4	71,6	1 361	0,3	69,4	1 430	0,3	72,9	1 581	0,4	70,4
Maladies chroniques actives foies	206 695	0,3	41,3	17 637	0,3	42,6	1 833	0,3	43,8	903	0,2	36,8	1 081	0,2	39,8	1 134	0,3	39,2
Maladie de Parkinson	146 950	0,2	50,0	15 571	0,2	49,7	1 640	0,2	50,1	1 021	0,2	46,8	1 022	0,2	48,8	1 052	0,2	49,6
Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif	188 536	0,3	45,6	15 330	0,2	45,0	1 699	0,2	44,0	889	0,2	43,4	966	0,2	41,1	1 073	0,3	46,3
Maladie de Crohn et rectocolite hémorragique évolutives	175 829	0,3	54,7	14 181	0,2	55,7	1 603	0,2	58,5	970	0,3	54,8	1 108	0,3	56,0	838	0,2	53,8
Spondylarthrite ankylosante grave	122 057	0,2	49,4	12 785	0,2	51,6	1 281	0,2	48,4	612	0,2	44,6	628	0,1	46,8	1 743	0,4	59,5
Péri artérite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive	107 028	0,2	78,7	10 682	0,2	78,5	1 470	0,2	79,9	500	0,1	77,4	688	0,2	76,6	890	0,2	79,3
VIH	124 749	0,2	33,7	9 278	0,2	31,4	1 139	0,2	32,7	411	0,1	31,1	547	0,1	35,5	499	0,1	36,7
Sclérose en plaques	93 037	0,1	72,9	7 916	0,1	75,2	806	0,1	76,3	424	0,1	76,4	593	0,1	74,7	535	0,1	73,8
Maladies métaboliques héréditaires	83 294	0,1	46,2	6 705	0,1	43,7	641	0,1	46,5	514	0,1	39,9	535	0,1	39,8	392	0,1	44,4
Paraplégie	37 020	0,1	39,1	3 502	0,1	37,7	486	0,1	38,9	260	0,1	38,1	210	0,0	37,6	179	0,0	39,1
Hémophilie et affections constitutionnelles de l'hémostase grave	41 037	0,1	50,8	3 067	0,1	51,2	287	0,0	50,9	179	0,0	56,4	227	0,1	46,3	230	0,1	48,7
Scoliose structurale évolutive	41 442	0,1	80,8	3 015	0,1	81,4	239	0,0	78,2	259	0,1	80,7	258	0,1	83,7	106	0,0	76,4
Insuffisances médullaires	27 920	0,0	56,0	2 630	0,0	55,8	311	0,0	62,4	164	0,0	56,1	143	0,0	46,2	250	0,1	54,8
Suites de transplantation d'organe	12 534	0,0	40,0	1 014	0,0	38,7	130	0,0	38,5	52	0,0	40,4	57	0,0	49,1	61	0,0	29,5
hémoglobinopathies	19 157	0,0	54,7	984	0,0	55,5	85	0,0	63,5	53	0,0	58,5	95	0,0	53,7	83	0,0	54,2
Tuberculose active	13 308	0,0	45,7	791	0,0	46,9	85	0,0	47,1	50	0,0	50,0	49	0,0	38,8	50	0,0	50,0
Mucoviscidose	7 828	0,0	48,2	575	0,0	49,4	53	0,0	43,4	43	0,0	44,2	46	0,0	41,3	39	0,0	41,0
Bilharziose	171	0,0	22,8	NC	0,0	0,0	NC	0,0	NC	NC	0,0	NC	NC	0,0	NC	NC	0,0	NC
Autres cas non ventilés (régime général)	35 953	0,1	51,1	4 037	0,1	48,9	469	0,1	48,8	213	0,1	52,6	240	0,1	42,9	114	0,0	46,5
Maladie graves et invalidantes - ALD Hors liste	56 884	0,1	59,9	8 597	0,1	58,6	1 624	0,2	56,7	779	0,2	57,1	355	0,1	59,4	452	0,1	53,5

Source : base de données assurance maladie inter-régimes SNIIRAM– Recensement de population INSEE 2013

Pat. : Nombre de bénéficiaires de l'ALD au 1er janvier 2015 - Pop : Taux de population touchée par l'ALD, standardisés par sexe et tranches d'âge listées en prenant comme population de référence celle de la France métropolitaine - F% : part des femmes bénéficiaires de l'ALD sur le nombre total de bénéficiaires, en pourcentage.

NC : la donnée est non communicable puisque les effectifs sont inférieurs à 11.

### 3.3.3. Incidence

Au cours de l'année 2015, 130 500 personnes ont été nouvellement admises en ALD (soit 12 % sur l'ensemble des personnes ayant bénéficié d'une prise en charge au 1<sup>er</sup> janvier 2015 en Nouvelle-Aquitaine). Ce taux est de l'ordre de 15 % en France Métropolitaine.

*Figure 83. Personnes entrant dans le dispositif ALD à compter du 1er janvier 2015 en Nouvelle-Aquitaine – Affections sur liste uniquement*

	Population	Nombre de bénéficiaires d'une ALD	Nombre de nouveaux bénéficiaires d'une ALD	Part d'admissions en ALD en 2015 %	Femmes %
Charente	353 482	60 909	7 579	12,4	48
Charente-Maritime	633 417	119 545	14 132	11,8	48
Corrèze	240 781	48 516	5 812	12,0	50
Creuse	120 872	26 517	3 280	12,4	50
Dordogne	416 909	83 165	10 274	12,4	49
Gironde	1 505 517	267 597	31 968	11,9	51
Landes	397 226	78 261	10 503	13,4	49
Lot-et-Garonne	333 180	64 009	7 892	12,3	49
Pyrénées-Atlantiques	664 057	118 147	14 036	11,9	51
Deux-Sèvres	371 632	66 583	8 270	12,4	48
Vienne	431 248	67 602	8 357	12,4	48
Haute-Vienne	375 856	70 673	8 366	11,8	50
<b>Nouvelle Aquitaine</b>	<b>5 844 177</b>	<b>1 071 524</b>	<b>130 469</b>	<b>12,2</b>	<b>49</b>
<b>France métropolitaine (1)</b>	<b>63 697 865</b>	<b>9 166 780</b>	<b>1 387 900</b>	<b>15,1</b>	<b>52</b>

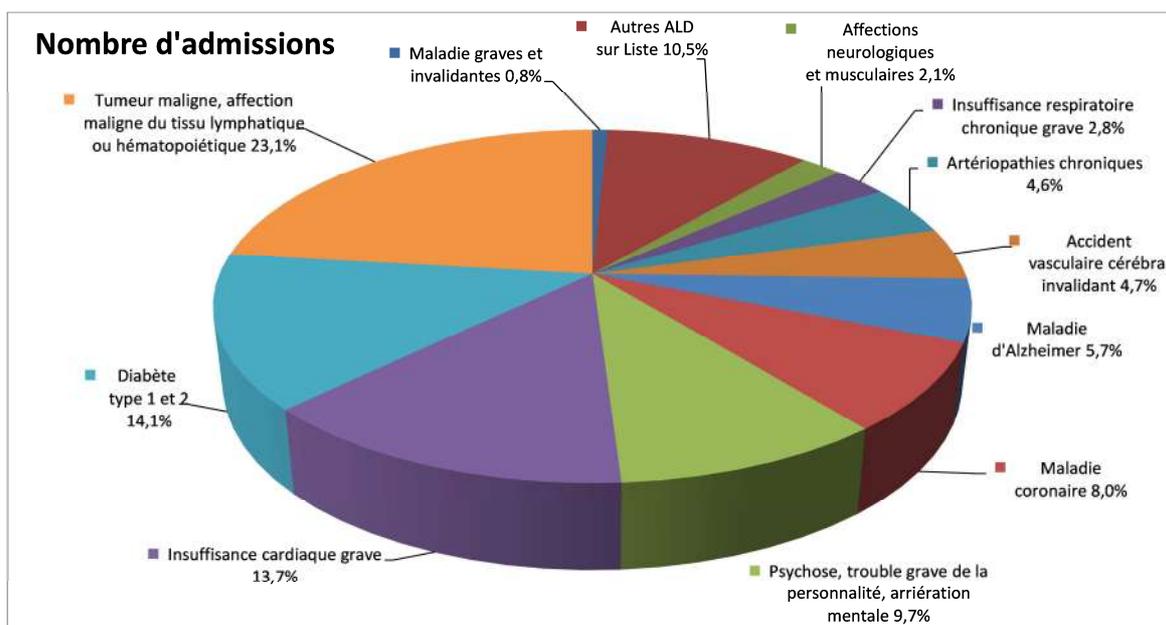
Source : base de données assurance maladie inter-régimes SNIIRAM – Recensement de population INSEE 2013  
 (1) : les données France sont issues du site de l'assurance maladie, elles ne portent que sur le régime général

On retrouve quasiment la même structure par type de maladie chronique pour le dénombrement des incidences que pour les prévalences, hors hypertension artérielle sévère ne faisant plus partie des affections sur liste depuis 2011.

En effet, les admissions les plus importantes en 2015 concernent :

- les tumeurs malignes et affections malignes du tissu lymphatique ou hématopoïétique,
- le diabète,
- l'insuffisance cardiaque grave,
- les psychoses, les troubles graves de la personnalité et l'arriération mentale.

Figure 84. Nouvelles admissions en ALD en 2015



Source : base de données assurance maladie inter-régimes SNIIRAM– Recensement de population INSEE 2013

## 4. LA PROMOTION DE LA SANTE ET LA PREVENTION

### 4.1.Prévention et promotion de la santé : le contexte

La situation de la France au regard de la mortalité prématurée évitable par la prévention primaire (consommation de tabac, d'alcool, chutes, suicides, accidents de la circulation, etc.) était, en 2010 selon les données Eurostat, l'une des plus défavorables des pays européens : 1<sup>er</sup> rang des taux les plus élevés chez les hommes et 3<sup>ème</sup> rang chez les femmes. Dans la région Nouvelle-Aquitaine, ce sont, en 2013, 9 846 décès qui sont survenus chez des personnes âgées de moins de 65 ans, dont près de 7 sur 10 sont masculins. Parmi ces décès prématurés, 31 % auraient pu être théoriquement évités par des actions de prévention (décès liés au tabac, à l'alcool ou aux accidents). Parallèlement, la structure des comptes de la santé 2014, laisse apparaître que les dépenses de prévention<sup>57</sup> représentent à peine plus de 2 % de l'ensemble des dépenses courantes de santé (contre 87 % pour les soins et indemnités journalières).

La loi de modernisation de notre système de santé, promulguée en janvier 2016, articule son premier axe autour de l'innovation au service de la prévention. Les principales mesures de cette loi relèvent de la prévention primaire (lutte contre le tabagisme, amélioration de l'information nutritionnelle par exemple), mais également de la prévention secondaire, voire tertiaire, via l'instauration par exemple de l'expérimentation de salles de consommation à moindre risque.

Au-delà du concept de prévention, la promotion de la santé, définie par la charte d'Ottawa (1986) comme « un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci », doit contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé et à la transversalité des actions. Il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles et les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être.

De nombreux acteurs participent directement ou via des financements propres à la prévention et à la promotion de la santé (assurance maladie, autres services de l'Etat, collectivités territoriales, associations, structures de soins ou du social...). Dans ce contexte, la mission de définition d'une politique régionale de prévention et promotion de la santé qui incombe à l'Agence régionale de santé (ARS) constitue un enjeu primordial.

### 4.2.Les actions financées

En 2016, ce sont près de 1 000 actions qui ont été financées par l'ARS Nouvelle-Aquitaine. Plus du quart du financement a concerné la vie affective et sexuelle. Cet ensemble est cependant très hétérogène, regroupant une grande diversité d'actions destinées à prévenir l'apparition de maladies ou de risques infectieux (Infections sexuellement transmissibles notamment), des actions d'éducation à la vie affective et sexuelle mais également le financement des Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD). Le seul financement des CeGIDD représente près de 80 % de cet ensemble.

---

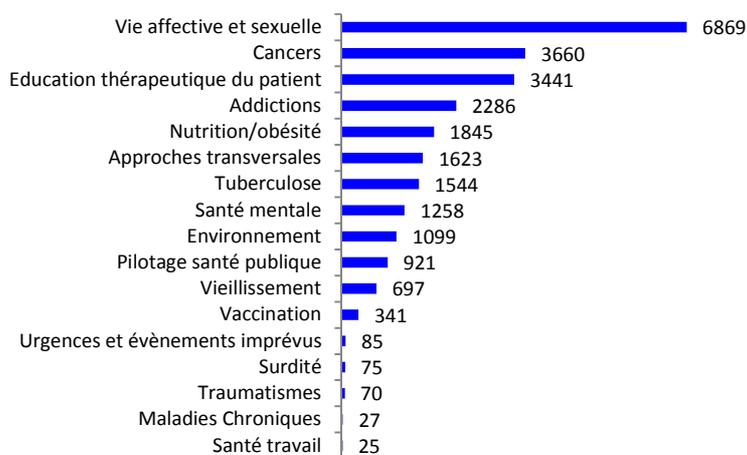
<sup>57</sup> **Prévention** : Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « la prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps » (1948). Classiquement, 3 types de prévention sont distingués : la prévention primaire qui vise à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population, la prévention secondaire dont l'objectif est de diminuer la prévalence d'une maladie dans une population, et la prévention tertiaire qui intervient à un stade où il importe de diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récurrences dans une population et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie

La prévention des cancers et la préservation de la qualité de vie des patients atteints de cancers est le deuxième poste financier. Le financement des structures de gestion du dépistage organisé des cancers (soutenues également financièrement par l'Assurance maladie) représente plus de 90 % de cette enveloppe dédiée aux cancers.

L'éducation thérapeutique du patient, est le 3<sup>ème</sup> poste de dépenses. Viennent ensuite les actions consacrées aux addictions et à la nutrition. Ces deux thématiques peuvent également se retrouver au sein des actions transversales financées par l'ARS et ciblant pour beaucoup d'entre elles des populations spécifiques identifiées au sein des Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins<sup>58</sup> (PRAPS) : personnes vivant dans une grande précarité, gens du voyage, migrants, détenus... La lutte contre la tuberculose (financement des activités des Centres de Lutte Anti-Tuberculose), la promotion de la santé mentale et la réduction du risque suicidaire, ainsi que le thème santé-environnement (hors mission régalienne de surveillance de la qualité de l'eau potable) sont les autres domaines émergeant à plus d'un million d'euros.

Parmi les sujets ayant fait l'objet de financements moindres (moins de 100 000 euros), se trouvent la santé au travail, les maladies chroniques (celles-ci étant par ailleurs très largement abordées sous l'angle des programmes d'éducation thérapeutique du patient), la prévention des violences et traumatismes (principalement sous l'angle des violences conjugales ou des violences faites aux femmes) et la prévention de la surdité (dépistage néonatal).

**Figure 85. Répartition thématique des actions financées en 2016 par l'ARS Nouvelle-Aquitaine (en milliers d'euros)**



Source : ARS Nouvelle-Aquitaine, Réalisation : ORS Poitou-Charentes

### 4.3. Une grande diversité d'acteurs

L'analyse de la nature des porteurs des actions financées en 2016 par l'ARS met en évidence leur très grande diversité.

Plus d'une action sur 2 est portée par une association, une sur 4 par un établissement de santé et un peu moins d'une sur 10 par une structure de l'Education Nationale. Les centres sociaux et missions

<sup>58</sup>Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) : Les PRAPS ont été élaborés pour la première fois en 1999, en application des dispositions relatives à la lutte contre les exclusions de 1998. Ils ont été confirmés par la loi de 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients à la santé et aux territoires (HPST). Ils constituent l'un des programmes obligatoires du Projet régional de santé et visent les « personnes les plus démunies ».

locales, les collectivités, les établissements médico-sociaux, les professionnels de santé, l'assurance maladie et les mutuelles, et les établissements publics complètent ce panorama.

Les associations sont elles-mêmes très diverses. Certaines, comme les Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) sont spécialisées dans le portage et l'accompagnement de projets visant à promouvoir la santé individuelle et collective. D'autres ont des champs d'intervention ciblés sur certaines thématiques telles que l'Association de lutte contre le VIH Sida et les hépatites virales (AIDES), l'Association nationale de prévention en alcoologie et en addictologie (ANPAA), les Associations du sport santé, etc. Une dernière catégorie enfin regroupe des associations ayant des objets très variés, non spécifiques à la santé publique, mais développant auprès de leurs adhérents ou publics cibles des interventions en prévention et promotion de la santé. Un tiers des financements octroyés aux établissements de santé publics ou privés visent soit des programmes d'ETP, soit des centres de lutte contre la tuberculose (CLAT), soit des CeGIDD. Les établissements scolaires abordent logiquement des déterminants de santé comportementaux (nutrition, addiction, vie affective et sexuelle) et la santé mentale. Les centres sociaux et missions locales portent particulièrement des projets tournés vers les personnes vulnérables ou centrés sur la nutrition. Enfin, dernière spécificité identifiée, les professionnels de santé perçoivent des financements qui sont majoritairement orientés vers la prévention secondaire ou tertiaire : vaccination, maladies chroniques ou ETP.

#### **Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé (OSCARS®)**

OSCARS® est un outil interactif développé par le Comité Régional d'Education pour la Santé (CRES) de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur et accessible à tous *via* Internet. Il vise à rendre visible les actions menées dans le champ de la santé publique. Chacune des actions est consultable, soit par l'intermédiaire d'une cartographie interactive, soit *via* des critères permettant de cibler sa recherche par thème, par public, par type d'action...

Les actions ayant bénéficié d'un financement de l'ARS et couvrant des territoires des anciennes régions Poitou-Charentes et Aquitaine sont intégrées dans l'outil. Près de 1 670 actions, financées entre 2010 et 2016, sont consultables sur OSCARS®. L'outil sera prochainement étendu à l'ensemble de la région Nouvelle-Aquitaine.

#### **La commission de coordination des politiques publiques de santé dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile**

Les institutions mettant en œuvre des actions de prévention et de promotion de la santé sont diverses. La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a ainsi constitué 2 commissions régionales de coordination des politiques publiques dont l'une spécifiquement centrée sur les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile.

Constituée des différents services de l'Etat, des collectivités territoriales ainsi que des organismes de sécurité sociale, elle a pour mission de favoriser la complémentarité des actions de ses membres et de déterminer les modalités éventuelles de cofinancement de leurs actions.

#### **Les conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie**

Départementale, la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA) des personnes âgées est l'un des dispositifs de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relatif à l'adaptation de la société au vieillissement.

Sa mission est de définir un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention à destination des personnes âgées de 60 ans et plus, en complément des prestations légales ou réglementaires. À cet effet, elle établit un diagnostic des besoins des personnes âgées de 60 ans et plus résidant sur le territoire départemental et recense les initiatives locales.

Siègent donc a minima des représentants des régimes de base d'assurance vieillesse et d'assurance maladie, de l'Agence nationale de l'habitat (ANAH), des fédérations des institutions de retraite complémentaire et des organismes régis par le code de la mutualité. Elle est présidée par le Président du Conseil départemental et le directeur général de l'ARS ou son représentant en assure la vice-présidence. Depuis 2016, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) verse un financement à chaque département et assure l'animation des conférences de financeurs. Plus d'une action sur 2 est portée par une association.

## 4.4. Vaccination et maladies à prévention vaccinale

Déjà en 2004 en France, la loi de santé publique préconisait un taux de couverture vaccinale de 95 % pour les maladies à prévention vaccinale relevant de recommandations de vaccination en population générale (75 % pour la grippe dans tous les groupes à risques). Sans toujours atteindre ces niveaux, la vaccination a permis de considérablement réduire l'incidence des maladies à prévention vaccinale. Cependant, il y a quelques années le système de veille sanitaire a alerté sur une recrudescence des cas de rougeole en France : depuis 2008, plus de 24 000 cas ont ainsi été enregistrés dont près de 15 000 cas pour la seule année 2011.

### 4.4.1. Les maladies à prévention vaccinale

Les maladies à prévention vaccinale sont suivies à travers le dispositif de surveillance des maladies à déclaration obligatoire (MDO) qui repose sur la transmission de données par les médecins et les biologistes (libéraux et hospitaliers) aux Agences régionales de santé (ARS). L'objectif du dispositif MDO est de détecter et de déclarer rapidement les cas identifiés pour agir et prévenir les risques d'épidémie, mais également pour analyser l'évolution dans le temps de ces maladies et adapter les politiques de santé publique. Parmi les 33 maladies à déclaration obligatoire en 2016, 9 concernent spécifiquement des maladies à prévention vaccinale : diphtérie, fièvre jaune, hépatite A et B, infection invasive à méningocoque (séro groupe C), poliomyélite, rougeole, tétanos, tuberculose. Si les cas de poliomyélites, diphtéries et tétanos sont extrêmement rares sur le territoire français, il n'en est pas de même pour d'autres pathologies plus fréquemment rencontrées.

*Figure 86. Nombre de cas déclarés des principales MDO à prévention vaccinale entre 2006 et 2015 en Nouvelle-Aquitaine*

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Hépatite A	109	84	61	83	55	80	73	44	46	40
Hépatite B	7	9	4	7	7	1	3	1	6	5
Méningite à méningocoques	57	58	54	57	45	39	50	62	29	30
<i>dont séro groupe C</i>	nd	7	8							
Rougeole	0	0	55	268	472	485	97	17	7	7
Tuberculose	283	306	293	273	265	278	266	246	259	nd

*nd : Non disponible*

*Source : Santé publique France, Cire Nouvelle-Aquitaine*

### 4.4.2. Les couvertures vaccinales

La couverture vaccinale correspond à la proportion de personnes vaccinées dans une population à un moment donné. Elle est le rapport entre le nombre de personnes correctement vaccinées, c'est-à-dire ayant reçu à un âge donné le nombre de doses requises, et le nombre total de personnes qui auraient dû l'être dans la même population. Sa mesure est nécessaire pour savoir si le programme de vaccination est correctement appliqué.

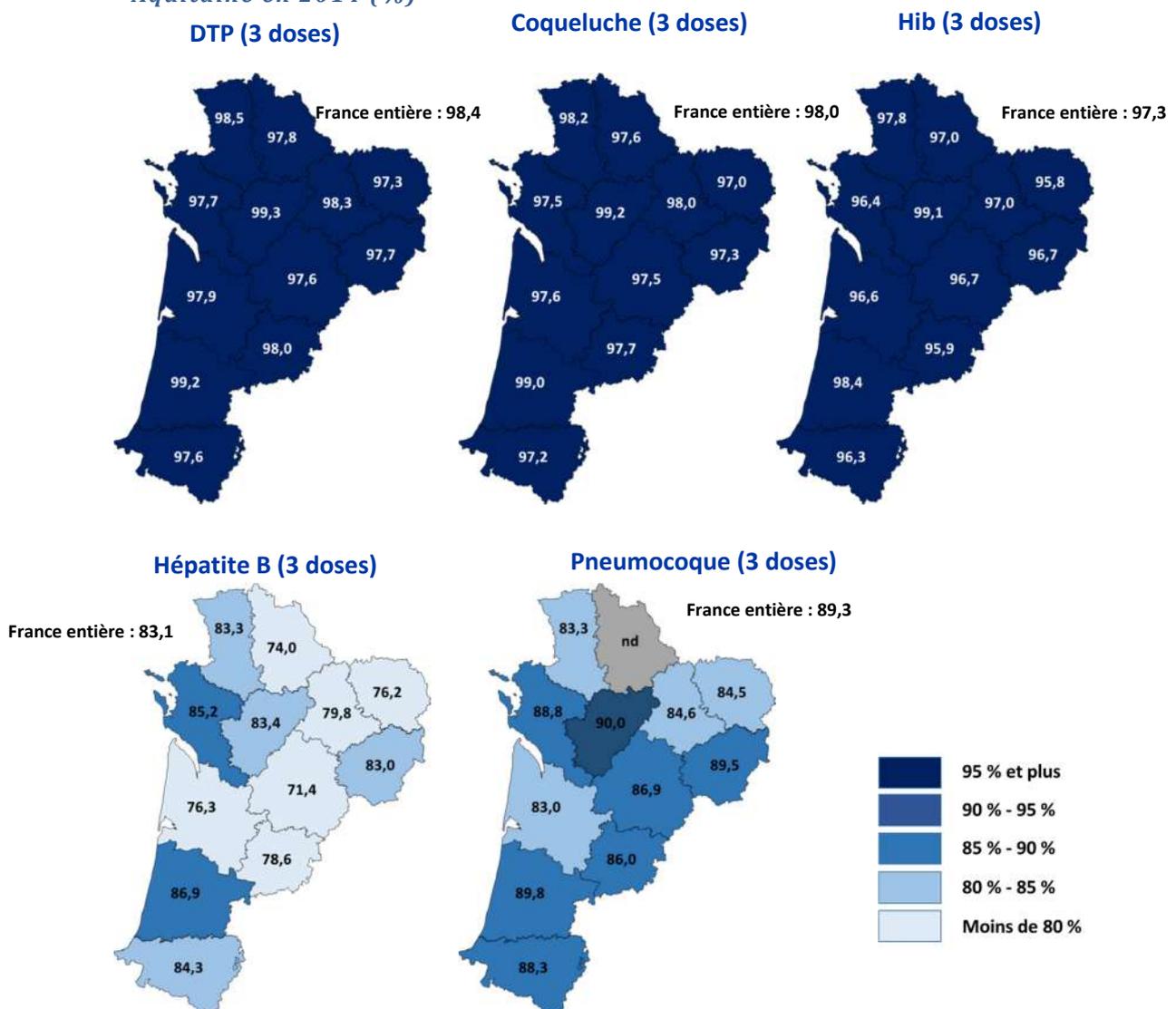
#### 4.4.2.1. A 2 ans

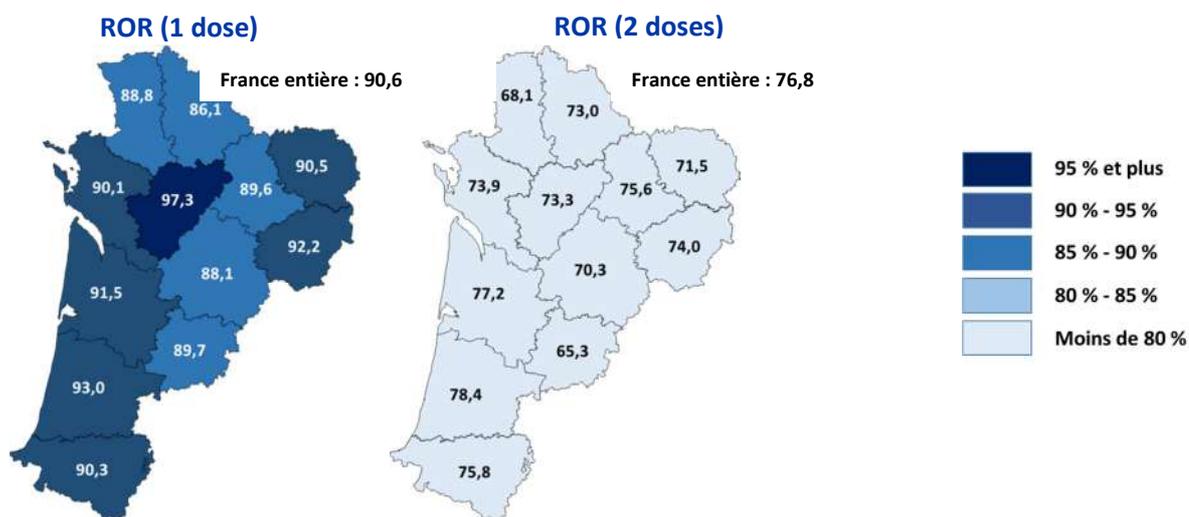
Les certificats de santé (CS) du 24<sup>ème</sup> mois sont le principal outil d'évaluation de la couverture vaccinale (CV) chez l'enfant à l'âge de 2 ans. Ils sont établis par les médecins généralistes et pédiatres (libéraux ou salariés) lors de l'examen médical obligatoire de l'enfant à 24 mois.

Ainsi, à 2 ans, les taux de couverture vaccinale sont très satisfaisants pour l'ensemble de la Nouvelle-Aquitaine pour le vaccin Diphtérie, tétanos, poliomyélite (DTP), la coqueluche et Haemophilus influenzae de type b (Hib). Le taux de couverture vaccinale contre le pneumocoque est inférieur à 85 % pour au moins 4 départements (la Gironde, les Deux-Sèvres, la Creuse et la Haute-Vienne) et celui de l'hépatite B pour 10 départements sur 12 (seuls la Charente-Maritime et les Landes atteignent ce seuil).

Concernant le vaccin Rougeole, Oreillons, Rubéole (ROR), l'objectif d'une couverture vaccinale de 95 % n'est atteint pour 1 dose qu'en Charente ; les taux sont inférieurs à 90 % pour 5 des 12 départements. La vaccination à 2 doses est inférieure à 80 % des enfants de 2 ans sur l'ensemble de la région, voire inférieur à 70 % pour 2 départements (Lot-et-Garonne et Deux-Sèvres).

**Figure 87. Taux de couverture vaccinale à 2 ans par département de Nouvelle-Aquitaine en 2014 (%)**



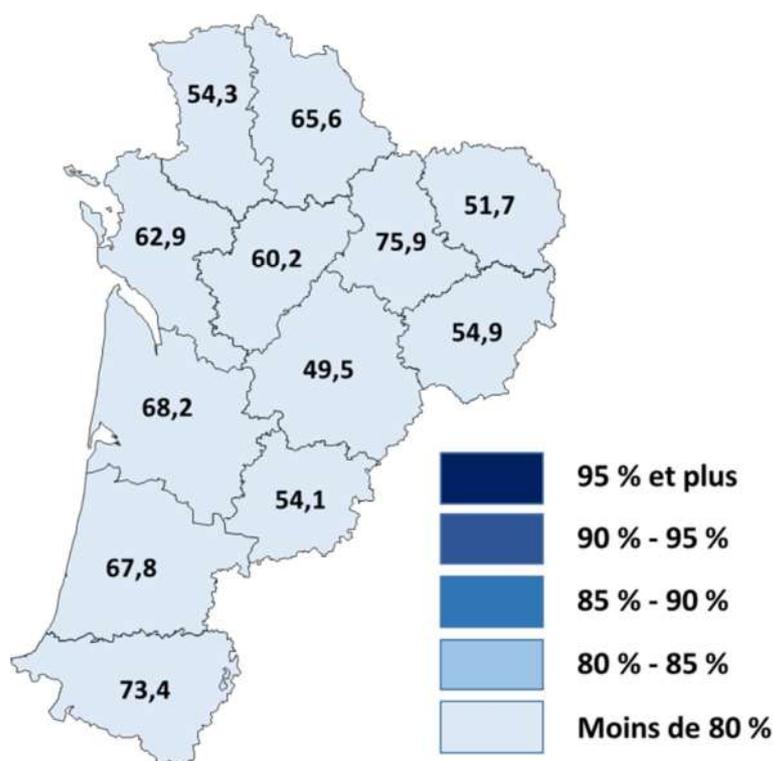


Source : Drees, remontées des services de PMI – Certificats de santé au 24<sup>ème</sup> mois – Validité 2014 ; traitements DREES, Santé Publique France (vaccinations) Réalisation : ORS Limousin

La recommandation de vaccination contre le méningocoque de type C a été introduite en 2010. Sa couverture vaccinale n'est de fait pas relevée parmi les informations contenues dans le certificat de santé du 24<sup>ème</sup> mois. Les données de l'Assurance maladie permettent d'estimer les taux de couverture vaccinale.

En Nouvelle-Aquitaine, 64,5 % des enfants de 24 mois auraient ainsi bénéficié d'une dose de vaccin contre cette bactérie avec des écarts importants entre les territoires : moins de 50 % des enfants en Dordogne contre 76 % en Haute-Vienne et 73 % en Pyrénées-Atlantiques.

Figure 88. Taux de couverture vaccinale méningocoque C à 2 ans par département de Nouvelle-Aquitaine en 2015 (%)



Source : Sniir-AM – Dcir, traitement Santé publique France Réalisation : ORS Limousin

#### 4.4.2.2. A 5-6 ans

L'enquête réalisée sur l'année scolaire 2012-2013 auprès des élèves de Grande section de maternelle dans le cadre du bilan de santé indiquait des taux de couverture au niveau des anciens territoires régionaux. Selon les recommandations en 2012-2013, l'objectif d'une couverture vaccinale de 95 % était atteint pour les 3 anciens territoires pour le DTP, la Coqueluche et le ROR 1 dose, et uniquement en ex-Limousin pour l'Hib (mais des taux proches sur les deux autres anciennes régions). Les taux de couverture variaient de 85 % à 89 % pour le pneumocoque et les taux de couverture pour l'hépatite B étaient quant à eux très faibles variant de 44 % en ex-Aquitaine à 51 % en ex-Limousin.

**Figure 89. Taux de couverture vaccinale en Grande section de maternelle dans les anciennes régions de Nouvelle-Aquitaine en 2012-2013 (%)**

	DTP (4 doses)	Coqueluche (4 doses)	Hib (4 doses)	Hépatite B (3 doses)	Pneumocoque (3 doses)	ROR (1 dose)	ROR (2 doses)
<b>Ex-Aquitaine</b>	96,8	95,8	94,0	43,9	85,1	96,2	85,1
<b>Ex Limousin</b>	98,6	97,5	96,6	51,3	88,6	97,6	83,4
<b>Ex-Poitou-Charentes</b>	97,2	96,2	94,7	45,7	86,2	95,9	81,1
<b>France entière</b>	<b>95,8</b>	<b>95,1</b>	<b>93,5</b>	<b>50,9</b>	<b>83,3</b>	<b>96,4</b>	<b>83,2</b>

Source : Drees-Dgesco, enquêtes nationales de santé auprès des élèves scolarisés en Grande section de maternelle. Traitement InVS

#### 4.4.2.3. A 11-12 ans

En classe de sixième, les élèves des établissements publics bénéficient d'un dépistage infirmier systématique réalisé par les infirmiers de l'Éducation nationale. Dans les anciennes régions Limousin et Aquitaine, les Rectorats respectifs et les Agences régionales de santé ont confié aux Observatoires régionaux de santé la mise en place de recueils d'information (anonyme) et leurs exploitations.

Ainsi, les taux de couverture vaccinale enregistrés pour l'année scolaire 2014/2015 sont inférieurs à l'objectif de 95 % pour le DTP (5 doses) sur l'ensemble des départements des deux anciennes régions et les taux de couverture du ROR (2 doses) inférieurs à 90 % pour 1 département (le Lot-et-Garonne : 88 %).

**Figure 90. Taux de couverture vaccinale des élèves scolarisés dans un établissement public en classe de 6<sup>ème</sup> par département de l'ex-Aquitaine et l'ex-Limousin (2014-2015) (%)**

Département	DTP* (5 doses)	Coqueluche (5 doses)	Hib (3 doses)	Hépatite B (3 doses)	Pneumocoque (3 doses)	ROR (2 doses)	Papillomavirus (1 dose - filles uniquement)
Corrèze	94,5	67,5	74,1	32,5	10,2	90,1	1,2
Creuse	92,9	66,0	69,0	31,0	12,4	92,3	3,4
Dordogne	92,9	nd	nd	nd	nd	90,1	nd
Gironde	91,1	nd	nd	nd	nd	93,1	nd
Landes	90,6	nd	nd	nd	nd	93,5	nd
Lot-et-Garonne	92,8	nd	nd	nd	nd	87,9	nd
Pyrénées-Atlantiques	94,0	nd	nd	nd	nd	94,9	nd
Haute-Vienne	91,6	56,0	63,5	54,6	10,8	91,5	4,3

nd : Non disponible Source : ORS Aquitaine, ORS Limousin

\*En Aquitaine lors du recueil, l'infirmier de l'Education Nationale indique « à jour » si l'élève a reçu 5 ou 6 doses pour le DTP (3 doses et 1 rappel avant 18 mois, 1 rappel à 6 ans et 1 rappel entre 11 et 13 ans) en fonction de l'âge de l'élève (le résultat présenté correspond aux modalités « à jour » et « rappel 11/13 ans recommandé »)

#### 4.4.2.4. A 17 ans

Entre juin 2010 et mai 2011, une étude a été menée auprès de plus de 1 800 jeunes âgés de 17 ans de l'ex-région Poitou-Charentes effectuant leur journée défense et citoyenneté (JDC). L'enquête de couverture vaccinale a été réalisée à partir des informations collectées lors de la JDC à partir des carnets de santé, carnets de vaccination ou tout autre document attestant des vaccinations réalisées. Les couvertures vaccinales pour les vaccins DTP et ROR étaient respectivement de 88,3 % et 84,8 %. Celle contre la coqueluche était de 73,5 %, celle du Hib était de 61,1 % tandis que celle du VHB était seulement de 42 %. Quant au papillomavirus pour les filles, elle était de 47,3 %. A peine plus d'un jeune de 17 ans sur deux était à jour d'au moins cinq des six vaccins considérés et moins d'un sur cinq de tous.

**Figure 91. Taux de couverture vaccinale à 17 ans par département de l'ex-Poitou-Charentes en 2010-2011 (%)**

Département	DTP (6 doses)	Coqueluche (5 doses)	Hib (4 doses)	Hépatite B (3 doses)	ROR (2 doses)
Charente	90,4	72,8	55,2	42,5	90,1
Charente-Maritime	83,9	69,8	60,9	44,4	81,1
Deux-Sèvres	87,3	72,3	64,3	38,0	84,0
Vienne	92,1	79,1	62,9	42,0	84,7

Source : ORS Poitou-Charentes

En ex-Aquitaine, dans le cadre de l'expérimentation du carnet de vaccination électronique, la Cellule d'intervention en région Nouvelle-Aquitaine (CIRE) de Santé publique France a conduit en 2013 une évaluation de la couverture vaccinale des jeunes de 16-18 ans participant aux JDC. Les principaux résultats sur la couverture vaccinale des jeunes portaient sur des taux de couverture particulièrement élevés pour certains vaccins : ROR (1 dose : 97,3 %, 2 doses : 90,7 %), DTP (92,6 %),

ou dans une moindre mesure pour d'autres : Hib (89,9 %), coqueluche (82,3 %). Les taux de couverture relevés étaient en revanche faibles pour l'hépatite B (54,4 %) et le méningocoque de type C (36,8 %) mais plus élevés que les taux attendus, sans doute lié à un biais de sélection des jeunes inclus dans cette étude.

**Figure 92. Taux de couverture vaccinale des jeunes de 16 à 18 ans participant aux Journées défense et citoyenneté en 2013, par département de l'ex-Aquitaine (n=2 781) (%)**

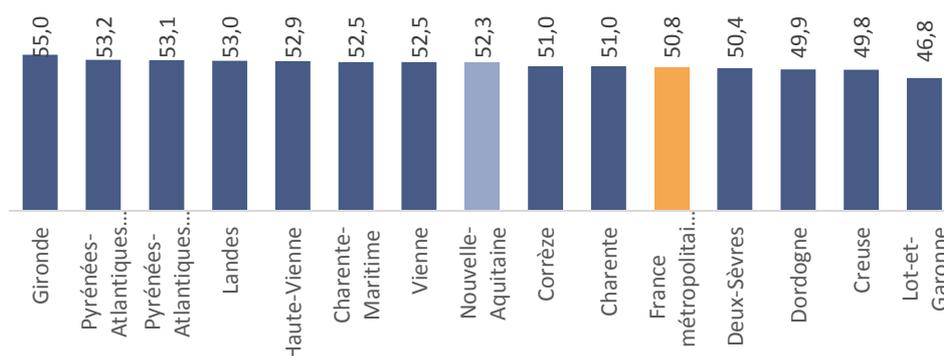
Département	DTP (6 doses)	Coqueluche (5 doses)	Hib (4 doses)	Hépatite B (3 doses)	Méningocoque C (1 dose)	ROR (2 doses)	Papillomavirus (3 doses- filles uniquement)
Dordogne	93,8	77,1	87,6	39,0	14,3	87,1	52,0
Gironde	93,3	84,9	89,5	57,7	30,3	92,1	50,4
Landes	91,4	85,1	92,3	52,2	52,2	89,8	42,3
Lot-et-Garonne	90,0	74,8	87,5	42,2	9,2	83,1	38,3
Pyrénées-Atlantiques	92,0	79,5	91,0	58,7	62,8	92,6	42,2

Source : Santé publique France, CIRE Nouvelle-Aquitaine

#### 4.4.3. La vaccination antigrippale

La stratégie de vaccination contre la grippe vise à réduire le risque de complications graves et de décès. Cette vaccination est ainsi recommandée depuis plusieurs années en Europe, en particulier en France, chez les personnes atteintes de maladies chroniques et les personnes âgées de 65 ans et plus. Alors que la loi de santé publique française a fixé en 2004 un objectif de couverture vaccinale de 75 %, la couverture régionale en Nouvelle-Aquitaine n'était que de 52 % chez les 65 ans et plus lors de la campagne de vaccination de l'hiver 2015-2016 (51 % en France métropolitaine) et aucun des départements n'a atteint le niveau visé (variant de 55 % en Gironde à 47 % en Lot-et-Garonne).

**Figure 93. Taux de couverture vaccinale antigrippale chez les 65 ans et plus par département de Nouvelle-Aquitaine (campagne 2015-2016) (%)**



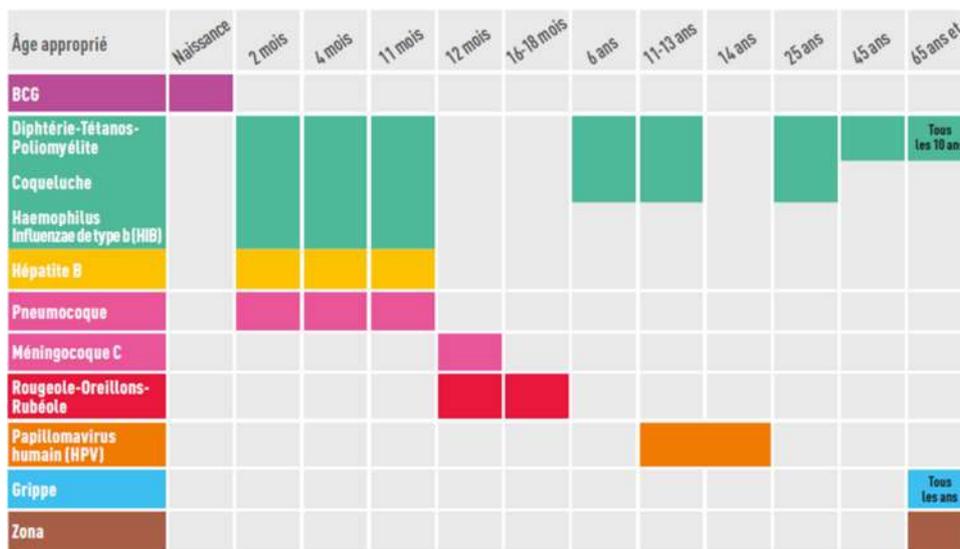
Source : DCIR / DSES-DIP et ESOPE pour la population invitée, Cnam-TS, traitement CIRE Nouvelle-Aquitaine, Réalisation : ORS Limousin

#### 4.4.4. Le carnet de vaccination électronique (CVE)

Le carnet de vaccination électronique (CVE) de MesVaccins.net est un outil d'information et d'aide à la décision partagé entre le citoyen et le professionnel de santé. Mis en place par le groupe d'études en préventologie (GEP) en 2011, ce carnet de vaccination individuel et dématérialisé s'appuie sur un système expert, mis à jour en temps réel, composé de bases de données structurées (textes de

référence, résumés des caractéristiques des produits, actualités sur les vaccinations) et d'algorithmes permettant d'obtenir des recommandations vaccinales en fonction des caractéristiques individuelles de la personne à vacciner (antécédents médicaux et familiaux, environnement, conditions de vie et de travail). Le CVE est accessible gratuitement pour les citoyens *via* l'espace public de MesVaccins.net et sous réserve d'un abonnement de 36 € par an pour les professionnels de santé *via* l'espace pro de ce site.

**Figure 94. 2016 Calendrier simplifié des vaccinations**



Source : Ministère des Affaires sociales et de la santé

## 4.5.Prévention et dépistage

La prévention consiste à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités. Sont classiquement distinguées la prévention primaire qui regroupe l'ensemble des moyens mis en œuvre pour empêcher l'apparition d'un trouble, d'une pathologie ou d'un symptôme (ex : vaccination), la prévention secondaire qui vise la détection précoce des maladies, dans le but de les découvrir à un stade où elles peuvent être traitées (dépistages), et la prévention tertiaire qui tend à éviter les complications dans les maladies déjà présentes et les risques de récurrence. Le champ de la prévention s'adresse à l'ensemble de la population et s'exerce dans tous les lieux de vie des individus (domicile, travail, école...), mais aussi à certains âges spécifiques, pour toucher un maximum de personnes. Élément contributif d'une politique de prévention active, le **dépistage**, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), consiste à identifier de manière présomptive, à l'aide de tests appliqués de façon systématique et standardisée, les sujets atteints d'une maladie ou d'une anomalie passée jusque-là inaperçue. Le dépistage peut être réalisé soit dans le cadre d'un programme organisé par les autorités de santé, soit de façon individuelle, directe ou sur prescription d'un médecin.

### 4.5.1. Dispositifs de prévention

Différents dispositifs de prévention existent suivant l'âge de la vie. Des bilans de santé sont ainsi réalisés chez les nouveau-nés dans le cadre de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) à trois niveaux d'âge différents (8<sup>ème</sup> jour, 9<sup>ème</sup> mois et 24<sup>ème</sup> mois de l'enfant). Des examens de santé sont aussi réalisés au cours de la vie scolaire notamment en Grande Section de Maternelle et en 6<sup>ème</sup>. Pour

les jeunes, des structures spécifiques peuvent être mises en place telles que les maisons des adolescents, les points d'accueil et d'écoute jeunes et les Services de Médecine Préventive Universitaire (SMPU). Enfin, à l'âge adulte, les centres d'examen de santé de l'assurance maladie proposent des bilans de santé réguliers à l'ensemble de la population ; les salariés suivent des consultations préventives auprès de la médecine du travail qui a pour mission d'éviter toute altération de la santé des salariés du fait de leur travail. Quels que soient les populations et l'âge des individus, les médecins, généralistes et spécialistes, jouent un rôle déterminant dans la prévention et sont des acteurs incontournables dans l'organisation et la diffusion des messages de prévention.

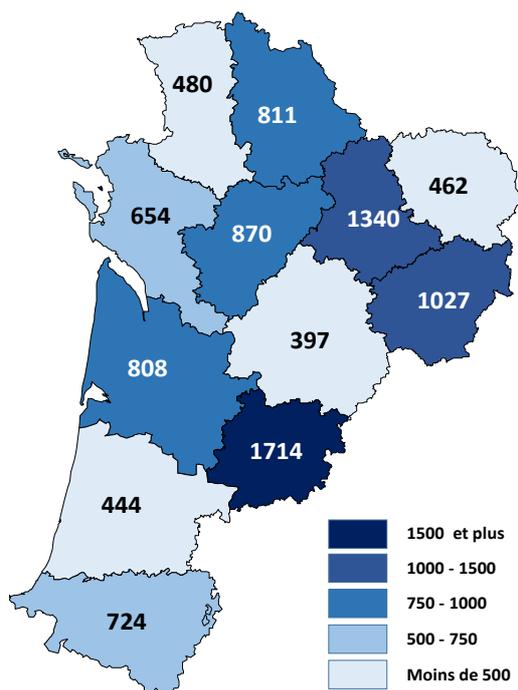
#### **4.5.2. Les Centres d'Examens de Santé (CES)**

Le Centre d'Examens de Santé est un lieu de prévention et de dépistage qui remplit diverses missions et notamment la mise en œuvre d'examens périodiques de santé, médicaux ou paramédicaux, financés par l'Assurance Maladie. Les CES proposent notamment des ateliers équilibre alimentaire, des consultations de tabacologie gratuites, ou encore des sessions d'éducation thérapeutique. Tous les assurés et ayants droit du régime général y ont accès, mais sont considérés comme prioritaires les bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) et de la CMU, les jeunes de 16/25 ans en stage de formation, les chômeurs, les personnes âgées de 60 à 75 ans, les personnes inactives ayant été exposées à l'amiante ou à la poussière de bois pendant leur vie professionnelle, les invalides, handicapés et bénéficiaires d'une rente...

#### **4.5.3. Une région relativement bien dotée en sages-femmes et puéricultrices de PMI**

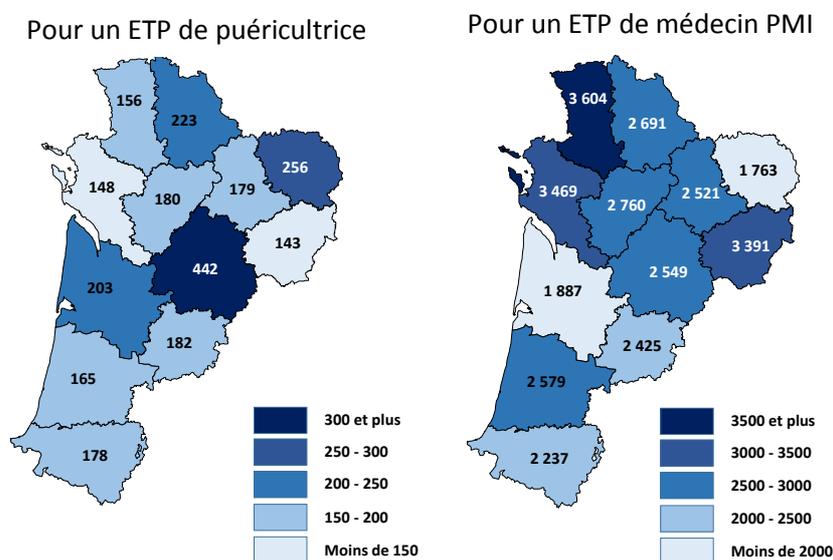
Avec 708 naissances pour un ETP de sage-femme et 187 enfants âgés de 0 à 5 ans pour un ETP de puéricultrice, la région semble bien dotée, mais au niveau infra-régional, on observe des différences importantes : écart de 1 à 4 entre la Dordogne et le Lot-et-Garonne concernant les sages-femmes et de 1 à 3 entre la Dordogne et la Creuse concernant les puéricultrices. Le nombre d'enfants de 0-5 ans pour un ETP de médecins PMI est deux fois plus élevé dans les Deux-Sèvres qu'en Creuse.

Figure 95. Nombre de naissances pour un ETP de sage-femme PMI en Nouvelle-Aquitaine



Source : Enquête PMI-DREES 2013 – Insee RP 2013, Réalisation : ORS Limousin

Figure 96. Nombre d'enfants de 0-5 ans en Nouvelle-Aquitaine



Source : Enquête PMI-DREES 2013 – Insee RP 2013, Réalisation : ORS Limousin

#### 4.5.4. Le personnel de l'Éducation nationale

La région compte 122 médecins scolaires et 741 infirmières scolaires pour plus de 850 000 élèves scolarisés dans le premier et le second degré. Les médecins scolaires interviennent dans les établissements publics et privés sous contrat. Selon le département, le nombre d'élèves par ETP de médecin scolaire varie fortement, allant de 6 712 dans la Vienne à 50 528 en Dordogne. Ce taux s'élève à 9 155 au niveau régional.

**Figure 97. Nombre d'élèves du 1er et 2nd degré du public et du privé\* par ETP de médecin scolaire en 2016-17 par département de Nouvelle-Aquitaine**

Département	Nombre d'élèves du 1 <sup>er</sup> et 2 <sup>nd</sup> degré	Nombre d'élèves pour un ETP de médecin scolaire
Charente	57 090	11 418
Charente-Maritime	103 225	8 602
Corrèze*	33 618	16 809
Creuse*	15 981	7 991
Dordogne	60 634	50 528
Gironde**	254 379	11 108
Landes	66 345	10 701
Lot-et-Garonne	54 213	12 321
Pyrénées-Atlantiques	111 758	7 551
Deux-Sèvres	66 345	12 518
Vienne	76 512	6 712
Haute-Vienne*	55 819	9 303

\* Effectifs des établissements publics uniquement en Limousin

\*\* sans la ville de Bordeaux pour le 1er degré

Source : Inspections Académiques

Réalisation : ORS Limousin

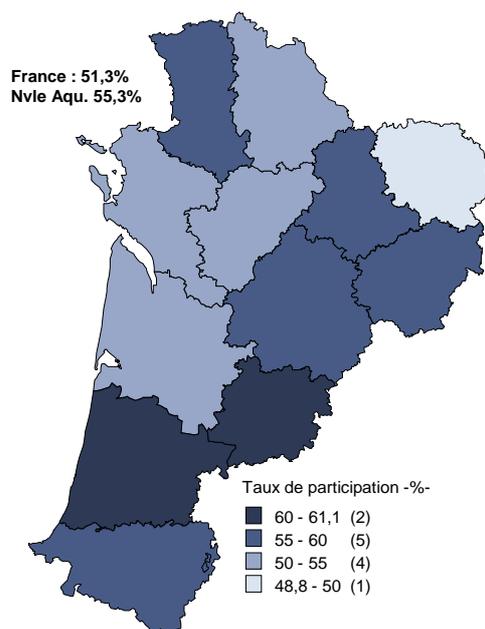
#### 4.5.5. Le dépistage organisé (DO) du cancer en Nouvelle-Aquitaine

Les programmes nationaux de dépistage organisé sont placés sous l'autorité du ministère en charge de la Santé, et pilotés par la Direction générale de la santé, en collaboration avec l'Institut national du cancer qui est, notamment, en charge du suivi et de l'expertise. Les structures de gestion coordonnent ces programmes au niveau départemental ou interdépartemental. Le dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans a été généralisé en France en 2004 ; celui du cancer colorectal, pour les personnes de 50 à 74 ans, l'a été sur l'ensemble du territoire en 2009.

#### 4.5.6. Cancer du sein : plus d'une femme sur deux dépistée dans le cadre du DO

En 2015, au niveau national, plus de 2,5 millions de femmes ont participé au DO du cancer du sein, soit un taux de participation de la population-cible de 51,3 %. A ce taux de participation s'ajoute un taux estimé entre 10 et 15 % de femmes de 50 à 74 ans se faisant dépister dans le cadre d'une démarche de détection individuelle. Pour rappel, l'objectif européen est de 70 %. En Nouvelle-Aquitaine, 268 437 femmes ont été dépistées en 2015 : le taux de participation est meilleur dans la région (55 %) mais avec des disparités infra-régionales : la Creuse est en deçà (49 %), les Landes et le Lot-et-Garonne sont au-dessus (respectivement 60 % et 61 % de participation).

**Figure 98. Taux standardisés de participation au DO du cancer du sein en 2014-2015 (moyenne) en Nouvelle-Aquitaine**



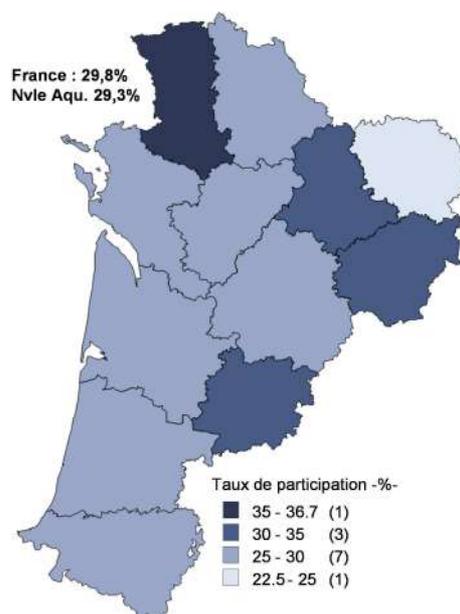
Source : InVS – 2016 ;

Réalisation : ORS Limousin

#### 4.5.7. Cancer colorectal : moins d'un tiers des personnes ciblées par le DO ont été dépistées

Sur la période 2013-2014, en France, 16 millions de personnes âgées de 50 à 74 ans ont été invitées à se faire dépister pour le cancer colorectal et près de cinq millions d'entre elles ont réalisé le test, soit un taux de participation de 30 %, taux identique en Nouvelle-Aquitaine (29 %). Selon les départements des écarts sont également observés : la Creuse avec un taux faible 22 %, les Deux-Sèvres avec un taux plus élevé 37 %.

*Figure 99. Taux standardisés de participation au DO du cancer colorectal en 2013-2014 (moyenne) en Nouvelle-Aquitaine*



Source : InVS – 2016 ;

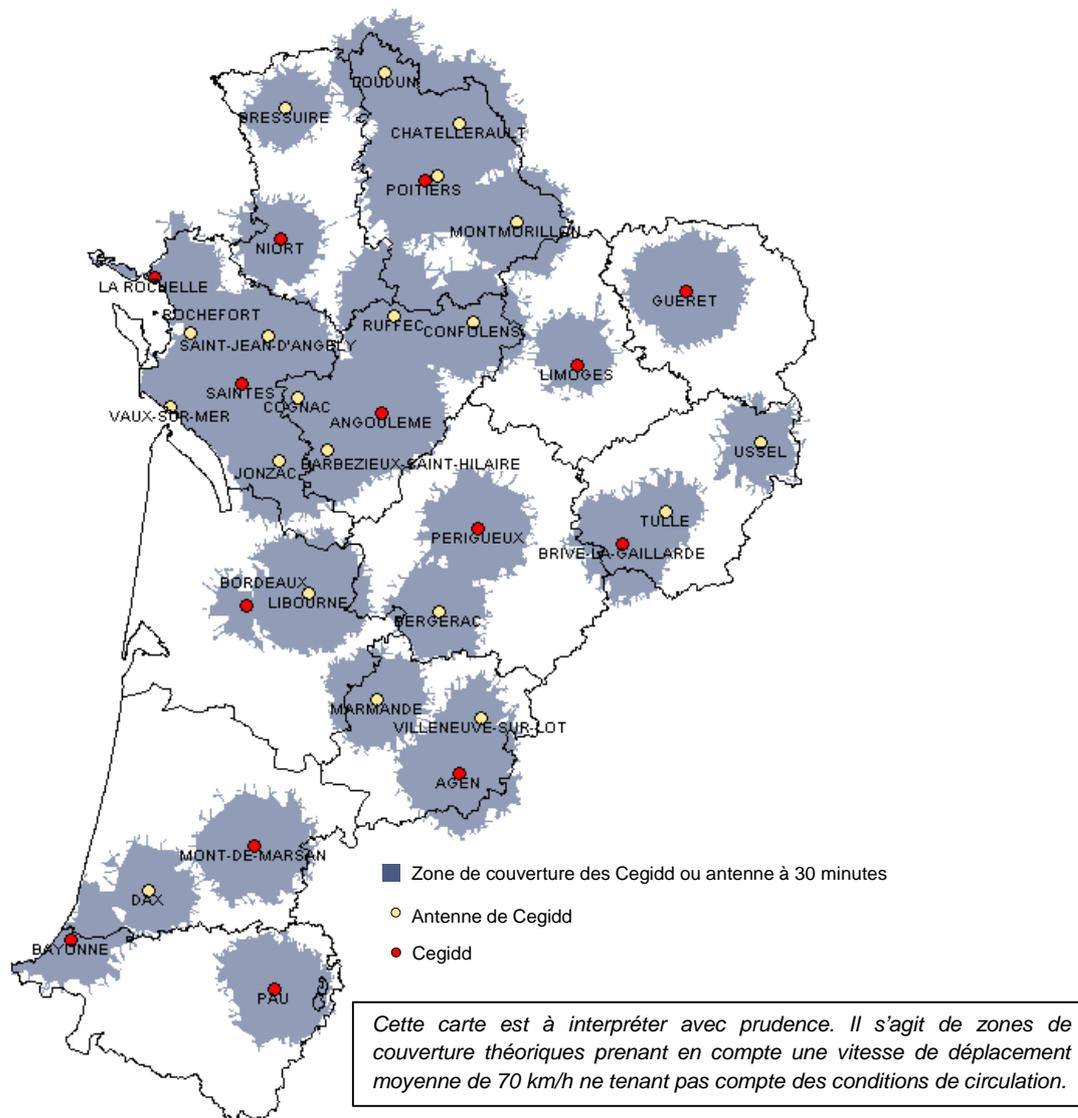
Réalisation : ORS Limousin

#### 4.5.8. Les Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD)

Le dispositif du dépistage du VIH/Sida est fondé sur des principes spécifiques de volontariat et de responsabilisation individuelle. Toutes les politiques de prévention et les campagnes de promotion de la santé ont été articulées autour de ces principes. En 1988, les Consultations de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) ont été conçues pour être un des instruments de référence dans le dispositif de dépistage. Leurs missions se sont élargies, en 2000, dans le cadre de la lutte contre les maladies transmissibles, et notamment des Hépatites B et C. Puis dans un souci de recentralisation de la compétence de lutte contre les IST, ont été créés les Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST), en 2004. Au 1<sup>er</sup> janvier 2016, ces deux dispositifs ont fusionné pour donner une nouvelle entité : les Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD). Reprenant les missions des CDAG et CIDDIST, en les inscrivant dans une perspective de promotion de la santé sexuelle globale, l'ambition est d'améliorer la visibilité et l'accessibilité du dispositif à la population, dans le but de réduire le retard au dépistage du VIH, des hépatites virales et des IST, et d'atteindre les populations les plus exposées.

**Missions des CeGIDD :** Dépistage gratuit du VIH, des hépatites virales et IST et prise en charge de l'utilisateur, hors prise en charge spécifique ou orientation vers une consultation adaptée. Vaccination contre les hépatites A et B et contre les papillomavirus humains, réalisation d'activités en direction de publics cibles pour l'information, la prévention et le dépistage. Prise en charge et suivi médical des accidents d'exposition au VIH ou à l'hépatite B ou C. Prescription et si besoin délivrance d'urgence de contraception, orientation des demandes d'interruption volontaire de grossesse, consultations psychologiques et/ou sociales, distribution de matériel de prévention.

Figure 100. Les CeGIDD en Nouvelle-Aquitaine : localisation et zone de couverture à 30 mn



Source : InVS – 2016, Réalisation : ORS Limousin

## 4.6. Les infections sexuellement transmissibles

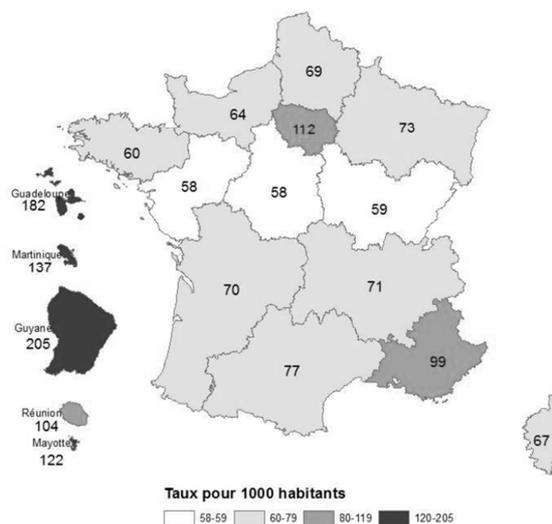
### 4.6.1. Le VIH/Sida : une proportion de tests positifs stables et inférieurs au niveau national

En 2015, 412 513 sérologies VIH<sup>59</sup> ont été réalisées en région Nouvelle-Aquitaine, soit un nombre de 70 pour 1 000 habitants. La région figure parmi les régions avec un taux de dépistage intermédiaire. Ce nombre est relativement stable sur les cinq dernières années et est inférieur à la moyenne

<sup>59</sup> Le terme **VIH** désigne le Virus de l'Immunodéficience Humaine. Lorsqu'une personne est infectée par ce virus, celui-ci va détruire progressivement certaines cellules qui coordonnent l'immunité. Au fil du temps, ces cellules deviennent de moins en moins nombreuses et l'immunité est de moins en moins efficace. Des maladies de plus en plus graves peuvent alors se développer. Certaines maladies sont appelées "maladies opportunistes" parce qu'elles profitent de la diminution de l'immunité pour se développer. Lorsqu'une personne a une ou plusieurs maladies de ce type, dont la liste est fixée par une classification spécifique, on dit qu'elle a le sida (Syndrome d'Immuno Déficience Acquise).

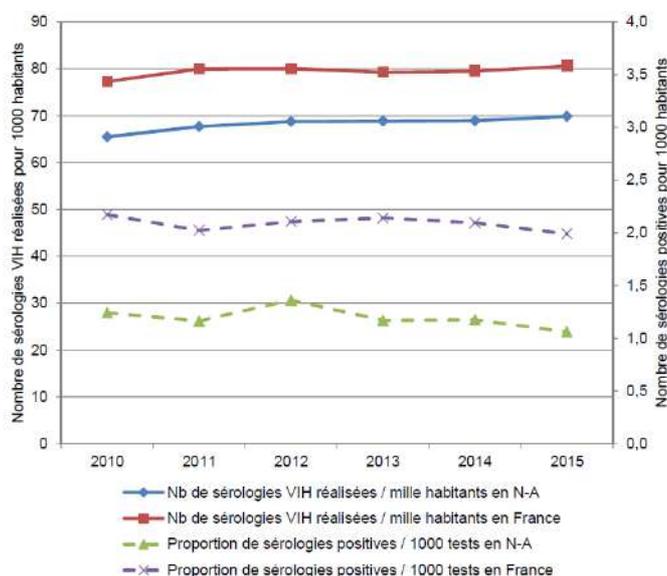
nationale (81 sérologies pour 1 000 habitants). De même, la proportion de sérologies VIH positives est stable et inférieure au niveau national (1,1 pour 1 000 tests en Nouvelle-Aquitaine contre 2 en France).

**Figure 101. Taux de dépistage du VIH pour 1 000 habitants par région en 2015**



Source : LaboVIH, Santé Publique France

**Figure 102. Évolution du nombre de sérologies réalisées pour 1 000 habitants et du nombre de sérologies positives pour 1 000 tests (2010-2015)**



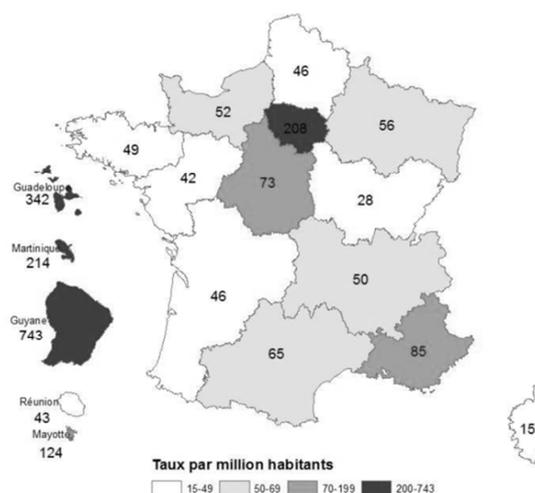
Source : LaboVIH, Santé Publique France

#### 4.6.2. Un taux annuel de découvertes de séropositivité VIH stable et comparable au niveau national

En 2015, le nombre corrigé<sup>60</sup> de découvertes de séropositivité au VIH par million d'habitants résidant en Nouvelle-Aquitaine, s'élève à 46 (intervalle de confiance compris entre 26 et 65), soit un taux comparable au taux pour la France métropolitaine hors Ile-de-France.

Dans 72 % des cas, il s'agit d'hommes. L'âge médian observé est situé à 38 ans et 63 % ont entre 25 et 49 ans. Le mode de contamination est sexuel dans 94 % des cas (rapports sexuels entre hommes pour 55 % et rapports hétérosexuels pour 39 %). Le diagnostic est tardif<sup>61</sup> dans 21 % des cas et précoce dans 21 % des cas.

**Figure 103. Taux de découverte de séropositivité VIH par million d'habitants en 2015 par région en France (données corrigées)**

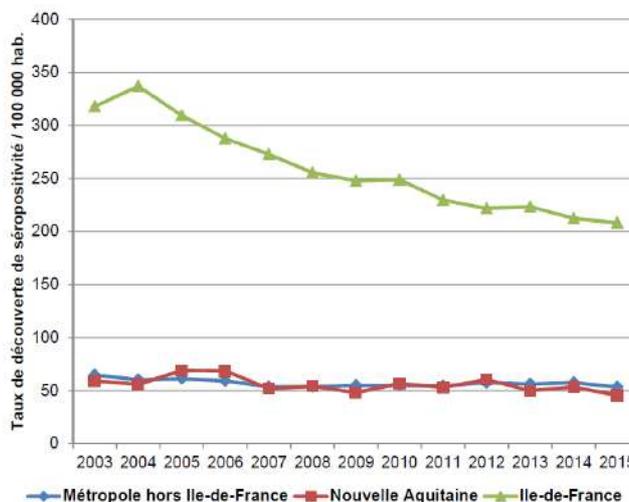


Source : données DO VIH, Santé Publique France

<sup>60</sup> Délais de déclaration, sous-déclaration et valeurs manquantes

<sup>61</sup> Diagnostic précoce : cd4>500/mm<sup>3</sup> ou PIV au diagnostic, Diagnostic tardif : cd4<200/mm<sup>3</sup> ou Sida au diagnostic

**Figure 104. Evolution du taux annuel de découverte de séropositivité VIH 2003 à 2015 (données corrigées)**



Source : données DO VIH, BVS n°6, CIRE Nouvelle-Aquitaine

#### 4.6.3. Un nombre de cas de Sida peu précisément estimé

En Nouvelle-Aquitaine, en 2015, le nombre corrigé<sup>62</sup> de nouveaux cas de Sida est compris entre 45 et 112, pour un taux comparable à ce qui est observé en France métropolitaine hors Ile-de-France. Ce sont majoritairement des hommes (68 %) et 65 % sont nés à l'étranger. La moitié des nouveaux cas notifiés a été contaminée par rapports sexuels hétérosexuels, un quart par rapports sexuels entre hommes et un sur cinq par l'usage de drogues injectables ce qui est en nette augmentation par rapport à 2014 (+ 111 %).

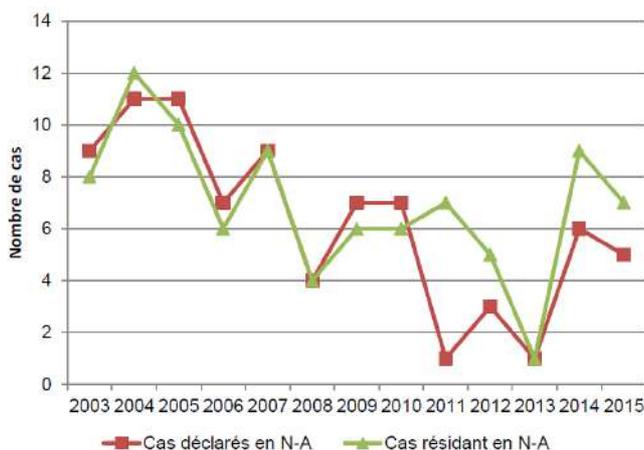
#### 4.6.4. Les hépatites B<sup>63</sup> : un nombre de déclarations d'hépatite B aigüe stable dans la région

Sept cas d'hépatite B aigüe concernant les habitants de Nouvelle-Aquitaine ont été déclarés en 2015. Ce nombre est stable en moyenne annuelle sur la période 2003-2015 (7 cas en moyenne par an). La majorité des cas sont des hommes (sex ratio hommes/femmes égal à 2,5).

<sup>62</sup> Prise en compte des délais de déclaration et de la sous-déclaration

<sup>63</sup> L'hépatite B est une infection hépatique potentiellement mortelle causée par le VHB. Elle peut prendre une forme chronique et exposer les malades à un risque important de décès par cirrhose et cancer hépatique. Il s'agit d'une des hépatites dites virales. Ce virus est essentiellement présent dans le sang, le sperme et dans les sécrétions vaginales d'une personne infectée. La période d'incubation de l'hépatite B est de 75 jours en moyenne, mais peut varier de 30 à 180 jours. Le virus est détectable 30 à 60 jours après l'infection et peut persister dans l'organisme pour donner une hépatite B chronique. À l'âge adulte, l'infection débouche sur une hépatite chronique dans moins de 5% des cas. À ce stade, le foie se dégrade graduellement et cela peut conduire à une cirrhose du foie et un cancer du foie.

**Figure 105. Nombre de cas d'hépatite B aigüe déclarés par année en Nouvelle-Aquitaine (2003-2015)**

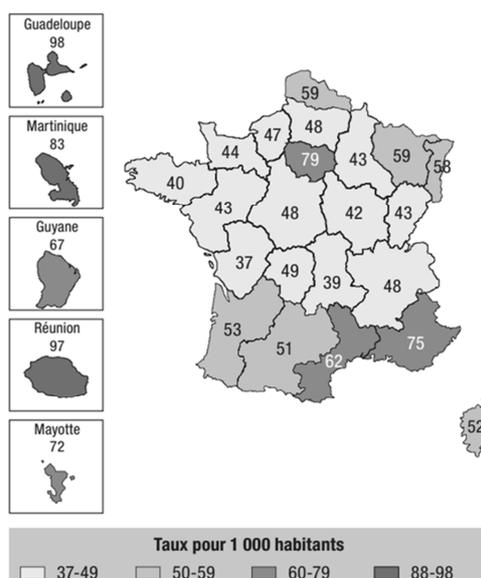


Source : DO - BVS n°7 – CIRE Nouvelle-Aquitaine

#### 4.6.5. Des taux de tests AgHBs confirmés positifs inférieurs au niveau national

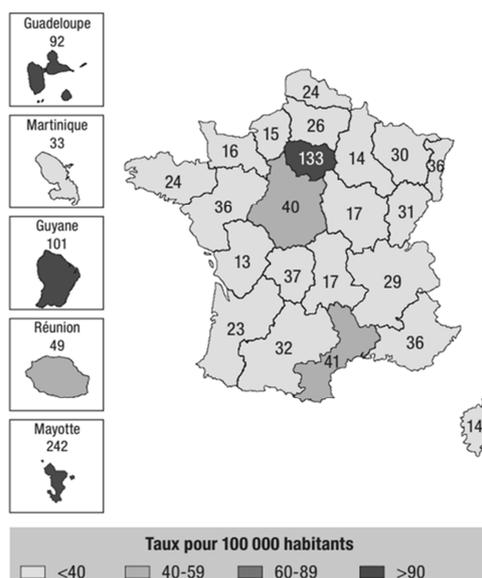
En 2013, environ 3,8 millions de tests ont été réalisés en France, soit un taux de 58 tests pour 1 000 habitants. En Nouvelle-Aquitaine, l'activité de dépistage la moins importante est observée dans l'ex-Poitou-Charentes (37 pour 1 000 habitants) et la plus élevée en ex-Aquitaine (53 pour 1 000 habitants). En 2013, le taux de tests confirmés positifs est estimé en France à 49 pour 100 000 habitants. Ce taux est plus important qu'en Nouvelle-Aquitaine : 37 pour 100 000 habitants dans l'ex-Limousin, 23 pour 100 000 en ex-Aquitaine et 13 pour 100 000 habitants en ex-Poitou-Charentes. Dans 52 % des cas, il s'agit d'hommes dont l'âge moyen est de 43 ans, contre 41 ans pour les femmes. Les classes d'âge les plus représentées sont 30-39 ans (28 %) et 40-49 ans (24 %) pour les hommes contre 20-29 ans (22 %) et 30-39 ans (30 %) pour les femmes.

**Figure 106. Activité de dépistage AgHBs pour 1 000 habitants en 2013 en France**



Source : Enquête LabaoHep, Santé Publique France

**Figure 107. Nombre de tests AgHBs confirmés positifs pour 100 000 habitants en 2013 par région en France**



Source : Enquête LabaoHep, Santé Publique France

#### 4.6.6. Les hépatites C<sup>64</sup> : des taux de tests Ac anti-VHC confirmés positifs inférieurs au niveau national

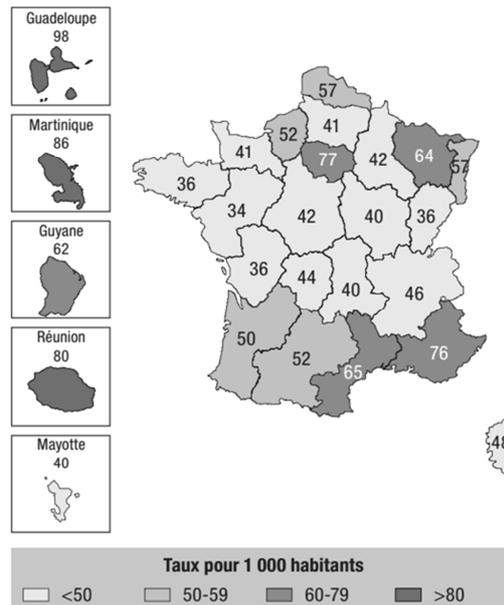
En 2013, environ 3,6 millions de tests Ac anti-VHC ont été réalisés en France, soit 55 tests pour 1 000 habitants. Ce taux est de 50 dans l'ex-Aquitaine, contre 44 dans l'ex-Limousin et 36 dans l'ex-Poitou-Charentes.

En France, en 2013, le taux de tests anti-VHC positifs est estimé à 49 pour 100 000 habitants, soit un taux plus élevé qu'en ex-Limousin (39 pour 100 000 habitants), qu'en ex-Aquitaine (34 pour 100 000 habitants), et qu'en ex-Poitou-Charentes (16 pour 100 000 habitants).

Les hommes représentent 63 % des personnes confirmées anti-VHC positives pour la première fois. Les classes d'âge les plus représentées sont les 40-49 ans (31 %) et les 50-59 ans (24 %) pour les hommes, et les 60-69 ans (23 %) et 40-49 ans (19 %) pour les femmes.

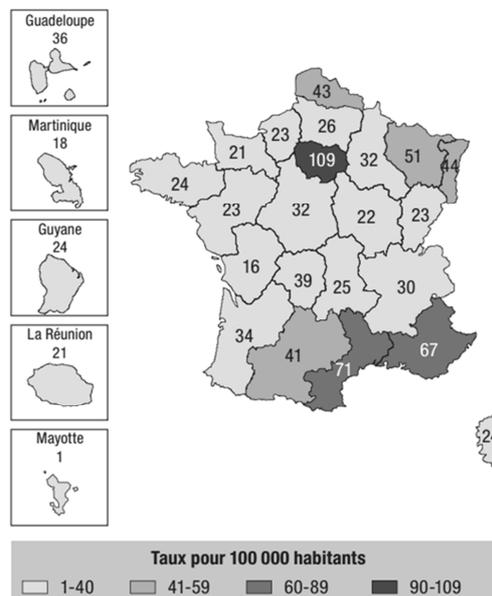
<sup>64</sup>Le virus de l'hépatite C (VHC) est responsable à la fois de l'infection aiguë et de l'infection chronique. La forme aiguë de la maladie est généralement asymptomatique, et n'est que très rarement associée à une maladie engageant le pronostic vital. Environ 15 à 45% des personnes infectées se débarrassent spontanément du virus dans les 6 mois qui suivent l'infection sans aucun traitement. Pour les autres, soit 55 à 85% des personnes infectées, l'infection évoluera vers la forme chronique de la maladie. Parmi celles-ci, le risque de cirrhose du foie est de 15 à 30 % sur une durée de 20 ans. Le virus de l'hépatite C est transmis par le sang. Les modes de transmission les plus fréquents sont liés au partage de matériel d'injection, à la transfusion de sang et de produits sanguins, aux rapports sexuels.

**Figure 108. Activité de dépistage Ac anti-VHC pour 1 000 habitants en 2013 par région en France**



Source : Enquête LabaoHep, Santé Publique France

**Figure 109. Nombre de tests Ac anti-VHC confirmés positifs pour 100 000 habitants en 2013 par région en France**



Source : Enquête LabaoHep, Santé Publique France

#### 4.6.7. La syphilis : une baisse récente des déclarations en contraste avec le niveau national

En Nouvelle-Aquitaine, 118 cas de syphilis<sup>65</sup> récentes ont été rapportés en 2015 par les 17 sites ayant déclaré au moins un cas depuis 2013. La Creuse et la Dordogne ne comptent pas de site déclarant. Les 106 cas rapportés en 2015 par les 13 sites à participation constante<sup>66</sup> mettent en évidence une baisse par rapport à 2014 (117 cas) après une hausse observée depuis 2012 (78 cas en 2012, et 92 cas en 2013). Dans le même temps, une augmentation de 24 % est observée au niveau national. Cependant l'évolution observée au niveau régional est hétérogène et certains départements voient une hausse des déclarations (Charente, Charente-Maritime, Vienne, Pyrénées-Atlantiques) tandis que d'autres voient leur nombre baisser (Gironde et Landes).

Dans 88 % des cas, il s'agit d'hommes mais il est observé une augmentation significative du nombre de cas de 12 % chez les femmes en 2015 par rapport à la période 2010-2014. L'âge médian est de 36 ans pour les hommes et 27 ans pour les femmes. 24 % ont entre 15 et 24 ans et 20 % entre 25 et 29 ans. Les trois quarts des personnes concernées sont homo/bisexuels tandis que la proportion d'hétérosexuels est en augmentation : 26 % en 2015 contre 17 % sur la période 2010-2014. La majorité des cas présente une sérologie VIH négative (81 %).

*Figure 110. Nombre de sites participant à RésIST (site ayant déclaré au moins 1 cas sur 2013-2015) par département de Nouvelle-Aquitaine*

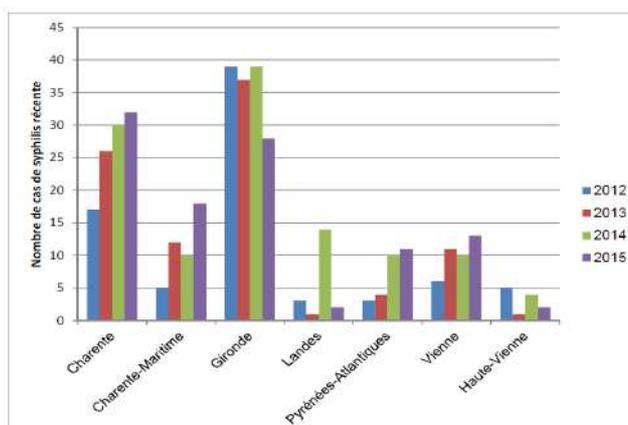
Département	Nb de sites
Charente	2
Charente-Maritime	2
Deux-Sèvres	1
Vienne	2
Haute-Vienne	1
Creuse	0
Corrèze	1
Gironde	3
Lot-et-Garonne	1
Landes	2
Dordogne	0
Pyrénées-Atlantique	2

Source : réseau RésIST, BVS n°6, CIRE Nouvelle-Aquitaine

<sup>65</sup> La syphilis est une infection bactérienne responsable de lésions de la peau et des muqueuses pouvant toucher de nombreux organes. La transmission de l'infection se fait par voie sexuelle (possibilité rare de transmission par voie sanguine ou au cours de la grossesse). Le germe responsable de la syphilis est une bactérie (*Treponema pallidum*) faisant partie de la famille des spirochètes.

<sup>66</sup> Pour analyser l'évolution, l'analyse des données est restreinte aux sites ayant participé de façon constante sur la période étudiée.

**Figure 111. Nombre de cas de syphilis récente déclarés pour les 13 sites à participation constante en 2012-2015**



Source : réseau RésIST, BVS n°6, CIRE Nouvelle-Aquitaine

#### 4.6.8. La gonococcie : une stabilisation du nombre de cas sur les deux dernières années

En 2015, 100 cas de gonococcies<sup>67</sup> ont été recensés dans les 8 sites déclarant des gonococcies à RésIST dont plus de la moitié par le centre gratuit d'information de dépistage et de diagnostic de Gironde (CeGIDD 33).

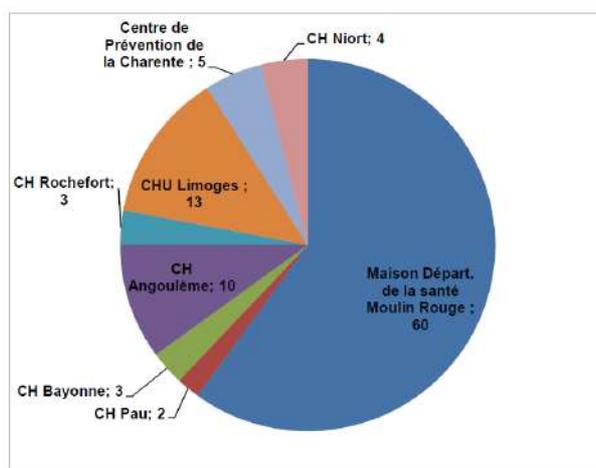
En se référant au nombre de cas recensés par les seuls 4 sites à participation constante<sup>68</sup> sur la période 2013-2015, ce nombre reste stable sur les deux dernières années : 89 cas en 2014 et 88 cas en 2015.

Les trois quarts des cas recensés sont des hommes. Dans 53 % des cas, il s'agit d'hommes homo/bisexuels tandis que 25 % sont des hommes hétérosexuels et 23 % des femmes hétérosexuelles. L'âge médian varie de 22 ans pour les femmes hétérosexuelles à 25 ans pour les hommes homo/bisexuels. Le motif de consultation le plus fréquent est la présence de signes d'IST (71 %), devant un dépistage (26 %). 1 % des cas découverts ont un statut sérologique VIH positif et connu par la personne.

<sup>67</sup> La **gonococcie** (gonorrhée ou blennorragie) est causée par une bactérie appelée *Neisseria gonorrhoeae* ou « gonocoque ». C'est une infection des organes génito-urinaires qui se transmet dans le cadre de relations sexuelles par contacts buccogénitaux, vaginaux et anaux. Cette infection est bénigne si elle fait l'objet d'une prise en charge précoce, mais peut être à l'origine de différentes complications si elle n'est pas traitée.

<sup>68</sup> Pour analyser l'évolution, l'analyse des données est restreinte aux sites ayant participé de façon constante sur la période étudiée.

**Figure 112. Nombre de gonococcies déclarées par les sites participant à RésIST en 2015 en Nouvelle-Aquitaine**



Source : réseau RésIST, BVS n°6, CIRE Nouvelle-Aquitaine

#### 4.6.9. Les infections à papillomavirus (HPV)

Le papillomavirus est responsable de l'infection sexuellement transmissible d'origine virale la plus fréquente. La majorité des hommes et des femmes sexuellement actifs rencontrent au moins une fois un papillomavirus au cours de leur vie. En général les infections sont asymptomatiques et transitoires. Parfois cependant, elles peuvent occasionner des lésions bénignes (condylomes ou lésions de bas grade) qui régressent spontanément, ou pour une faible proportion (environ 10 %) être à l'origine de lésions précancéreuses qui peuvent soit régresser spontanément, soit évoluer en plusieurs décennies vers un cancer invasif. Une centaine de génotypes de papillomavirus (HPV) existent et une quinzaine d'entre eux, dits « à haut risque oncogène », sont associés à des cancers, qui interviennent suite à des infections persistantes (cancers de l'utérus, du vagin, de la vulve, du pénis, du canal anal, et de certains organes de la sphère ORL).

Le frottis cervico-utérin permet la détection des lésions précancéreuses avant leur transformation en cancer invasif et leur traitement avant la cancérisation. La vaccination est efficace contre l'infection par les génotypes impliqués dans 70 % des cancers du col de l'utérus (HPV16 et 18). En France, une étude épidémiologique parue en 2009 a même estimé que 82 % des cancers invasifs du cancer du col de l'utérus étaient associés aux HPV 16 et 18.

Les données disponibles sur la couverture vaccinale par le vaccin HPV chez les jeunes filles, sont estimées à partir de l'enquête menée auprès de l'Echantillon généraliste des bénéficiaires (EGB). Cet échantillon est représentatif des bénéficiaires des principaux régimes de l'assurance maladie. Les dernières données mises en ligne sur le site de Santé Publique France ont été actualisées en fin d'année 2015.

**Figure 113. Couverture vaccinale par le vaccin HPV chez les jeunes filles pour une et trois doses en France**

Année de naissance	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Couverture 1 dose à 15 ans	22,0	31,4	31,3	31,0	22,5	20,2	19,2	20,4
Couverture 3 doses à 16 ans	22,2	28,4	27,1	24,3	18,6	16,3	13,7	

Source : EGB, mise à jour au 31/12/2015 – Santé Publique France

En 2011, le cancer du col de l'utérus avait donné lieu à 1 575 hospitalisations dans la région Nouvelle-Aquitaine. Cette même année, les taux d'hospitalisation pour 1 000 femmes allaient de 0,28 en Dordogne à 0,46 dans la Vienne. En France ce taux était de 0,39.

**Figure 114. Taux standardisé de recours à l'hospitalisation pour cancer de l'utérus (pour 1 000 femmes) par département de Nouvelle-Aquitaine**

Département	Tx / 1000 femmes
Dordogne	0,28
Deux-Sèvres	0,34
Creuse	0,36
Corrèze	0,38
Lot-et-Garonne	0,4
Gironde	0,4
Charente-Maritime	0,41
Haute-Vienne	0,41
Landes	0,43
Pyrénées-Atlantiques	0,43
Charente	0,44
Vienne	0,46

Source : Score Santé - FNORS

En 2012, les taux d'admission en ALD Cancer de l'utérus ne diffèrent pas par rapport au niveau national quel que soit le département. Ils sont compris entre 27,1 admissions pour 100 000 femmes en Dordogne et 33,5 en Corrèze, sans que ces taux diffèrent significativement de ce qui est observé en France (31,2).

#### 4.7.Éducation thérapeutique du patient (ETP)

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (1998), l'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise à aider les patients à acquérir ou maintenir des compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur maladie chronique. Elle est définie comme l'aide apportée aux patients et/ou à leur entourage pour comprendre la maladie et les traitements, collaborer aux soins et prendre en charge leur état de santé, afin de conserver et/ou améliorer leur qualité de vie. L'ETP relève donc du champ de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé. En effet, c'est un processus par étapes, intégrés aux soins et mis en place par différents acteurs de santé. L'ETP renvoie à différents principes, dont trois apparaissent essentiels : l'éducation de tous les patients, l'approche centrée sur la personne, et le respect de la personne.

La Haute Autorité de Santé (HAS) a contribué à clarifier la notion d'ETP en 2007, mais c'est la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire (HPST) de 2009 qui lui a donné sa reconnaissance officielle (article 84 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 donnant définition de l'éducation thérapeutique qui s'inscrit dans le parcours de soins du patient (Art. L 1161-1)). Les récents décrets de 2013 et 2015 viennent compléter le décret de 2010 (Décret n° 2010-904 du 2 août 2010) et définissent de manière plus détaillée la nécessité d'équipes pluridisciplinaires formées à cette pratique ainsi que les affections concernées par la démarche d'ETP. Ces pathologies sont fréquemment des affections de longue durée (ALD), classées ALD 30, exonérant du ticket modérateur.

Les programmes d'ETP sont autorisés par le Directeur de l'ARS. Les autorisations sont valables pour 4 ans et peuvent être renouvelées pour une durée identique sur demande du titulaire de l'autorisation.

## Le cahier des charges d'un programme d'ETP

Le cahier des charges annexé à l'arrêté du 2 août 2010, modifié par celui du 14 janvier 2015, définit les principaux éléments relatifs aux programmes :

- Mise en œuvre par une équipe pluridisciplinaire comportant au moins un médecin; Désormais tous les intervenants ainsi que le coordonnateur, doivent être formés à hauteur de 40 heures ;
- Définition d'objectifs et formalisation de la prise en charge pour la population ciblée (procédure-dossier-évaluation de l'atteinte des objectifs avec le patient) ;
- Coordination entre les intervenants et le médecin traitant ;
- Respect de règles concernant le consentement du patient, la confidentialité et la déontologie ;
- Evaluation du programme.

Le cahier des charges prévoit une auto-évaluation annuelle et une évaluation quadriennale portant sur l'activité globale, le processus et les résultats.

L'ARS Nouvelle-Aquitaine a publié en janvier 2016 un document faisant état des exigences pour la nouvelle région dans le domaine des compétences requises en ETP pour un coordonnateur intervenant ou non auprès des patients et pour l'ensemble des intervenants. Les recommandations reposent sur différents cas de figure selon que le coordonnateur dispose déjà ou non d'une formation (diplôme universitaire ou master ou formation de base) et selon qu'il soit déjà coordonnateur ou non d'un programme depuis au moins 2 ans.

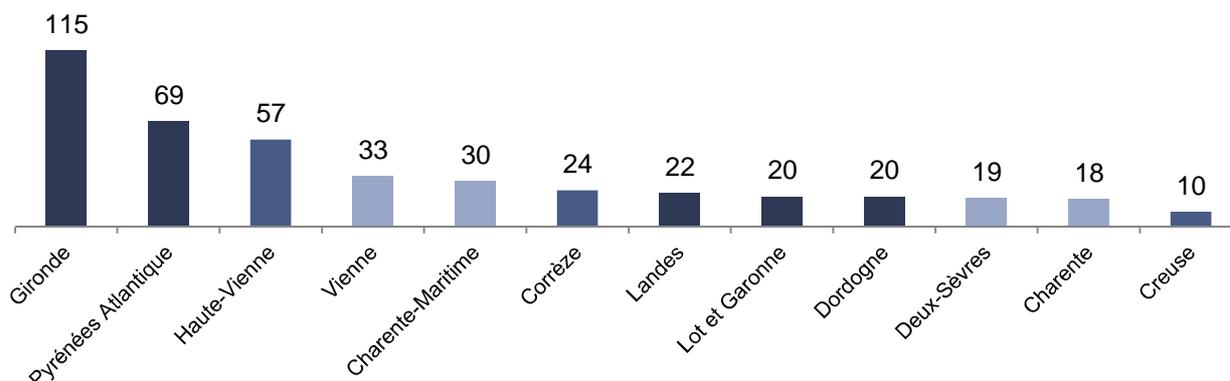
### 4.7.1. Les programmes d'ETP autorisés en Nouvelle-Aquitaine

#### 4.7.1.1. 449 programmes autorisés au 1er janvier 2017

Recensés au 1<sup>er</sup> janvier 2017, 449 programmes d'ETP sont autorisés dans la région Nouvelle-Aquitaine : 96 programmes en ex-Limousin, 253 dans l'ex-Aquitaine et 100 dans l'ex-Poitou-Charentes. Plusieurs de ces programmes couvrent plusieurs départements, voire la totalité de l'ex-région. Ce nombre de programmes d'ETP évolue très régulièrement au gré des autorisations, renouvellements et fins de programmes. Les 2 départements les plus peuplés de la région Nouvelle-Aquitaine (Gironde et Pyrénées-Atlantiques), ainsi que la Haute-Vienne, département le plus peuplé de l'ex-Limousin, mobilisent à eux seuls plus de la moitié des programmes (54 %) alors que ces 3 départements ne représentent que 44 % de la population régionale. Ce déséquilibre semble lié au fait que beaucoup de programmes sont portés par des établissements de santé et que ceux-ci sont souvent moins nombreux et de plus petite taille dans les départements plus faiblement peuplés.

Même si le rapport, à l'échelle des départements, entre le nombre de programmes ETP et le nombre d'habitants est à interpréter avec précaution (du fait du nombre variable de personnes intégrées aux programmes et de leurs différences de couverture territoriale), cet indicateur peut venir nuancer le constat énoncé précédemment. Ainsi, en tenant compte de ce ratio, les 3 départements de l'ex-Limousin seraient, avec les Pyrénées-Atlantiques, les mieux pourvus en programmes ETP (entre 8 et 15 programmes pour 100 000 habitants), tandis que les Deux-Sèvres, la Dordogne, les Landes, la Charente-Maritime et la Charente seraient les moins bien lotis (moins de 6 programmes pour 100 000 hab.).

**Figure 115. Nombre de programmes d'ETP autorisés dans les départements de Nouvelle-Aquitaine au 1/01/2017**



Source : ARS Nouvelle-Aquitaine, Réalisation : ORS Poitou-Charentes

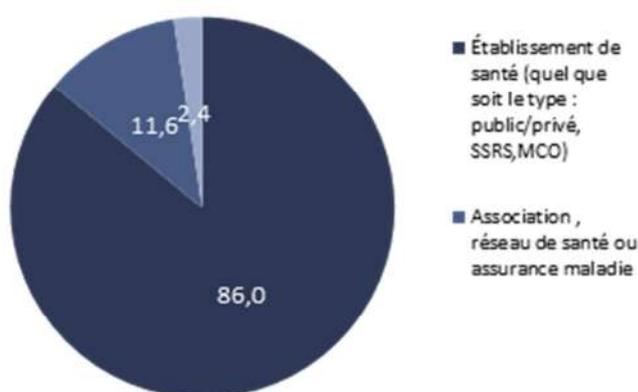
Nb : Lorsqu'un programme couvre plusieurs départements, ce dernier n'a pas été comptabilisé. Il y a 5 programmes interdépartementaux en ex-Limousin et 7 en ex-Aquitaine.

#### 4.7.1.2. Près de 9 porteurs de programmes d'ETP sur 10 sont des établissements de santé

Quatre-vingt-six pourcents des promoteurs de programmes d'ETP autorisés en Nouvelle-Aquitaine sont des établissements de santé publics ou privés (centre hospitalier ou clinique, établissement de soins de suite et réadaptation, centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle principalement). Les associations ou réseaux de santé, les organismes de sécurité sociale (régime général et agricole) et les centres d'examen de santé représentent 11,6 % des porteurs. Enfin, les maisons de santé pluridisciplinaires et pôles de santé sont très faiblement représentés et constituent 2,4 % des porteurs de programmes d'ETP.

Le développement d'une offre d'ETP de proximité, notamment au niveau du premier recours, est l'un des objectifs du schéma de prévention de l'ARS ex-Aquitaine.

**Figure 116. Répartition des programmes d'ETP autorisés en Nouvelle-Aquitaine selon le type de porteur au 01/01/2017 (en %)**



Source : ARS Nouvelle-Aquitaine, Réalisation : ORS Poitou-Charentes

#### 4.7.1.3. Les pathologies couvertes par les programmes d'ETP

Les pathologies concernées par les programmes d'ETP sont très diverses. Quel que soit le département, les maladies endocriniennes et tout particulièrement le diabète sont les pathologies qui mobilisent le plus de programmes d'ETP. Ainsi, 28,5 % des programmes ETP autorisés sur les départements de la région Nouvelle-Aquitaine concernent le diabète ou l'obésité. Viennent ensuite les maladies cardio-vasculaires avec près de 15 % des programmes ETP, et les maladies respiratoires (asthme, BPCO, insuffisance respiratoire) 9 %. Des programmes d'ETP sont proposés dans chacun des départements pour ces 3 groupes de pathologies : maladies endocriniennes, cardio-vasculaires et respiratoires. Les pathologies psychiatriques et les cancers représentent chacune près de 8 % des programmes ETP, les maladies neurologiques et neuro-dégénératives (MND) un peu moins de 7 % et l'insuffisance rénale chronique (IRC), dont la prise en charge nécessite une forte implication du patient, un peu moins de 6 %. Dans la catégorie « autres », ont notamment été regroupés des programmes d'ETP concernant les poly pathologies, les maladies sexuellement transmissibles et VIH, les maladies hépatiques, les maladies rares, la lutte contre la douleur, la prévention du vieillissement, et les maladies auto immunes.

**Figure 117. Programmes d'ETP autorisés dans les départements de Nouvelle-Aquitaine selon la ou les pathologie(s) concernée(s) au 01/01/2016**

	Maladies endocriniennes	Maladies cardiovasculaires	Maladies respiratoires	Maladies psychiatriques	Cancers	Maladies neurologiques	Insuffisance rénale chronique	Maladies rhumatologiques	Autres
Charente	6	2	2	2	1	1	1	1	2
Charente-Maritime	12	6	4	2	1	2	1	0	2
Corrèze	10	4	1	2	2	2	0	0	3
Creuse	1	1	1	1	3	0	0	0	3
Deux-Sèvres	6	2	3	0	2	3	1	1	1
Dordogne	6	5	1	1	2	1	1	1	2
Gironde	21	18	5	17	8	6	8	4	28
Haute-Vienne	18	5	4	3	8	6	1	2	10
Landes	10	3	1	0	2	1	0	2	3
Lot-et-Garonne	7	4	1	1	2	2	1	0	2
Pyrénées-Atlantiques	17	12	13	7	1	2	6	4	7
Vienne	10	4	3	1	4	4	3	0	4
Départements de l'ex-Limousin	2	1	0	0	0	0	2	0	0
Départements de l'ex-Aquitaine	2	2	2	0	0	0	1	0	0
<b>Nouvelle-Aquitaine</b>	<b>128</b>	<b>69</b>	<b>41</b>	<b>37</b>	<b>36</b>	<b>30</b>	<b>26</b>	<b>15</b>	<b>67</b>

Source : ARS Nouvelle-Aquitaine, Réalisation : ORS Poitou-Charentes

## 5. LES RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ ET SOINS AMBULATOIRES

### 5.1. Une offre inégalement répartie

Au 1<sup>er</sup> janvier 2016, la Nouvelle-Aquitaine compte environ 111 000 **professionnels de santé** qui exercent leur activité à titre **libéral ou salarié**. Près d'un sur six est médecin, soit une densité de 299 pour 100 000 habitants contre 302 au niveau national. La densité de médecins généralistes est supérieure à la moyenne nationale, 143 pour 100 000 habitants contre 133 en France métropolitaine. A l'inverse, les spécialistes, répartis dans une quarantaine de disciplines, ont une densité de 156 pour 100 000 néo-aquitains qui est inférieure au niveau national (170 pour 100 000 habitants). Plusieurs spécialités sont au-dessous de la moyenne nationale : gynécologie, pédiatrie, radiologie, psychiatrie... L'âge moyen de l'ensemble des praticiens de la région est de 51 ans.

*Figure 118. Les principaux professionnels de santé au 1er janvier 2016*

Disciplines	EFFECTIFS		DENSITE (POUR 100 000 HAB)			
	Nouvelle-Aquitaine	France METROPOLITAINE	Ensemble		Dont libéraux *	
			Nouvelle-Aquitaine	France METROPOLITAINE	Nouvelle-Aquitaine	France METROPOLITAINE
Médecins généralistes	8 363	84 527	143,1	132,7	102,6	93,9
Médecins spécialistes dont :	9 106	108 057	155,8	169,6	77,5	89,0
Anesthésistes réanimateurs chirurgicaux	878	10 141	15,0	15,9	5,6	5,9
Cardiologues	611	6 595	10,5	10,4	6,1	7,3
Gynécologues (médicaux et obstétriques) (1)	631	7 328	24,6	26,9	15,7	18,6
Ophtalmologues	478	5 501	8,2	8,6	7,0	7,4
Pédiatres (2)	474	7 309	48,6	62,0	17,6	23,6
Psychiatres	1 267	14 639	21,7	23,0	9,2	10,0
Radiologues	673	7 664	11,5	12,0	7,9	8,6
Chirurgiens-dentistes	3 666	40 887	62,7	64,2	57,5	57,0
Sages-femmes (3)	1 821	21 206	150,2	150,0	43,8	41,2
Infirmier	61 652	642 875	1 054,9	1 009,3	205,9	174,3
Masseur-Kinésithérapeute	7 947	83 479	136,0	131,1	110,1	104,1
Orthopédiste-Orthésiste			-	-	1,1	1,2
Orthophoniste	1 805	23 726	30,9	37,2	24,7	30,1
Orthoptiste	403	4 302	6,9	6,8	4,8	4,4
Pédicure-Podologue	1 347	13 446	23,0	21,1	22,7	20,7
Psychologue	5 022	56 734	85,9	89,1	23,6	27,9
Psychomotricien	1 091	10 813	18,7	17,0	3,3	3,3

\* Libéraux ET mixtes pour les professions non médicales

(1) Densité pour 100 000 femmes âgées de 15 ans ou plus

(2) Densité pour 100 000 jeunes âgés de moins de 15 ans

(3) Densité pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans

Sources : - ASIP-RPPS au 1er janvier 2016, traitements ARS Nouvelle-Aquitaine pour les médecins. Champ : médecins généralistes et spécialistes exerçant une activité libérale ou salariée (hors activité en tant que remplaçant et hors activité non soignante), une seule activité par médecin retenue,

- ASIP santé -RPPS 2016 - traitements DREES pour les chirurgiens dentistes et les sages-femmes

- DREES - ADELI 2016, traitements ARS Nouvelle-Aquitaine

**Figure 119. Caractéristiques des principaux professionnels de santé au 1er janvier 2016**

Disciplines	SITUATION PROFESSIONNELLE				PART DES PLUS DE 60 ANS OU PLUS			
	PART DE LIBERAUX* (%)		PART DE SALARIES (%)		ENSEMBLE (%)		DONT LIBERAUX* (%)	
	Nouvelle-Aquitaine	France METROPOLITAINE	Nouvelle-Aquitaine	France METROPOLITAINE	Nouvelle-Aquitaine	France METROPOLITAINE	Nouvelle-Aquitaine	France METROPOLITAINE
Médecins généralistes	72%	71%	28%	29%	27%	28%	30%	32%
Médecins spécialistes dont :	50%	52%	50%	48%	27%	28%	33%	34%
Anesthésistes réanimateurs chirurgicaux	37%	37%	63%	63%	27%	27%	30%	28%
Cardiologues	58%	70%	42%	30%	29%	29%	36%	33%
Gynécologues (médicaux et obstétriques)	64%	69%	36%	31%	34%	36%	41%	43%
Ophtalmologues	85%	86%	15%	14%	35%	36%	38%	37%
Pédiatres	36%	38%	64%	62%	20%	25%	24%	36%
Psychiatres	42%	43%	58%	57%	39%	36%	50%	50%
Radiologues	68%	72%	32%	28%	26%	26%	30%	28%
Chirurgiens-dentistes	92%	89%	8%	11%	19%	20%	19%	20%
Sages-femmes	29%	27%	71%	73%	5%	6%	5%	6%
Infirmier	20%	17%	80%	83%	15%	14%	9%	9%
Masseur-Kinésithérapeute	81%	79%	19%	21%	14%	14%	12%	12%
Orthopédiste-Orthésiste							34%	
Orthophoniste	80%	81%	20%	19%	18%	15%	12%	11%
Orthoptiste	69%	65%	31%	35%	13%	10%	13%	10%
Pédicure-Podologue	99%	98%	1%	2%	11%	10%	11%	10%
Psychologue	28%	31%	72%	69%	14%	15%	17%	18%
Psychomotricien	18%	19%	82%	81%	16%	12%	14%	9%

\* Libéraux ET mixtes pour les professions paramédicales

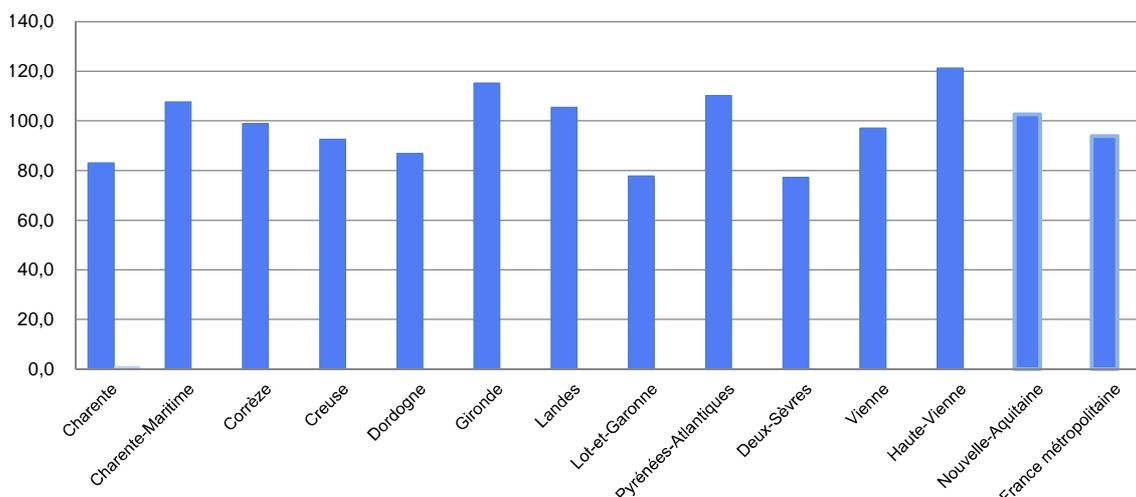
Sources : - ASIP-RPPS au 1er janvier 2016, traitements ARS Nouvelle Aquitaine pour les médecins. Champ : médecins généralistes et spécialistes exerçant une activité libérale ou salariée (hors activité en tant que remplaçant et hors activité non soignante), une seule activité par médecin retenue,  
 - ASIP santé -RPPS 2016 - traitements DREES pour les chirurgiens dentistes et les sages-femmes  
 - DREES - ADELI 2016, traitements ARS Nouvelle-Aquitaine

Concernant le secteur ambulatoire, on dénombre au 1<sup>er</sup> janvier 2016, environ **35 120 professionnels de santé libéraux en Nouvelle-Aquitaine**. Pour certaines professions (médecins généralistes, sages-femmes, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, pédicure-podologue, ...) les densités sont supérieures à la moyenne nationale, pour d'autres (médecins spécialistes, orthophonistes, psychologues...), elles sont inférieures.

## 5.2.Des densités médicales différentes selon les territoires

La densité des **médecins généralistes libéraux** de la Nouvelle-Aquitaine est supérieure à la densité nationale (103 pour 100 000 habitants contre 94). Néanmoins, certains départements ruraux, en Deux-Sèvres, Lot-et-Garonne, Charente, Creuse et Dordogne notamment, présentent des densités nettement inférieures, qui varient de 77 médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants à 93. De plus, presque un tiers d'entre eux sont âgés de 60 ans ou plus (30 %) et dans la plupart des départements, ce sont 60 % des généralistes libéraux qui sont âgés de plus de 55 ans.

**Figure 120. Densité des médecins généralistes libéraux au 1er janvier 2016  
(Nombre de médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants)**



Source : ASIP-RPPS au 1er janvier 2016, traitements ARS Nouvelle Aquitaine pour les médecins. Champ : médecins généralistes exerçant une activité libérale (hors activité en tant que remplaçant et hors activité non soignante), une seule activité par médecin retenue

Au 1<sup>er</sup> janvier 2016, **4 530 médecins spécialistes libéraux** sont en activité en Nouvelle-Aquitaine, avec une densité de 77 pour 100 000 habitants inférieure de 13 % à celle de la France Métropolitaine avec 89 spécialistes libéraux pour 100 000 habitants. Cette situation masque des disparités tant par spécialités que par départements.

Toutes les spécialités observées sont sous-représentées.

La pédiatrie, la gynécologie et la cardiologie présentent des écarts de densité importants par rapport à la métropole variant de -25 % à -16 %. La pédiatrie est la spécialité la plus affectée comparativement à la moyenne nationale (17,6 pour 100 000 jeunes de moins de 15 ans contre 23,6 pour 100 000 en France), suivie par la gynécologie (médicale et obstétrique) avec 15,7 gynécologues médicaux pour 100 000 femmes de la région âgées de 15 ans ou plus comparé à 18,6 au niveau national et la cardiologie (6,1 contre 7,3). En psychiatrie aussi, la densité médicale régionale est moins élevée qu'au niveau national (9,2 contre 10), d'autant plus que 50 % des psychiatres libéraux sont âgés de 60 ans et plus. En gynécologie, ophtalmologie et cardiologie, environ 40 % des praticiens sont âgés de 60 ans ou plus.

Excepté dans les départements de la Gironde et des Pyrénées-Atlantiques, les densités départementales des médecins spécialistes libéraux sont toutes inférieures à celles de la France et de la région. En Creuse et en Deux-Sèvres, les densités n'atteignent respectivement que 29 et 36 spécialistes libéraux pour 100 000 habitants. 56 % de spécialistes libéraux exerçant en Nouvelle-Aquitaine sont âgés de plus de 55 ans et un tiers de 60 ans et plus. En Creuse cette proportion atteint 80 % de spécialistes âgés de 55 ans et plus et 60 % de 60 ans et plus.

Globalement la proportion de médecins spécialistes avec dépassement d'honoraire s'élève à 20 % de médecins en secteur 2 ou en 1 avec droit à dépassement permanent (DP) au 1<sup>er</sup> janvier 2015 (source CNAMTS - SNIIRAM).

#### **Une région sous dotée en médecins du travail.**

En 2016, en Nouvelle-Aquitaine, plus de 2 millions de salariés sont suivis par près de 430 médecins du travail et leurs équipes pluridisciplinaires des services interentreprises, des services autonomes ou des services hospitaliers de santé au travail de la région. Rapportés au nombre de salariés, la Nouvelle-Aquitaine a ainsi une densité de 21,1 médecins du travail pour 100 000 salariés, ce qui est

un peu moins qu'en France (21,9). Cette densité est inégale selon les départements et est particulièrement faible en Deux-Sèvres (11,0).

Par ailleurs, **la Nouvelle-Aquitaine compte 3 362 chirurgiens-dentistes libéraux**. Leur densité est équivalente à celle du niveau national (57 pour 100 000 habitants) mais de nombreux départements sont très en deçà : la Creuse (32 pour 100 000 habitants), les Deux-Sèvres (36 pour 100 000 habitants), la Haute-Vienne (42 pour 100 000 habitants) et la Vienne (43 pour 100 000 habitants). La part des chirurgiens-dentistes âgés de 60 ans et plus est similaire à la moyenne nationale (20 %).

### 5.3. Psychiatres et psychologues : quelle répartition ?

En Nouvelle-Aquitaine, plus de la moitié des psychiatres libéraux ou mixtes sont installés dans le département de la Gironde. C'est dans le département de la Creuse que ces médecins spécialistes sont les moins nombreux.

*Figure 121. Les médecins psychiatres et les psychologues au 1<sup>er</sup> janvier 2016 en Nouvelle-Aquitaine*

Département	Médecins spécialistes		Psychologues	
	libéraux ou mixtes	salariés exclusifs	ETP salariés	Effectifs libéraux
16 Charente	20	29	46	51
17 Charente-Maritime	30	64	102	120
19 Corrèze	11	19	51	30
23 Creuse	9	12	27	10
24 Dordogne	21	33	79	72
33 Gironde	309	217	274	608
40 Landes	17	34	65	73
47 Lot-et-Garonne	16	31	68	53
64 Pyrénées-Atlantiques	76	89	103	166
79 Deux-Sèvres	8	37	67	55
86 Vienne	23	68	75	101
87 Haute-Vienne	31	79	76	43
<b>Nouvelle-Aquitaine</b>	<b>571</b>	<b>712</b>	<b>1 033</b>	<b>1 382</b>
<b>France Métropolitaine</b>	<b>6 483</b>	<b>8 412</b>	<b>12 536</b>	<b>NC</b>

*Extrait Statiss 2016*

*Sources : ASIP Santé, RPPS – DREES, SAE 2015*

*Traitement : DREES*

Au niveau national, les psychiatres libéraux sont au nombre de 10 pour 100 000 habitants. Ce taux est un peu plus faible au niveau régional (9,8), cachant de fortes disparités territoriales. En effet, la Gironde dispose de 20,5 psychiatres libéraux pour 100 000 habitants alors qu'ils ne sont que 2,2 en Deux-Sèvres.

**Figure 122. Densité de psychiatres et psychologues pour 100 000 habitants en Nouvelle-Aquitaine au 1<sup>er</sup> janvier 2016**

Département	Densité pour 100 000 habitants		
	libéraux ou mixtes	psychiatres salariés exclusifs	psychologues libéraux
16 Charente	5,7	8,2	14,4
17 Charente-Maritime	4,7	10,1	18,9
19 Corrèze	4,6	7,9	12,5
23 Creuse	7,4	9,9	8,3
24 Dordogne	5,0	7,9	17,3
33 Gironde	20,5	14,4	40,4
40 Landes	4,3	8,6	18,4
47 Lot-et-Garonne	4,8	9,3	15,9
64 Pyrénées-Atlantiques	11,4	13,4	25,0
79 Deux-Sèvres	2,2	10,0	14,8
86 Vienne	5,3	15,8	23,4
87 Haute-Vienne	8,2	21,0	11,4
<b>Nouvelle-Aquitaine</b>	<b>9,8</b>	<b>12,2</b>	<b>23,6</b>
<b>France Métropolitaine</b>	<b>10,2</b>	<b>13,2</b>	<b>NC</b>

Sources : ASIP Santé, RPPS – INSEE, RP 2013  
 Traitement : DREES – ARS Nouvelle-Aquitaine

Les psychiatres exclusivement salariés sont plus nombreux que les libéraux, aussi bien au niveau national que régional. Seul le territoire de la Gironde ne suit pas cette tendance.

La part de psychiatres exclusivement salariés est donc plus importante que les libéraux : 13,2 pour 100 000 au niveau national et 12,2 au niveau régional. Seul le département de la Gironde dispose d'une part plus faible de psychiatres salariés que de psychiatres libéraux.

La prise en charge psychiatrique dans les établissements de santé est aussi assurée par des psychologues : plus de 1 000 ETP sont mis à disposition des patients dans les différentes structures de la région. Cela correspond à 12 % des ETP du niveau national. Un quart de ces ETP exercent en Gironde. La Creuse dispose de seulement 2,6 % de ces ETP.

Les psychologues exercent aussi en libéral : 1 382 psychologues sont inscrits sur le répertoire ADELI au 1er janvier 2016. Près de la moitié est installée en Gironde. En termes de densité, 24 psychologues libéraux sont présents pour 100 000 habitants dans la région, avec des écarts territoriaux marqués. En effet, la Creuse enregistre 8 psychologues libéraux pour 100 000 habitants contre 40 en Gironde.

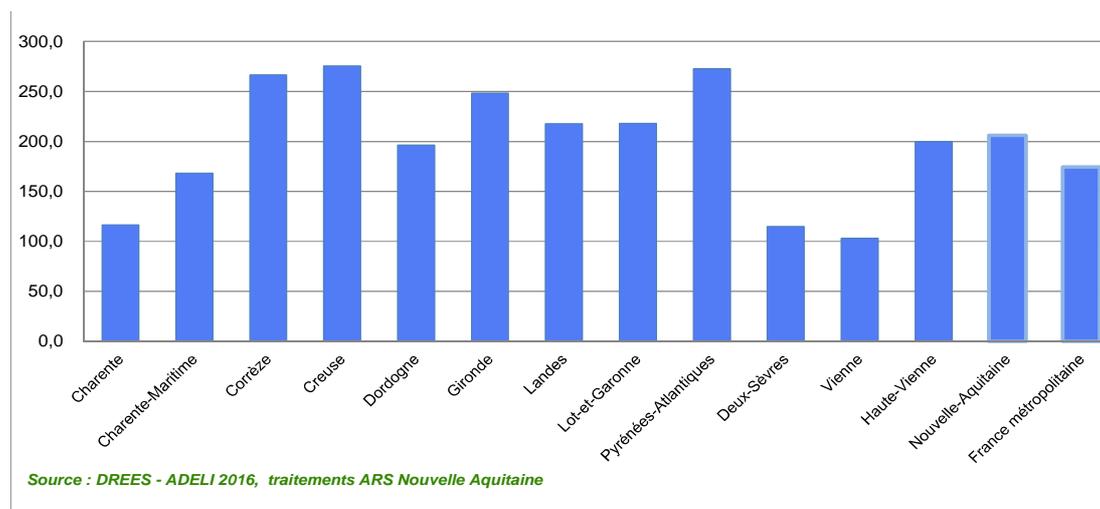
#### 5.4. Infirmiers et masseurs kinésithérapeutes : les soignants de proximité

Avec 61 650 praticiens début 2016 en Nouvelle-Aquitaine, les **infirmiers** représentent l'effectif le plus important de professionnels de santé avec une densité pour 100 000 habitants de 1 055 contre 1 009 au niveau national.

Un sur cinq exerce son métier à titre libéral. La densité régionale des infirmiers libéraux pour 100 000 habitants est nettement supérieure à celle observée au niveau national : 206 contre 174.

On note cependant des disparités sur le territoire de la Nouvelle-Aquitaine : certains départements plus ruraux ont une densité d'infirmiers comme la Creuse supérieure à la région (275 pour 100 000 habitants) alors que d'autres sont nettement inférieure comme la Vienne (103 pour 100 000 habitants) et les Deux-Sèvres (115 pour 100 000 habitants).

**Figure 123. Densité d'infirmiers libéraux au 1er janvier 2016 (Nombre d'infirmiers libéraux pour 100 000 habitants)**

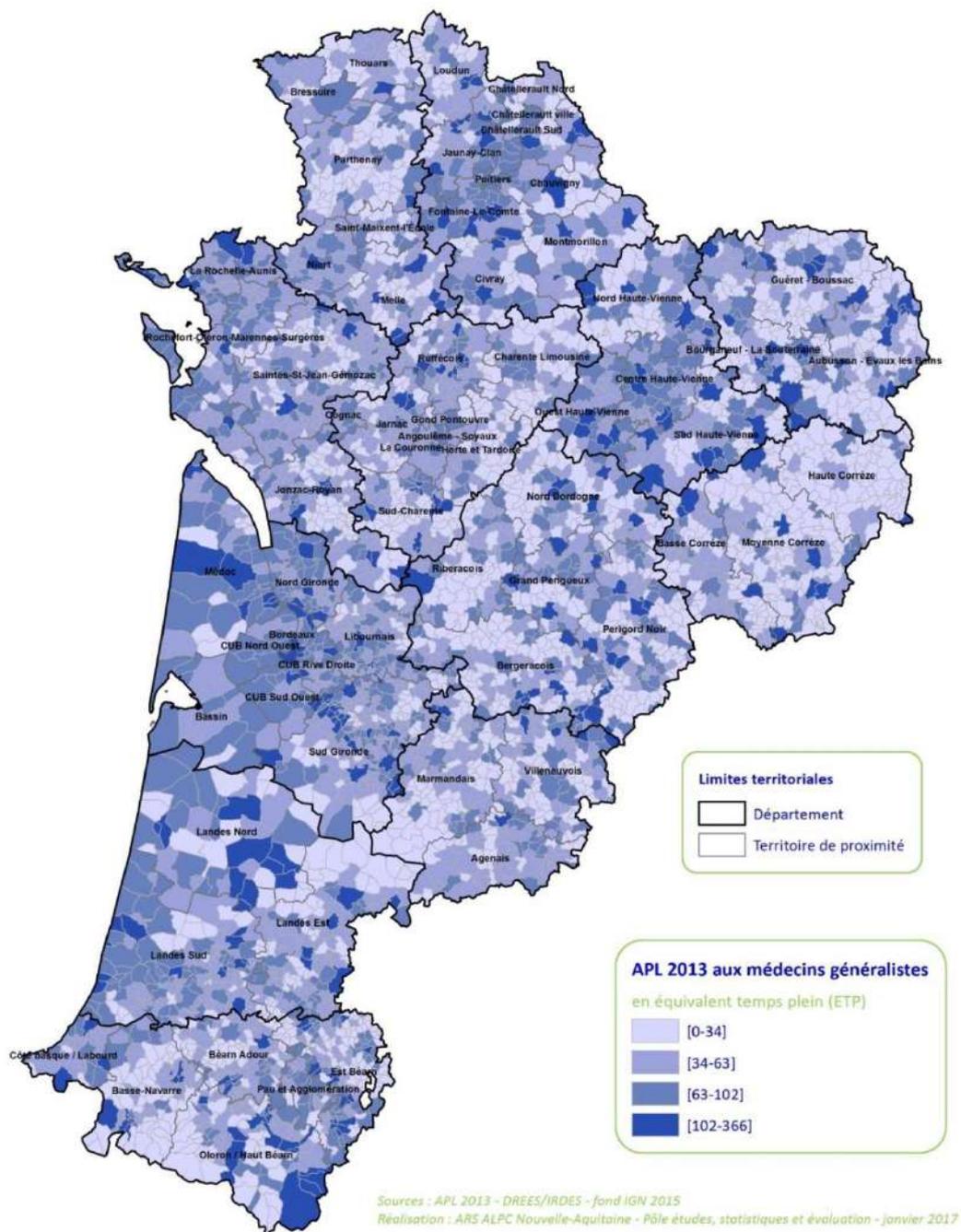


De façon similaire, avec 6 440 **masseurs-kinésithérapeutes** libéraux, la densité régionale (110 pour 100 000 habitants) est supérieure à la moyenne nationale (104 pour 100 000 habitants) mais elle est bien inférieure dans certains départements de la région. En Charente et dans les Deux-Sèvres, on ne recense que respectivement 55 et 60 masseurs kinésithérapeutes libéraux pour 100 000 habitants.

### 5.5. Accessibilité à la médecine de ville

L'Accessibilité potentielle localisée ou APL est un indicateur de densité professionnelle « amélioré » qui tient compte du niveau d'activité des professionnels pour mesurer l'offre et du taux de recours différencié par âge des habitants pour mesurer la demande. Mesuré au niveau de la commune, il tient compte de l'offre et de la demande de soins des communes avoisinantes, dans des proportions qui décroissent avec la distance.

Figure 124. Accessibilité potentielle en équivalent temps plein de médecins généralistes pour 100 000 habitants – données communales brutes



## 5.6. Les zones fragiles en médecine générale

Dans l'attente de la publication d'un nouveau décret prévue au 1<sup>er</sup> semestre 2017, et après la réforme territoriale, le zonage en Nouvelle-Aquitaine s'appuie actuellement sur les 3 zonages qui étaient en vigueur au 31/12/2015 en Aquitaine, en Poitou-Charentes et en Limousin.

### 5.6.1. Le périmètre géographique observé

Les périmètres géographiques utilisés dans l'élaboration des zonages différaient. L'unité territoriale retenue pour le Limousin, était la commune, pour l'Aquitaine, la commune et/ou le canton et en Poitou-Charentes, le bassin de vie, parfois subdivisé. Certains quartiers prioritaires de la ville ont également été notifiés fragiles.

**Pour la carte mutualisée, l'unité géographique retenue est la commune.** L'affichage d'un zonage dit « hors région » est relevé en ex-Poitou-Charentes, du fait de l'utilisation de l'unité du bassin de vie avant le 1er janvier 2016. En effet, certaines communes de cette région appartiennent à des bassins de vie dont le pôle est situé hors de Nouvelle-Aquitaine. Pour les bassins de vie débordant sur l'ex-Aquitaine et l'ex-Limousin, les communes picto-charentaises retenues fragiles avant le 1er janvier 2016 sont conservées.

### 5.6.2. La sélection des zones fragiles

Les 3 méthodes avant fusion sont différentes, la terminologie a été harmonisée.

En Aquitaine et Limousin, les communes faisaient partie du zonage ou pas, sans graduation. En Poitou-Charentes, 3 niveaux de fragilité ont été utilisés et sont conservés dans la cartographie mutualisée.

L'harmonisation s'opère de la manière suivante :

- **les zones très fragiles** reprennent les zones ainsi décelées en Poitou-Charentes ;
- **les zones fragiles** reprennent les zones ainsi décelées par le Limousin et le Poitou-Charentes, et les zones au sens de l'article R.1434-4 du CSP déterminées en Aquitaine ;
- **les zones sous vigilance** reprennent les zones ainsi déterminées par le Poitou-Charentes.

Figure 125. Synthèse de la méthode zonage pluri-professionnel (médecin généraliste) avant le 01/01/2016

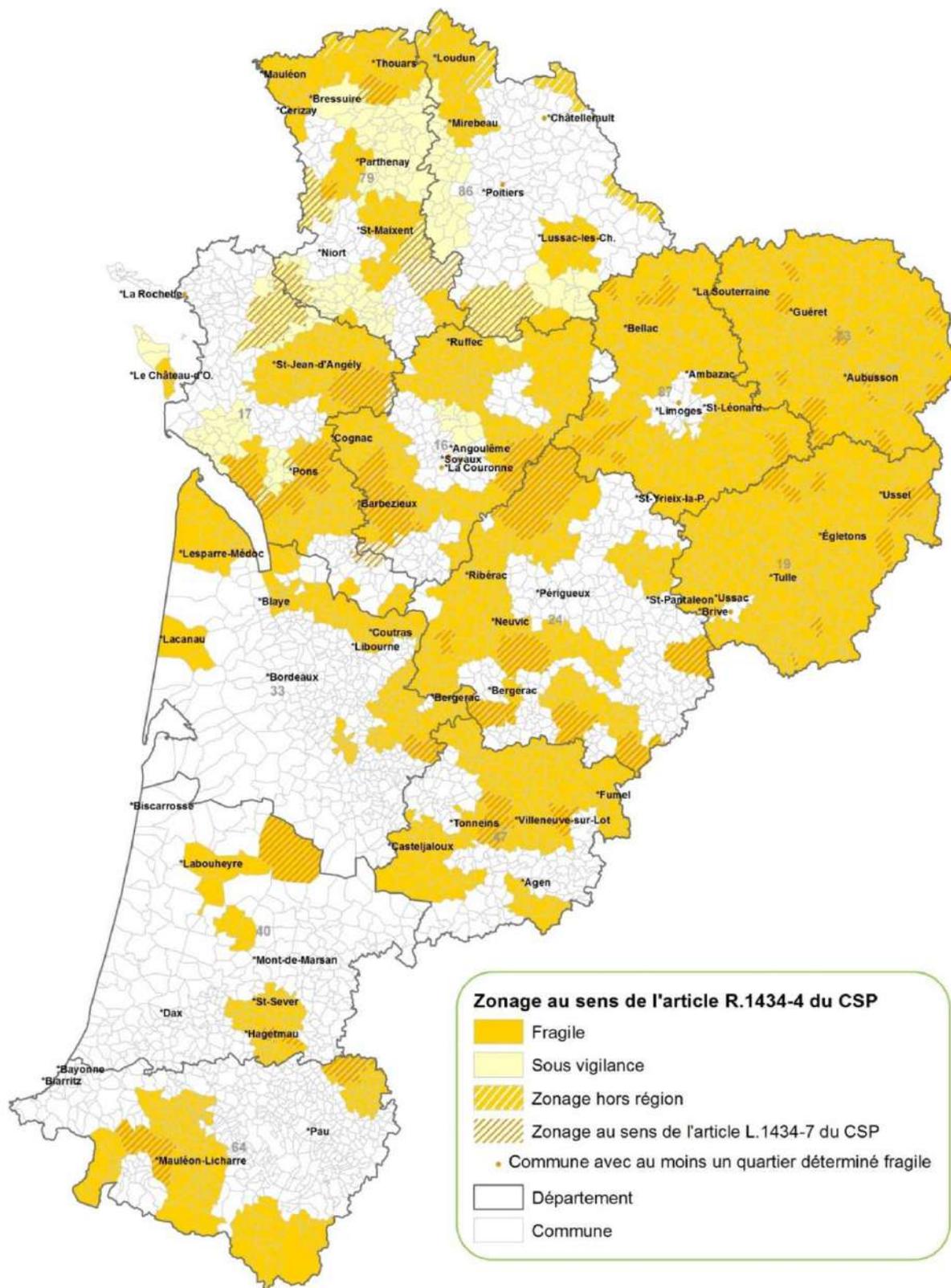
	Aquitaine	Limousin	Poitou-Charentes
<b>Méthode utilisée</b>			
<b>Description</b>	Un ciblage des lieux d'implantation prioritaire est réalisé en s'appuyant sur le classement des BV à partir de la densité en médecins généralistes libéraux. - Au sein des bassins de vie estimés en difficulté il est repéré, selon leur taille, une ou plusieurs communes comme lieux d'implantation optimum. - L'analyse est consolidée par l'utilisation de l'indicateur APL. - Une recherche de lieux d'implantation optimum envisageables en fonction de projets existants sur le terrain est réalisée.	- Zones où se cumulent des problèmes de démographie médicale importants et une démarche déjà engagée qui reçoit l'aval des élus et des professionnels de santé - Zones où des problèmes d'accès aux soins de la population sont à prévoir et sans aucune initiative prise par les professionnels et les élus	Un indice de fragilité est calculé pour chaque unité territoriale à partir : - de 4 observations dont la valeur est restituée en base 100, et pondérée le cas échéant - d'un coefficient de "terrain" suggéré par les DT et/ou les CDOM. Les zones sont réparties en 4 classes selon leur indice.
<b>Dotation retenue</b>	- Zonage au sens de l'article R.1434-4 du CSP	- déficitaire - non déficitaire	- Très fragile - Fragile : - sous vigilance - Non prioritaire
<b>Indicateurs</b>			
<b>de démographie médicale</b>	- densité en MG pour 10 000 habitants - densité en MG de moins de 60 ans pour 10 000 habitants - indicateur APL aux médecins généralistes de moins de 60 ans	- densité médicale - part des PS de 60 ans et plus	- densité médicale - part des PS de 60 ans et plus En base 100, avec un coefficient de pondération à 2
<b>Activité médicale</b>	- indicateur APL aux médecins généralistes de moins de 60 ans	- Nombre de consultations+visites	- Nombre de consultations+visites En base 100
<b>Population</b>	population totale	Population totale	- part des résidents âgés de plus de 75 ans
<b>Autre</b>			- pénalité/bonus entre -100 et +100 points attribué par les DT et/ou les CDOM qui se base sur la connaissance précise et actualisé du terrain et les perspectives d'évolution.
<b>Dernière actualisation</b>	<b>23/01/2014</b>	<b>03/10/2013</b>	<b>15/12/2015</b>
<b>Actualisation</b>	Prise en compte de l'historique : pas de modification des "zones d'accompagnement prioritaires" arrêtées le 29/02/2012	Actualisé et/ou modifié 1 fois	Actualisation et/ou modification annuelle

Sources : zonages des SROS ambulatoires des ARS d'Aquitaine, Limousin et Poitou-Charentes publiés avant le 01/01/2016 – Recensement de population INSEE 2013, réalisation ARS Nouvelle-Aquitaine, Pôle études, statistiques et évaluation

16 quartiers prioritaires sont également retenus fragiles en :

- Charente :
  - à Angoulême : Basseau et Grande Garenne
  - à Soyaux : Champ de Manœuvre
  - à La Couronne : L'étang des moines
- Charente-Maritime:
  - à La Rochelle : Villeneuve Les Salines
- Vienne :
  - à Poitiers : Les Couronneries–St Eloi
  - à Châtelleraut : Centre-Ville Châteauneuf et Lac Ozon Renardières
- Haute-Vienne :
  - à Limoges : Les Portes Ferrées, La Bastide, Beaubreuil, Val de l'Aurence Nord et Vigenal
  - A Brive-La-Gaillarde : Rivet, Ouest–Tujac et Est–Les Chapélias

Figure 126. Zonage au sens de l'article R.1434-4 du CSP installés avant le 01/01/2016 - Cartographie du zonage actuelle en Nouvelle-Aquitaine



Sources : zonages des SROS ambulatoires d'Aquitaine, Limousin et Poitou-Charentes publiés avant le 01/01/2016  
 Réalisation ARS ALPC - DPSP, pôle statistiques, études et évaluation - 09/2016

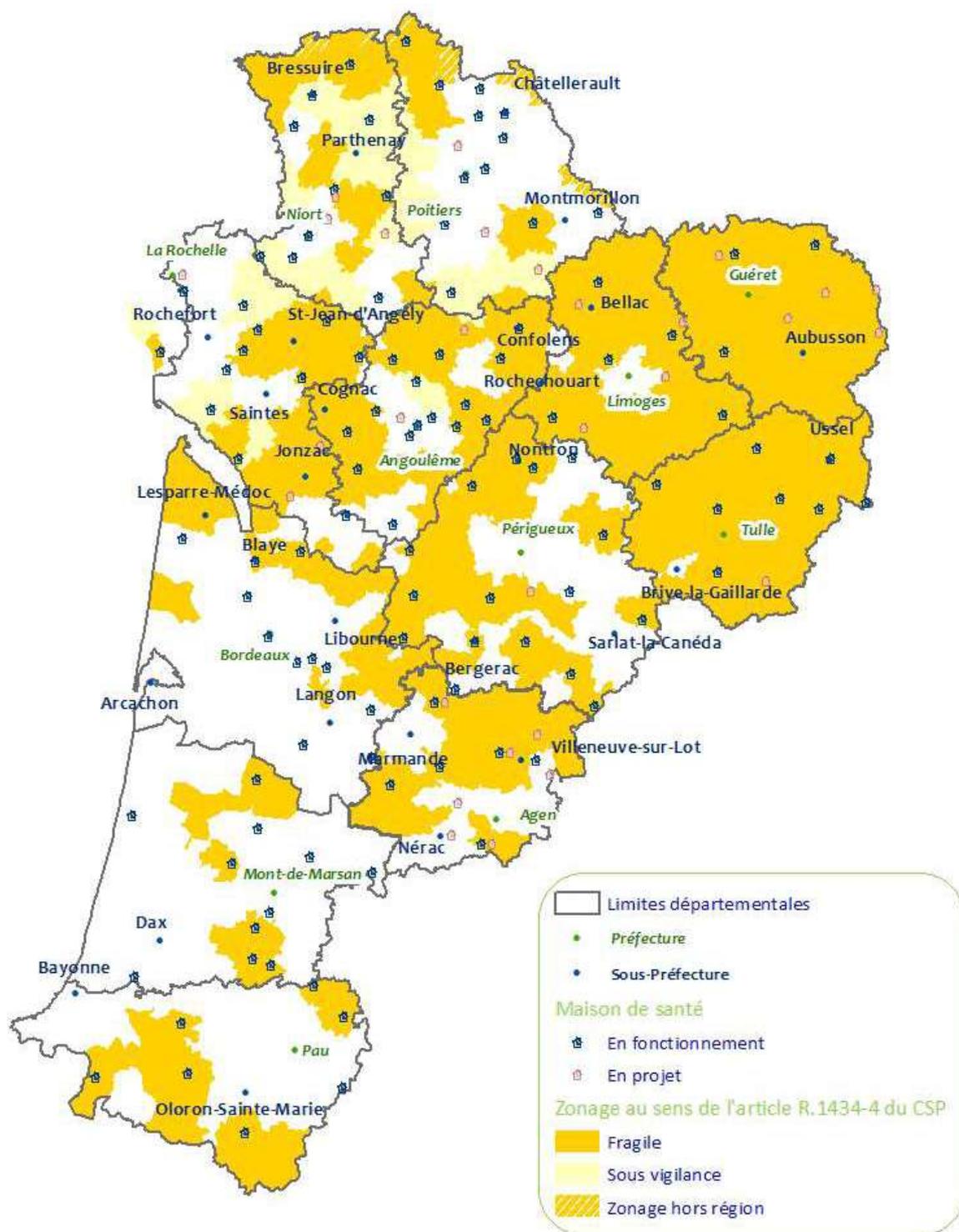
## 5.7. Les maisons de santé et pôles de santé pluridisciplinaires

Les MSP (Maisons de santé pluridisciplinaires) sont des regroupements de professionnels de santé (au moins 2 médecins et 1 professionnel paramédical) sur un même lieu, organisés autour d'un projet de santé commun, conforme au cahier des charges national des MSP.

Elles constituent l'un des éléments de réponse à la désaffection des jeunes médecins pour la médecine générale et aux problèmes de démographie médicale. Les maisons de santé permettent de favoriser les coopérations, d'optimiser le temps médical, de répondre aux craintes d'isolement des jeunes médecins. De plus, l'exercice coordonné des professionnels de santé, notamment dans le cadre du premier recours, permet d'apporter une meilleure réponse en termes de parcours, de continuité, de qualité et de transversalité dans les prises en charge des patients, avec en particulier le développement des actions de prévention et d'éducation thérapeutique.

Les "sites", mais aussi certaines "MSP" appartiennent à des pôles de santé. Le pôle regroupe des professionnels de santé autour d'un projet de santé commun, qu'ils partagent ou non les mêmes locaux.

Figure 127. Maisons de santé pluridisciplinaires en fonctionnement ou en projet



Sources : zonages des SROS ambulatoires publiés avant le 01/01/2016, en vigueur au 1er janvier 2017 ;  
 MSP DOSA au 06/2017  
 Exploitation et réalisation : ARS Nouvelle-Aquitaine / DPSP / Pôles études, statistiques et évaluation - 27/06/2017

## 5.8. Consommation de soins de ville

La consommation de soins de ville est observée à partir des bases de remboursement de l'assurance maladie. Les soins ont été réalisés au cours de l'année 2015.

Parmi les 17 catégories de professionnels de santé libéraux présentées, le taux de recours aux soins (taux de la population ayant eu recours aux soins standardisé par sexe et tranches d'âge pour 100 habitants) de médecine générale et celui aux soins infirmiers sont plus élevés en Nouvelle-Aquitaine que ceux observés en France Métropolitaine (respectivement 92 et 20 en région contre 90 et 17).

La faible densité de pédiatres dans la région peut expliquer une sous-consommation de soins pédiatriques.

Pour les autres professions, les taux de recours aux soins sont similaires aux taux nationaux.

Le faible taux de recours aux soins réalisés par les pédicures-podologues, s'explique par le fait que ces soins sont très peu pris en charge par l'assurance maladie. Dans le cas où ces soins sont réalisés en lien avec la maladie chronique du patient, leur remboursement est mieux pris en charge. C'est pourquoi près de 90 % des bénéficiaires de soins de pédicurie ou podologie souffrent d'une affection longue durée (ALD) telle que notamment le diabète. La consommation de soins pour cette profession est donc non exhaustive, puisque les soins réalisés en 2015 n'ayant pas fait l'objet d'un remboursement ne sont pas connus dans les bases de l'assurance maladie.

*Figure 128. Consommation de soins de ville en 2015 en Nouvelle-Aquitaine*

	Nouvelle-Aquitaine			France métropolitaine		
	Nombre de patients	Taux de recours aux soins standardisé (1)	Part de patients en ALD	Nombre de patients	Taux de recours aux soins	Part de patients en ALD
<b>Médecins généralistes libéraux</b>	5 406 764	<b>92,1</b>	19,3	57 306 798	90,0	18,1
<b>Médecins spécialistes libéraux</b>						
Anesthésistes réanimateurs chirurgicaux	463 565	7,6	23,0	4 696 393	7,4	22,4
Cardiologues	572 689	8,8	49,3	6 025 683	9,5	49,1
Dermatologues	686 819	11,5	16,3	7 224 150	11,3	14,8
Gynécologues	741 915	12,9	9,6	7 770 423	12,2	9,3
Ophtalmologues	1 701 551	28,2	19,9	17 496 337	27,5	18,9
Pédiatres	188 757	3,6	2,0	2 876 582	4,5	2,2
Pneumologues	164 214	2,7	34,3	1 635 653	2,6	36,0
Psychiatres	146 103	2,5	30,5	1 612 278	2,5	28,9
Radiologues	2 040 533	33,9	20,5	22 090 373	34,7	19,8
<b>Chirurgiens-dentistes</b>	2 307 845	39,2	14,3	24 781 508	38,9	12,6
<b>Sages-femmes</b>	89 767	1,6	3,0	1 055 309	1,7	2,0
<b>Infirmiers</b>	1 264 137	<b>19,8</b>	41,5	10 974 214	17,2	42,3
<b>Masseurs-kinésithérapeutes</b>	1 038 170	17,1	27,3	10 378 763	16,3	26,8
<b>Orthophonistes</b>	107 030	1,9	21,3	1 399 448	2,2	18,7
<b>Orthoptistes</b>	154 922	2,6	<b>18,0</b>	1 243 329	2,0	14,6
<b>Pédicures-podologues</b>	30 431	0,5	89,0	363 622	0,6	87,7

Sources : Bases de remboursement de l'assurance maladie en année de soins (SNIIRAM), réalisation ARS Nouvelle-Aquitaine, Pôle études, statistiques et évaluation

(1) Taux de population ayant eu recours aux soins, standardisé par sexe et tranches d'âge en prenant comme population de référence celle de la France métropolitaine pour 100 habitants (Recensement de population INSEE 2013).

## 6. LES SOINS HOSPITALIERS

### 6.1.L'offre hospitalière

#### 6.1.1. Les implantations

La Nouvelle-Aquitaine dispose au 1<sup>er</sup> janvier 2016 de 382 établissements de santé répartis sur l'ensemble du territoire :

- Un tiers de ces structures sont des établissements publics dont :
  - 3 CHU : Bordeaux, Limoges, Poitiers répartis sur 11 sites au total ;
  - 98 centres hospitaliers ;
  - 9 établissements de lutte contre les maladies mentales.
- Les établissements privés sont au nombre de 259 dont notamment :
  - 56 établissements de soins de courte durée (dont 43 établissements mono-activité MCO), dont 1 centre de lutte contre le cancer ;
  - 75 établissements spécialisés en soins de suite et de réadaptation ;
  - 69 établissements ESPIC (Etablissements de santé privés d'intérêt collectif) ;
  - 122 établissements privés à but lucratif.

L'offre de soins est diversifiée et graduée : médecine, chirurgie, obstétrique, hospitalisation à domicile, psychiatrie, soins de suite et de réadaptation, soins de longue durée, en hospitalisation complète ou à temps partiel (jour ou nuit).

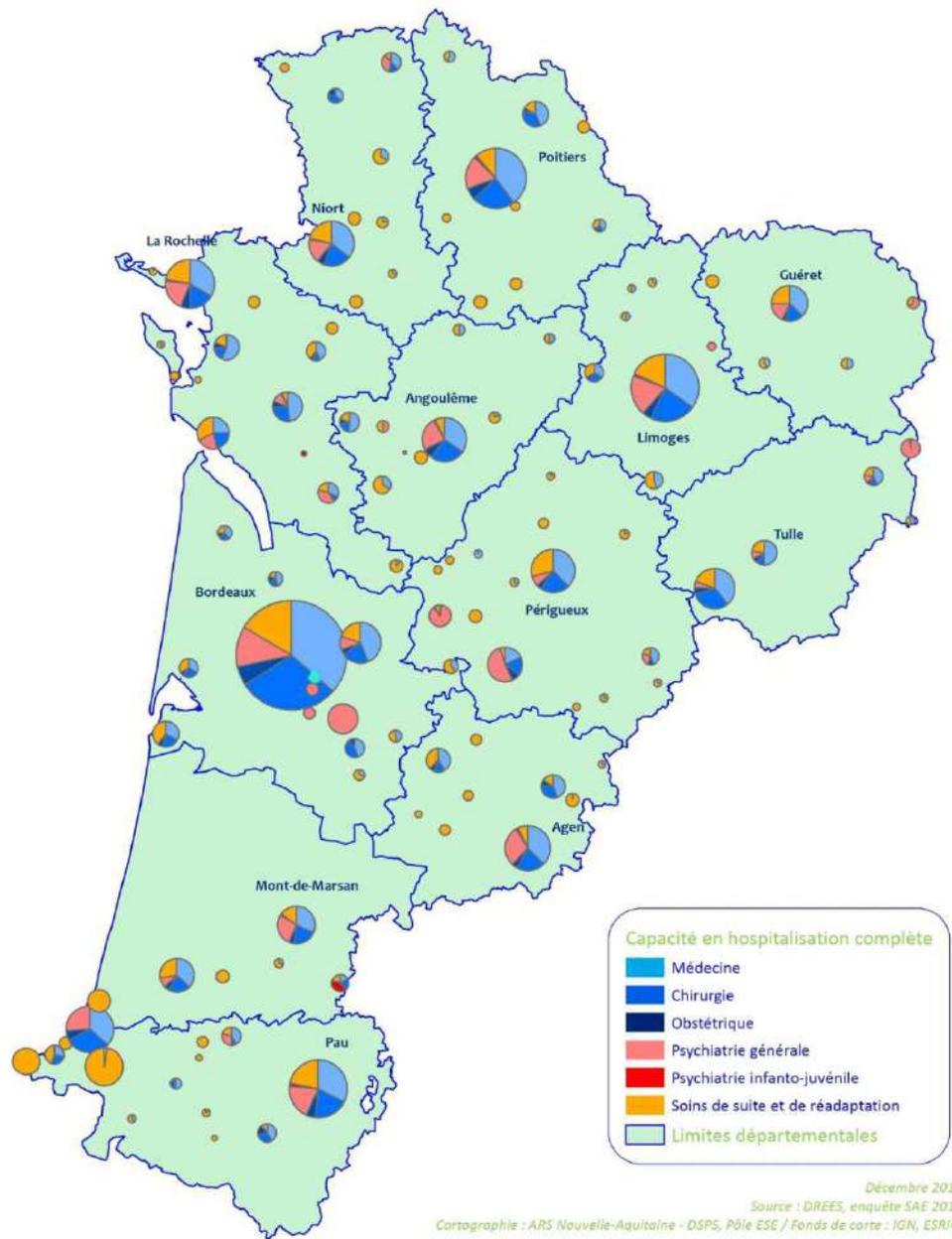
Au 31 décembre 2015, la Nouvelle-Aquitaine offre une capacité d'accueil en hospitalisation complète de près de 38 200 lits. Parallèlement, l'accueil en hospitalisation partielle se compose de 6 700 places. Ces dernières années, une politique d'augmentation de la prise en charge en chirurgie ambulatoire, couplée aux mesures du plan ONDAM, a fait diminuer la prise en charge en hospitalisation complète tout en augmentant les places, notamment pour les disciplines de médecine et chirurgie.

*Figure 129. Hospitalisation complète et partielle en Nouvelle-Aquitaine au 1<sup>er</sup> janvier 2016*

Département	Nombre de lits en hospitalisation complète	Nombre de places en hospitalisation partielle	Nombre de journées en hospitalisation complète	Nombre de séjours ou venues
Charente	2 008	348	615 529	103 333
Charente-Maritime	3 520	657	1 165 798	231 965
Corrèze	1 808	225	546 284	95 086
Creuse	1 116	169	329 626	59 195
Dordogne	2 689	318	859 827	113 092
Gironde	9 402	2 012	2 972 443	738 490
Landes	2 404	290	851 129	110 542
Lot-et-Garonne	1 989	284	583 571	113 608
Pyrénées-Atlantiques	5 083	838	1 647 664	287 009
Deux-Sèvres	1 984	403	651 156	130 169
Vienne	2 904	474	940 822	172 041
Haute-Vienne	3 282	696	1 062 094	217 044
<b>Nouvelle-Aquitaine</b>	<b>38 189</b>	<b>6 714</b>	<b>12 225 943</b>	<b>2 371 574</b>

La Gironde est le département le mieux doté, suivi par les départements des Pyrénées-Atlantiques et Charente-Maritime.

Figure 130. L'offre en hospitalisation complète en Nouvelle-Aquitaine au 31 décembre 2015



## 6.1.2. Taux d'équipement

Figure 131. Taux d'équipement en médecine, chirurgie et obstétrique en Nouvelle-Aquitaine

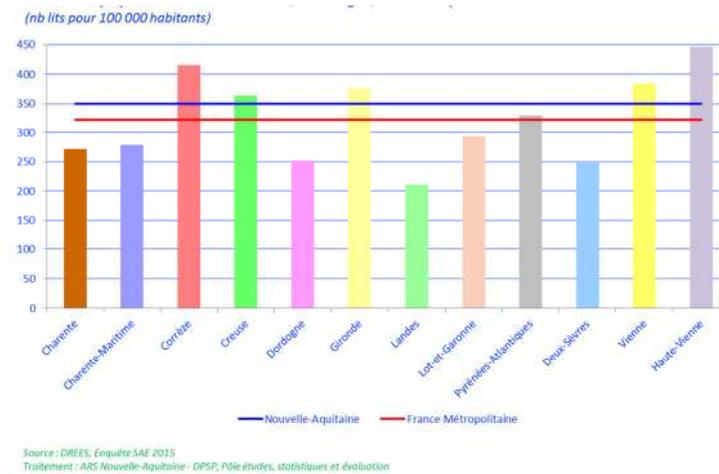


Figure 132. Taux d'équipement en soins de suite et de réadaptation en Nouvelle-Aquitaine

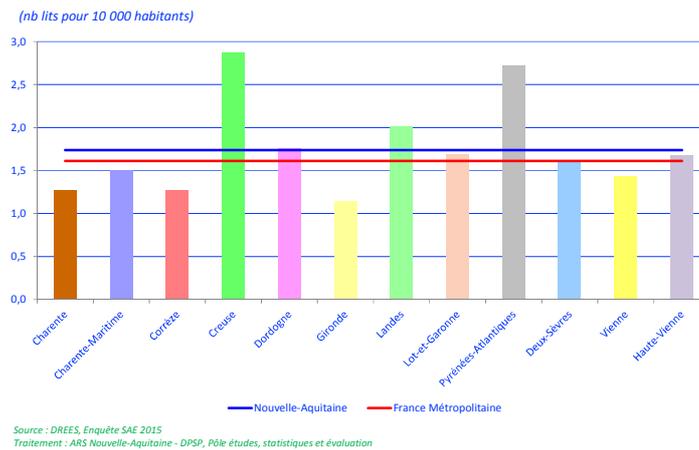
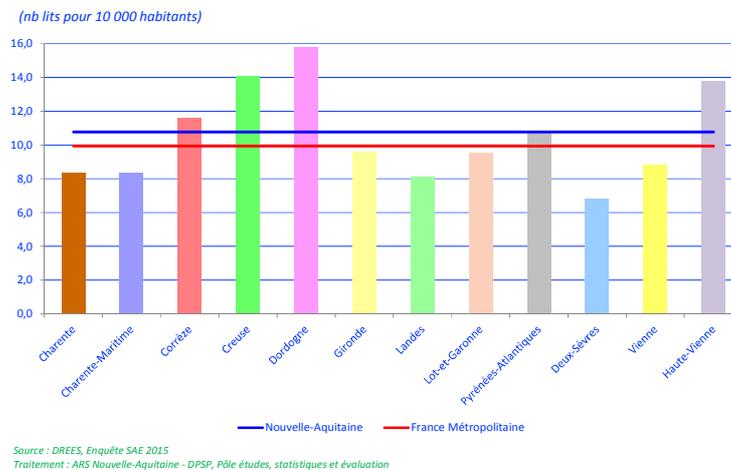


Figure 133. Taux d'équipement en psychiatrie en Nouvelle-Aquitaine



Toutes disciplines confondues, les taux d'équipement sont globalement supérieurs à la moyenne nationale, avec de fortes disparités départementales.

Les départements de Haute-Vienne et Corrèze sont sur-dotés en lits de court séjour à l'inverse des Landes, des Deux-Sèvres et de la Dordogne.

En soins de suite et de réadaptation, la Creuse et les Pyrénées-Atlantiques présentent des taux supérieurs de plus de 50 % aux taux régional et national.

En psychiatrie, les taux d'équipement varient du simple au double dans la région entre les Deux-Sèvres et la Dordogne.

### **6.1.3. Les soins en urgence**

L'accès de la population à des soins urgents en moins de trente minutes est une priorité du Gouvernement. Pour répondre à cet objectif, il convient :

- d'identifier les territoires où le délai de prise en charge de la population par les effecteurs de soins urgents est supérieur ou égal à trente minutes et d'identifier les solutions à mettre en place dans ces territoires ;
- de faire part des initiatives ou solutions mises en place ou envisageables pour répondre aux besoins de soins de la population, y compris si elles supposent des évolutions du cadre réglementaire.

#### **6.1.3.1. Le diagnostic 2016**

Depuis le premier diagnostic réalisé en 2012 (Instruction N°DGOS/R2/2012/267 – 28/06/2012) par la DREES, il a été déployé des solutions pour améliorer les temps d'accès aux soins urgents en France.

En 2016, un nouveau diagnostic est élaboré par la DREES et la DGOS. Ce diagnostic va plus loin que la simple actualisation du premier diagnostic. Il tient compte de l'ensemble des effecteurs de soins urgents. Les temps calculés s'appuient sur le distancier plus précis de l'INSEE (METRIC) et les données des structures d'urgence de la Statistique Annuelle des Établissements (SAE) 2013 complétées par les ARS le cas échéant. Le diagnostic en 2012 portait sur les données de la SAE 2011. Il prenait en compte comme seule possibilité d'accès aux soins urgents les services d'urgences (SU) et les services mobiles d'urgences et de réanimation (SMUR). Il s'appuyait sur une version préliminaire du distancier METRIC. Le nouveau distancier fournit des temps d'accès plus pertinents mais au total plus longs que ceux considérés dans le diagnostic de 2012.

L'utilisation de deux versions différentes du distancier rend complexe la comparaison des résultats réalisés à 3 ans d'écart. Toutefois, l'efficacité des actions mises en œuvre dans ce laps de temps est bien réelle d'après la DREES.

Avec le nouveau diagnostic, les résultats fin 2015 et les résultats fin 2016 sont comparables mais pour la Nouvelle-Aquitaine, entité trop récente, les évolutions sont quasi-inexistantes. Une évaluation comparative à fin 2017 sera plus pertinente.

#### **6.1.3.2. Les effecteurs de soins urgents pris en compte**

Ainsi, le diagnostic réalisé fin 2016 évalue la situation pour l'accès aux soins urgents suite à des actions engagées depuis 2012. L'objectif est de porter un regard aussi précis que possible sur la situation actuelle, grâce à une vision complète des possibilités d'accès aux soins urgents :

- services d'urgences y compris services d'urgences diurnes(SU),
- services mobiles d'urgences et de réanimation (SMUR) et antennes incluant les antennes saisonnières,
- médecins correspondant du SAMU (MCS) installés à fin 2015,
- HéliSMUR et hélicoptères de la sécurité civile (HSC).

La couverture de la population pour l'accès aux soins urgents en 30 minutes et moins est assurée en permanence par les SU et le SMUR. **Les possibilités d'interventions des MCS et hélicoptères qui améliorent les temps d'accès, ne viennent qu'en renfort de cette couverture puisqu'elles sont hors de la garde médicale permanente dite H24.**

Depuis la réalisation du diagnostic qui prenait en compte les données 2013 de la SAE, les équipements qui se répartissent sur 64 communes, ont évolué.

Une antenne saisonnière SMUR a notamment été implantée à Saint-Pierre-d'Oléron (17). Depuis début 2016, on dénombre deux MCS supplémentaires localisés à Vielle-Saint-Girons(40) et à St-Jean-Pied-De-Port (64). Cette dernière commune était déjà dotée d'un MCS en 2015. Ainsi 30 communes de la région sont dotées au moins d'un MCS.

*Figure 134. Les effecteurs de soins urgents par département en Nouvelle-Aquitaine*

	Equipements en garde médicale H24						HORS H24	
	Service d'urgence	SAMU	SMUR	SMUR saisonnier	Antenne SMUR	Antenne SMUR saisonnier	MCS 2016	Bases hélicoptères
Charente	5	1	5	0	0	0	0	0
Charente-Maritime	8	1	7	1	1	1	2	1
Corrèze	3	1	2	0	1	0	2	0
Creuse	2	1	1	0	0	0	3	0
Dordogne	4	1	3	0	0	0	5	1
Gironde	14	1	8	0	1	0	0	3
Landes	3	1	6	2	5	2	1	0
Lot-et-Garonne	4	1	3	0	1	0	0	0
Pyrénées-Atlantiques	9	2	4	0	0	0	7	2
Deux-Sèvres	5	1	4	0	0	0	7	0
Vienne	5	1	4	0	0	0	5	1
Haute-Vienne	4	1	2	0	2	0	3	1
<b>Nouvelle Aquitaine</b>	<b>66</b>	<b>13</b>	<b>49</b>	<b>3</b>	<b>12</b>	<b>3</b>	<b>35</b>	<b>9</b>
<b>France métropolitaine</b>	<b>629</b>	<b>104</b>	<b>399</b>	<b>5</b>	<b>77</b>	<b>5</b>	<b>Plus de 253(*)</b>	<b>Plus de 79(*)</b>

Source : Statistique Annuelle des établissements 2015 (SAE 2015) - MCS au 01/11/2016,

(\*) Pour la France métropolitaine le nombre de communes équipées en MCS est de 253 et en bases hélicoptère de 79,5

Les hélicoptères interviennent dans un rayon à vol d'oiseau de 80 km. Cette distance correspond à un temps d'intervention estimé à 35 minutes, temps de décollage inclus.

8 communes de la région disposent de :

- 5 bases HéliSMUR : Poitiers (86), Limoges (87), Périgueux (24), Bordeaux (33) et Bayonne (64);
- 4 bases pour les hélicoptères de la Sécurité Civile : La Rochelle (17), Bordeaux (33), Lacanau (40), Pau (64).

### 6.1.3.3. Les temps d'accès du diagnostic fin 2016 en Nouvelle-Aquitaine

En 2016, 9 % de la population qui réside en Nouvelle-Aquitaine a un temps d'accès aux services d'accueil des urgences générales ou dispose d'un temps d'intervention SMUR de plus de 30 minutes.

En moyenne, ce temps de prise en charge est estimé entre 23 et 24 minutes sur le territoire régional et national.

*Figure 135. Temps d'intervention SMUR ou d'accès à un service d'urgence*

	Population	Nb Communes	Population à 30 minutes et plus		Commune à 30 minutes et plus	
			nb	%	nb	%
Charente	353 853	394	29 127	8,2	81	20,6
Charente-Maritime	637 089	469	20 390	3,2	33	7,0
Corrèze	241 340	285	41 756	17,3	115	40,4
Creuse	120 581	259	37 736	31,3	110	42,5
Dordogne	416 350	545	118 840	28,5	272	49,9
Gironde	1 526 016	540	34 956	2,3	31	5,7
Landes	400 477	331	23 929	6,0	54	16,3
Lot-et-Garonne	333 234	319	36 902	11,1	71	22,3
Pyrénées-Atlantiques	667 249	547	41 688	6,2	144	26,3
Deux-Sèvres	373 553	297	41 355	11,1	67	22,6
Vienne	433 203	280	39 301	9,1	45	16,1
Haute-Vienne	376 199	200	59 927	15,9	96	48,0
<b>Nouvelle Aquitaine</b>	<b>5 879 144</b>	<b>4 466</b>	<b>525 907</b>	<b>8,9</b>	<b>1 119</b>	<b>25,1</b>
<b>France métropolitaine</b>	<b>66 119 632</b>	<b>35 927</b>	<b>3 896 601</b>	<b>5,9</b>	<b>8 079</b>	<b>22,5</b>

Source : diagnostic DREES 2016 – Recensement de population INSEE 2014 – découpage communal au 01/01/2016

Le diagnostic évalue ensuite un temps d'accès à un MCS de la population non prise en charge à moins de 30 minutes par un SMUR ou un service d'urgence. **En mutualisant les temps d'accès à un SMUR, un service d'urgence et un MCS, seulement 5 % de la population régionale a recours en 30 minutes et plus à des soins d'urgence. Ce taux de population baisserait à 2,2 % en tenant compte des interventions des hélicoptères basés en Nouvelle-Aquitaine.**

Il faut toutefois souligner que l'activité des MCS et les interventions d'urgences des hélicoptères ne viennent qu'en renfort des interventions effectuées en continue, par les services d'urgences et les SMUR.

*Figure 136. Les différents temps d'accès du diagnostic selon l'équipement en Nouvelle-Aquitaine*

Equipements pris en compte	Population à plus de 30 minutes		Commune à plus de 30 minutes		Population	Nb Communes
	nb	%	nb	%		
Service d'urgence + SMUR- H24	525 907	8,9	1119	25,1	5 879 144	4 466
Service d'urgence + SMUR+ MCS	297 430	5,1	651	14,6		
Service d'urgence + SMUR+ MCS + HeliSMUR	162 030	2,8	417	9,3		
Service d'urgence + SMUR+ MCS + HeliSMUR+hélicoptères de la sécurité civile	131 698	2,2	323	7,2		

La carte suivante présente les temps de prise en charge de la population **uniquement par les services d'urgences générales et des SMUR intervenant 24 heures sur 24.**

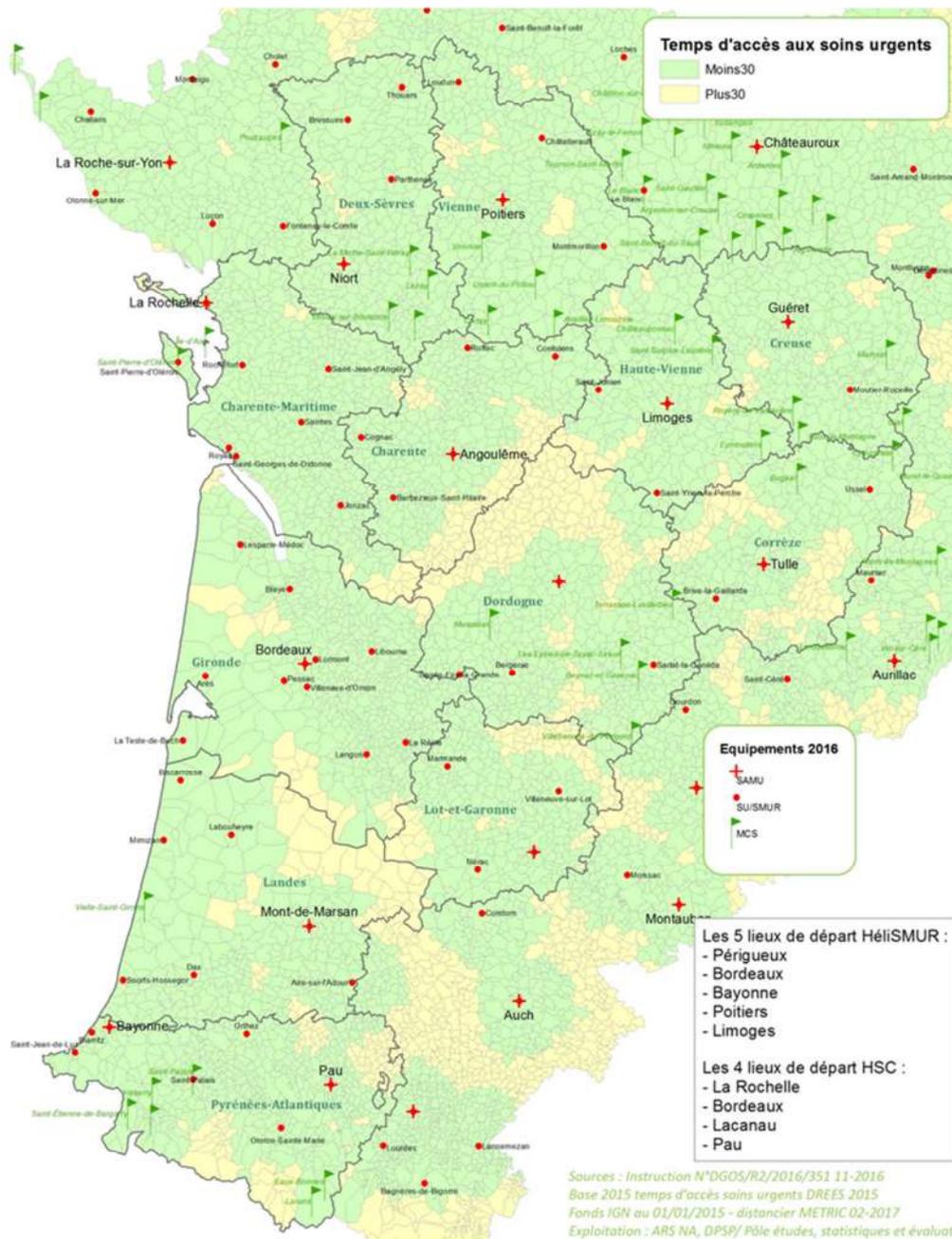
L'ensemble des équipements pris en compte dans le diagnostic est cependant localisé dans la cartographie qu'ils participent en renfort ou de façon pérenne à la prise en charge des soins urgents de la population.

**Figure 137. Cartographie des temps d'accès aux soins urgents à fin 2016 prise en charge par les services d'urgence et SMUR**



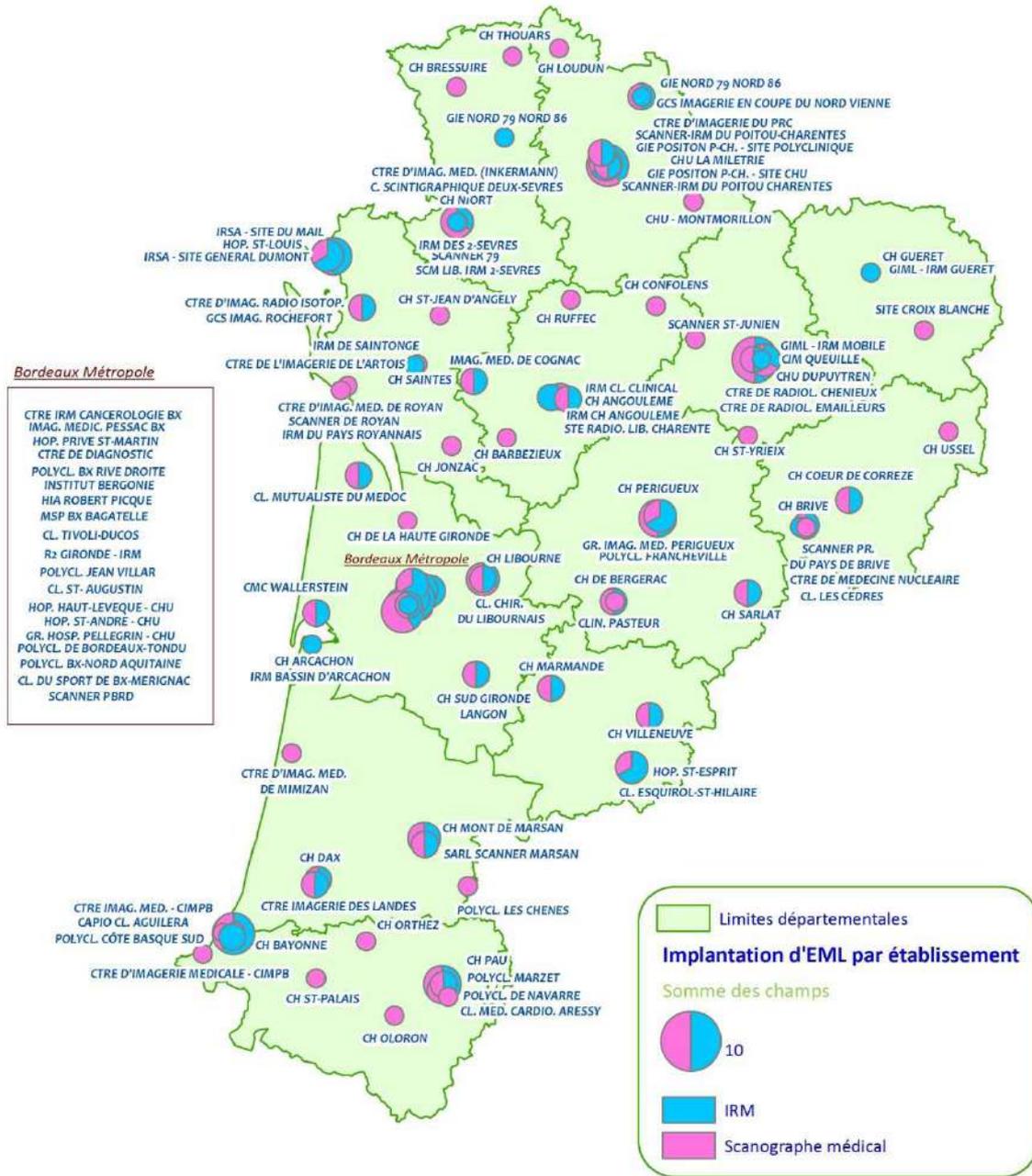
La carte suivante présente les temps de prise en charge de la population **par les services d'urgences générales et des SMUR intervenant 24 heures sur 24 ou par un médecin correspondant SAMU**. L'ensemble des équipements pris en compte dans le diagnostic est cependant localisé dans la cartographie qu'ils participent en renfort ou de façon pérenne à la prise en charge des soins urgents de la population.

*Figure 138. Cartographie des temps d'accès aux soins urgents à fin 2016 pris en charge par les services d'urgence, SMUR et MCS*



### 6.1.4. Les équipements matériels lourds (EML)

Figure 139. IRM et Scanner en Nouvelle-Aquitaine, au 25 janvier 2017



Source : Finess / ARHGDS au 27 janvier 2017  
 Cartographie : ARS Nouvelle-Aquitaine - DPSP, Pôle études, statistiques et évaluation  
 Fonds de carte : IGN / ESRI ©

Janvier 2017

## 6.2.Médecine, chirurgie et obstétrique

Les établissements de Nouvelle-Aquitaine ayant une activité de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) ont produit en 2015, hors séances et séjours de nouveau-nés, 1,63 million de séjours pour 5,3 millions de nuitées et 662 000 passages en hospitalisation sans nuitée.

*Figure 140. Séjours de médecine, chirurgie, obstétrique des établissements de Nouvelle-Aquitaine en 2015*

Etablissements de :	Séjours MCO hors séances hors Nouveau-nés				
	Nb de séjours	dont nb de séjours de 0 jour	dont nb de séjours Hospit. complète	Nb de journées	DMS
16-Charente	81 212	35 212	46 000	239 201	5,2
17-Charente Maritime	157 418	65 462	91 956	511 505	5,6
19-Corrèze	66 227	22 584	43 643	257 126	5,9
23-Creuse	22 130	5 910	16 220	115 832	7,1
24-Dordogne	75 707	29 180	46 527	286 146	6,2
33-Gironde	536 760	252 248	284 512	1 533 960	5,4
40-Landes	73 538	30 994	42 544	232 398	5,5
47-Lot et Garonne	84 097	32 760	51 337	285 695	5,6
64-Pyrénées-Atlantiques	202 011	89 444	112 567	590 708	5,2
79-Deux-Sevres	71 893	25 094	46 799	257 048	5,5
86-Vienne	135 218	52 622	82 596	451 625	5,5
87-Haute-Vienne	125 804	45 789	80 015	468 257	5,9
	<b>1 632 015</b>	<b>687 299</b>	<b>944 716</b>	<b>5 229 501</b>	<b>5,5</b>

Source PMSI 2015 Base ATIH - Exploitation ARS NA DPSP PESE

En 2015, il a été comptabilisé pour les patients de la région 1,62 million de séjours MCO (hors séances et séjours de nouveau-nés). La part des séjours de néo-aquitains pris en charge hors région est de 4,3 %. Cependant des disparités territoriales existent, notamment sur deux territoires qui présentent de forts taux de fuite hors région : les Deux-Sèvres (17,4 %) et la Creuse (20 %).

Au sein de la région, 16,6 % des séjours sont effectués sur un territoire différent de celui de résidence. Les territoires qui présentent des fuites importantes vers d'autres territoires néo-aquitains sont la Dordogne, les Landes, la Charente-Maritime, la Creuse et la Charente. Dans ces départements, au moins 20 % des hospitalisations se font dans un autre département de la Nouvelle-Aquitaine :

- 41 % des séjours des landais sont pris en charge dans des établissements hors du département : pour les Nord Landais surtout en Gironde et pour les Sud Landais en Pyrénées-Atlantiques.
- 35 % des séjours des patients de Dordogne sont pris en charge dans des établissements hors du département : sur la Gironde vers Libourne et Bordeaux, vers Limoges en Haute-Vienne et vers Brive en Corrèze.

**Figure 141. Séjours des néo-aquitains en médecine, chirurgie, obstétrique en 2015 et lieu d'hospitalisation**

Département de résidence du patient	Nb de séjours MCO consommés	dont prise en charge par un étab. du département	Fuites		
			Total des fuites :	Dont Fuite autre dept de NA	Dont Fuite hors région
16-Charente	91 266	77,7%	22,3%	20,5%	1,8%
17-Charente Mar. Nord	91 551	89,6%	10,4%	6,8%	3,6%
17-Charente Mar. Sud et Est	87 141	73,3%	26,7%	24,7%	2,0%
19-Corrèze	64 764	78,1%	21,9%	14,4%	7,5%
23-Creuse	36 689	56,3%	43,7%	23,7%	20,0%
24-Dordogne	115 178	61,6%	38,4%	35,0%	3,4%
33-Gironde	443 720	97,8%	2,2%	1,2%	1,1%
40-Landes	110 276	56,9%	43,1%	41,2%	1,9%
47-Lot et Garonne	96 706	76,6%	23,4%	16,1%	7,3%
64-Navarre Cote Basque	79 330	93,7%	6,3%	4,5%	1,8%
64-Béarn Soule	100 615	89,0%	11,0%	4,9%	6,0%
79-Deux-Sevres	96 346	68,2%	31,8%	14,4%	17,4%
86-Vienne	116 793	91,3%	8,7%	2,7%	6,0%
87-Haute-Vienne	92 656	95,4%	4,6%	2,5%	2,1%
NA en erreur	200				
	<b>1 623 231</b>	<b>83,4%</b>	<b>16,6%</b>	<b>12,3%</b>	<b>4,3%</b>

Source PMSI MCO 2015 - exploitation ARS NA DPSP Etudes et stats

### 6.2.1. L'activité de chirurgie

Les principaux motifs d'hospitalisation concernent l'orthopédie, les pathologies digestives et l'ophtalmologie qui représentent plus de la moitié des séjours en 2015 :

- Les chirurgies de l'appareil locomoteur hors rachis représentent 25,6 % des séjours : les chirurgies majeures (dont hanche, genou) et les chirurgies main/poignet représentent le plus gros volume de prise en charge avec plus de 70 000 hospitalisations en 2015. Les chirurgies majeures sont en progression depuis 2010.
- L'ophtalmologie représente 16,4 % des séjours : les chirurgies de la cataracte ne cessent de progresser avec 85 600 séjours en 2015.
- Les chirurgies digestives restent en proportion équivalentes au sein de la chirurgie avec 11,9 % des séjours : les séjours les plus représentés étant les cures de hernies, les chirurgies du rectum et les cholécystectomies.
- Les chirurgies ORL et stomatologiques représentent de manière constante 11,2 % des séjours dont plus de 34 000 séjours d'affections des dents avec extractions (essentiellement en ambulatoire) et 15 000 séjours pour amygdalectomies, végétations et drains transtympaniques pratiqués surtout chez l'enfant.

**Figure 142. Taux de chirurgie ambulatoire par lieu d'implantation de l'établissement en Nouvelle-Aquitaine, 2015**

Territoire	Taux de chirurgie Ambulatoire		
	2013	2014	2015
16-Charente	55,4%	56,6%	58,7%
17-Char. Maritime	52,4%	53,4%	55,6%
19-Corrèze	42,6%	44,2%	46,8%
23-Creuse	48,8%	51,7%	52,1%
24-Dordogne	50,1%	52,4%	53,3%
33-Gironde	45,7%	48,5%	51,7%
40-Landes	50,7%	51,3%	52,3%
47-Lot et Garonne	50,5%	51,4%	53,3%
64-Pyrénées Atlantiques	49,3%	50,9%	53,1%
79-Deux-Sevres	45,2%	45,7%	46,7%
86-Vienne	43,3%	44,4%	46,7%
87-Haute-Vienne	44,1%	45,9%	47,4%
<b>France</b>	<b>47,9%</b>	<b>50,0%</b>	<b>51,9%</b>

source PMSI MCO 2015 - ScanSanté ATIH - Exploitation ARS DPSP Etudes et stats

### 6.2.1.1. La chirurgie ambulatoire

Le taux de chirurgie ambulatoire en Nouvelle-Aquitaine était de 49,5 % en 2014 et de 51,7 % en 2015, soit toujours légèrement inférieur au taux national.

Néanmoins, les premières estimations sur le premier semestre de 2016 positionnent le taux de chirurgie ambulatoire à plus de 54 %, montrant que les différentes actions menées par les ARS, l'ANAP et les professionnels de terrain commencent à porter leurs fruits.

**Figure 143. Taux de chirurgie ambulatoire par lieu de résidence des néo-aquitains en 2015**

Département patient	Nb de séjours de chirurgie (méthode DGOS)	Taux de séjours ambulatoire	DMS en hospit complète
16-Charente	35 230	53,0%	5,1
17-Charente Maritime	69 439	52,1%	5,5
19-Corrèze	23 623	45,9%	5,9
23-Creuse	11 887	45,0%	6,9
24-Dordogne	43 511	49,9%	5,9
33-Gironde	160 421	55,6%	5,5
40-Landes	44 213	51,8%	5,4
47-Lot et Garonne	34 039	49,0%	5,5
64 - Pyrénées Atlantiques	71 123	51,3%	5,5
79-Deux-Sevres	36 757	49,0%	5,4
86-Vienne	42 349	50,7%	5,2
87-Haute-Vienne	34 551	47,7%	5,9
	<b>607 143</b>	<b>51,7%</b>	<b>5,5</b>

source PMSI 2015 - Base ATIH sécurisée - Exploitation ARS DPSP Etudes et stats

En 2015, les hospitalisations des néo-aquitains ont représenté 607 000 séjours.

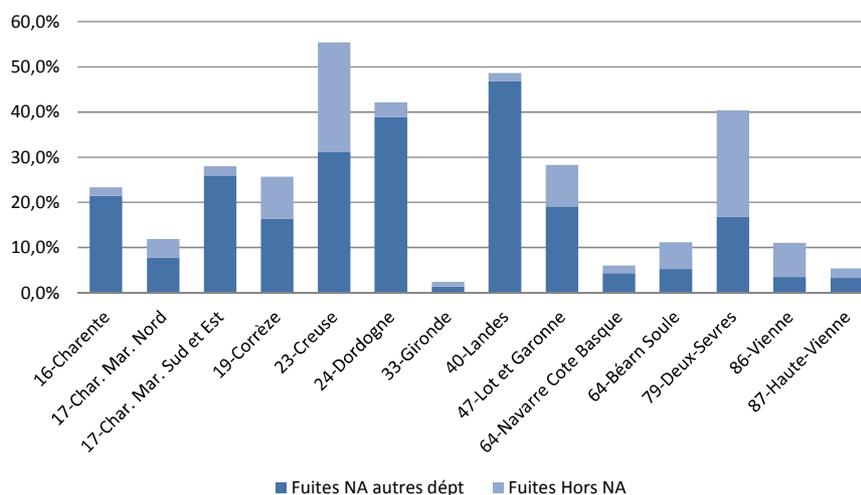
Les taux de prise en charge en ambulatoire sont variables selon les lieux de résidence, allant de 45 % au plus bas en Creuse jusqu'à 55,6 % en Gironde.

Les départements de Gironde, des Pyrénées-Atlantiques et de Haute-Vienne présentent un taux d'attractivité important.

### 6.2.1.2. Les flux de patients en chirurgie

- Près de 28 % des hospitalisations de chirurgie des patients de la Creuse sont réalisées à Limoges et 24 % hors Nouvelle-Aquitaine (dont 13 % vers deux établissements de l'Allier). Ces hospitalisations hors région sont également importantes pour les patients d'Aubusson qui sont nombreux à se faire hospitaliser en Puy-de-Dôme.
- 24 % des hospitalisations en chirurgie des résidents de Dordogne sont réalisées en Gironde (principalement au CHU de Bordeaux, dans les cliniques bordelaises et dans les deux établissements du Libournais).
- Une partie des patients de nord Dordogne et de Sarlat sont hospitalisés respectivement vers Limoges et Brive.
- Les patients landais sont hospitalisés pour la chirurgie à 30 % en Pyrénées-Atlantiques et à 16 % en Gironde. Les patients des Deux-Sèvres sont hospitalisés en chirurgie à 10 % dans la Vienne et presque 24 % hors Nouvelle-Aquitaine.
- Près de 17 % des patients de Lot-et-Garonne sont hospitalisés en Gironde.

Figure 144. Taux de fuite des patients néo-aquitains en chirurgie en 2015



Source : PMSI MCO 2015 – ASO chirurgie – Exploitation : ARS NA DPSP PESE

**Figure 145. Les taux de recours standardisés en chirurgie (en nombre de séjours pour 1 000 habitants) en Nouvelle-Aquitaine entre 2011 et 2015**

Département	Taux standardisés de chirurgie				
	2011	2012	2013	2014	2015
CHARENTE	99,7	99,1	98,5	97,3	97,5
CHARENTE-MARITIME	104,6	103,5	105,4	105,6	104,3
CORRÈZE	92,4	92,6	93,8	92,6	93,7
CREUSE	89,5	88,9	87,0	88,6	88,2
DORDOGNE	95,9	95,8	97,6	99,3	99,3
GIRONDE	108,7	109,9	111,2	113,3	113,9
LANDES	110,1	109,7	110,0	111,0	110,0
LOT-ET-GARONNE	95,5	94,5	95,5	98,5	98,3
PYRÉNÉES-ATLANTIQUES	103,3	105,0	105,2	106,0	106,4
DEUX-SÈVRES	98,5	98,9	98,1	96,1	98,8
VIENNE	99,3	98,6	100,4	101,4	100,0
HAUTE-VIENNE	90,8	90,6	90,3	90,1	88,7
<b>Nouvelle Aquitaine</b>	<b>101,6</b>	<b>101,9</b>	<b>102,7</b>	<b>103,6</b>	<b>103,6</b>
<b>FRANCE</b>	<b>96,1</b>	<b>96,8</b>	<b>97,0</b>	<b>98,4</b>	<b>98,7</b>

Source : ATIH - SCANSANTE / Exploitation : DPSP - Pôle Etudes et Statistiques

Le taux de recours aux soins chirurgicaux mesure la consommation de soins hospitaliers des habitants d'une zone géographique donnée, rapportée à la population domiciliée dans cette zone.

Sa standardisation sur l'âge et le sexe permet de corriger l'effet structure de la population de la zone géographique considérée et donc d'effectuer des comparaisons nationales, régionales ou départementales et de faire un repérage des atypies.

Après standardisation sur l'âge et le sexe, la région Nouvelle-Aquitaine se situe au-dessus de la moyenne nationale avec un taux de recours à 103,6 (vs 98,7 au niveau national).

Au niveau départemental, une forte disparité est observée entre l'ouest de la région sur la façade atlantique, en "surconsommation" par rapport à la moyenne nationale (indices variant de 1,06 pour la Charente-Maritime à 1,15 pour la Gironde) et l'est avec des indices variant de 0,89 pour la Creuse à 1,01 pour la Dordogne (nb : l'indice est le rapport entre le taux de recours du territoire considéré et le taux de recours national). Un indice supérieur à 1 signifie qu'il y a « surconsommation », un indice inférieur à 1 signifie qu'il y a « sous-consommation ». S'il est égal à 1, la consommation est comparable à celle observée sur le territoire national).

### 6.2.2. L'activité de médecine

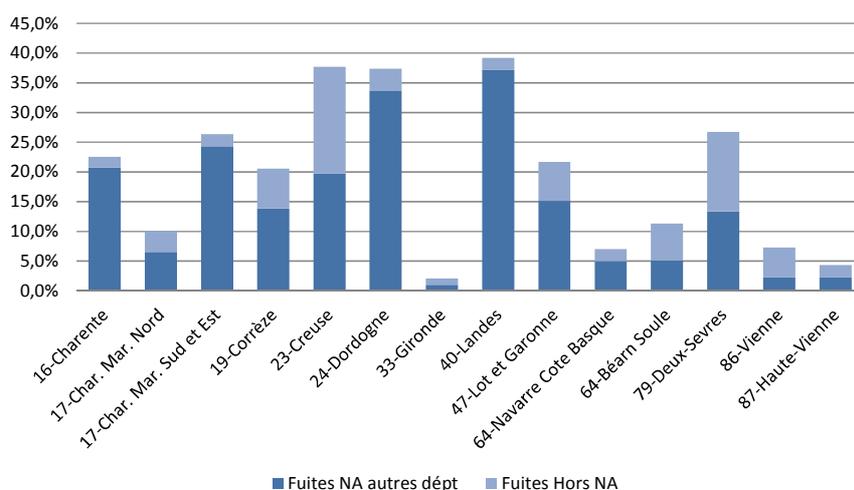
On compte, en 2015, 896 000 séjours en médecine pour les patients de la région, correspondant à 3 132 000 journées.

L'hospitalisation pour pathologies digestives représente en 2015 la part la plus importante des hospitalisations en médecine (26,8 % dont 134 700 séjours pour endoscopies digestives représentant 15 % de ces séjours).

Les séjours de cardiologie représentent 10,1 % des séjours de médecine (dont 150 000 séjours pour insuffisance cardiaque). Les cathétérismes cardiaques, activités exploratoires avec pose d'endoprothèses sont en progression (5,1 % des séjours).

Les séjours de pneumologie, qui représentent 8,8 % des séjours, ont progressé surtout en raison des affections respiratoires liées à la vague de grippe du début de l'année 2015, hausse constatée France entière.

**Figure 146. Taux de fuite en médecine des néo-aquitains en 2015**



Source : PMSI MCO 2015 – ASO chirurgie – Exploitation : ARS NA DPSP PESE

### 6.2.2.1. Les flux de patients en médecine

Globalement les « fuites » de patients en médecine sont moins importantes que les « fuites » de patients en chirurgie car la moyenne d'âge est plus élevée et les hôpitaux de proximité répondent à une partie de la demande.

**Figure 147. Taux de recours en médecine des néo-aquitains pour 1 000 habitants**

Département	Taux standardisés de Médecine				
	2011	2012	2013	2014	2015
CHARENTE	137,8	138,1	136,6	133,4	135,0
CHARENTE-MARITIME	149,6	148,7	145,5	144,8	144,8
CORRÈZE	138,8	140,6	140,0	140,9	139,8
CREUSE	160,9	159,2	154,8	155,7	158,8
DORDOGNE	137,8	137,5	137,5	135,8	139,0
GIRONDE	169,8	170,9	172,3	173,7	174,9
LANDES	146,3	142,3	142,1	140,5	143,4
LOT-ET-GARONNE	149,9	153,8	157,1	154,5	155,5
PYRÉNÉES-ATLANTIQUES	131,9	136,9	137,6	139,3	142,1
DEUX-SÈVRES	137,3	136,9	133,6	134,1	139,0
VIENNE	156,6	158,8	156,7	156,0	156,9
HAUTE-VIENNE	129,4	129,5	131,1	131,6	134,3
<b>Nouvelle Aquitaine</b>	<b>148,5</b>	<b>149,4</b>	<b>149,4</b>	<b>149,5</b>	<b>151,2</b>
<b>FRANCE</b>	<b>151,7</b>	<b>153,3</b>	<b>153,1</b>	<b>154,5</b>	<b>156,2</b>

Source : ATIH - SCANSANTE / Exploitation : DPSP - Pôle Etudes et Statistiques

Les taux de recours standardisés en médecine se situent en dessous de la moyenne nationale avec un indice régional à 0,97. On observe un sous-recours relativement important en Haute-Vienne et Charente. En revanche, la Gironde confirme son "sur-recours" avec un indice à 1,12.

### 6.2.3. L'activité d'obstétrique et la périnatalité

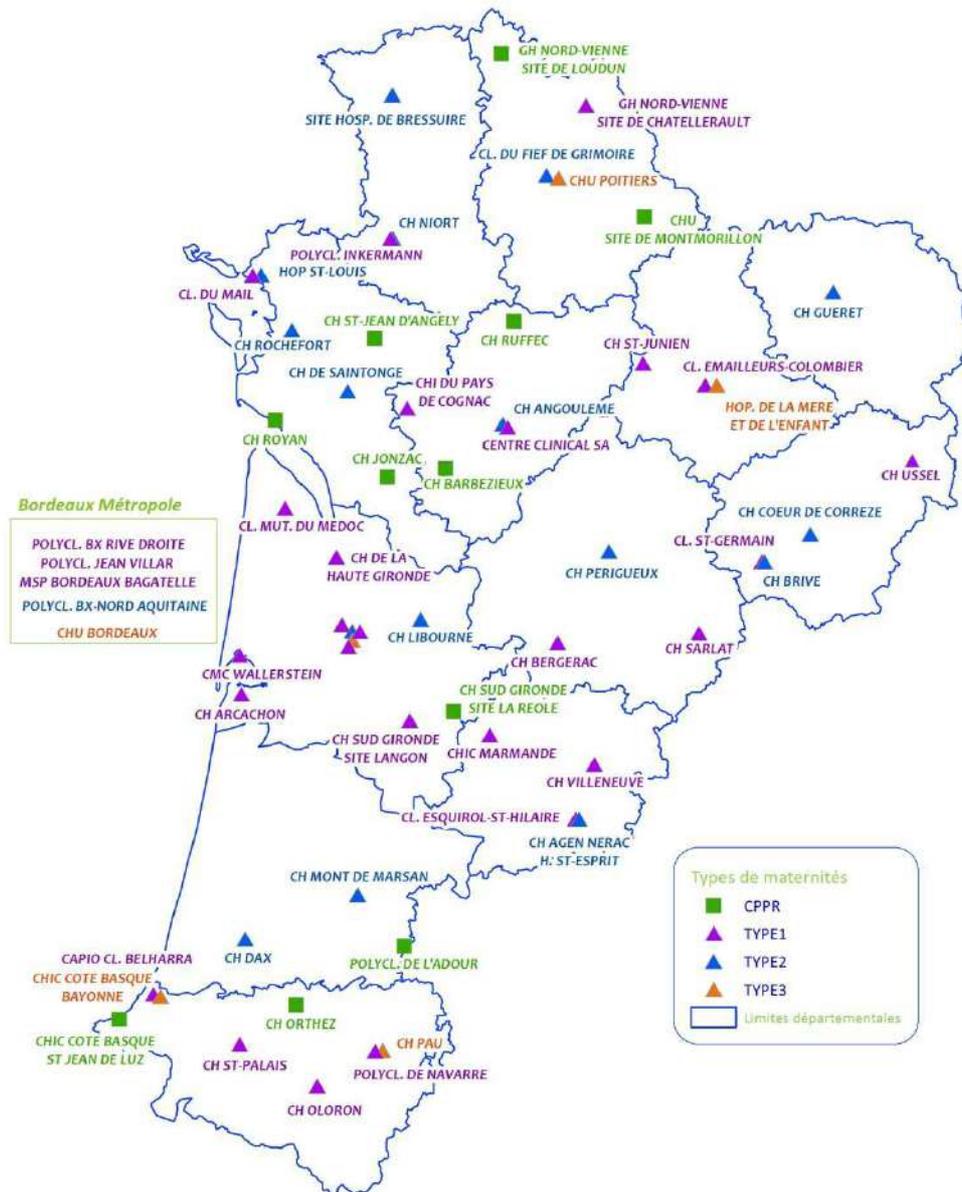
Au cours de l'année 2015, plus de 56 500 enfants sont nés de mères domiciliées en Nouvelle-Aquitaine. Cela représente plus de 7 % des naissances du niveau national.

Depuis les années 1970, diverses mesures prises par les pouvoirs publics ont construit un nouveau cadre juridique (décrets, plans Périnatalité) pour encadrer la pratique des accouchements et réduire les risques pour l'enfant et la mère.

Cela s'est traduit par un long processus de restructuration et de concentration des maternités, dont le nombre a diminué en même temps que leur taille augmentait.

La région Nouvelle-Aquitaine est ainsi passée de 57 maternités au 1<sup>er</sup> janvier 2010 à 50 maternités au 1<sup>er</sup> janvier 2016. A cette offre s'ajoute une douzaine de centres périnataux de proximité.

**Figure 148. Maternités et centres périnataux de proximité en Nouvelle-Aquitaine au 1<sup>er</sup> mars 2017**



Source : Finess au 1<sup>er</sup> mars 2017  
 Cartographie : ARS NA – DPSP, PESE / ESRI®

### 6.2.3.1. Les accouchements

En 2015, 56 200 accouchements ont eu lieu dans la région.

L'âge moyen de la mère est de 30 ans en 2015 stable par rapport à 2014. 2,4 % des mamans ont moins de 20 ans et 19,5 % ont plus de 35 ans.

1,7 % des accouchements sont multiples.

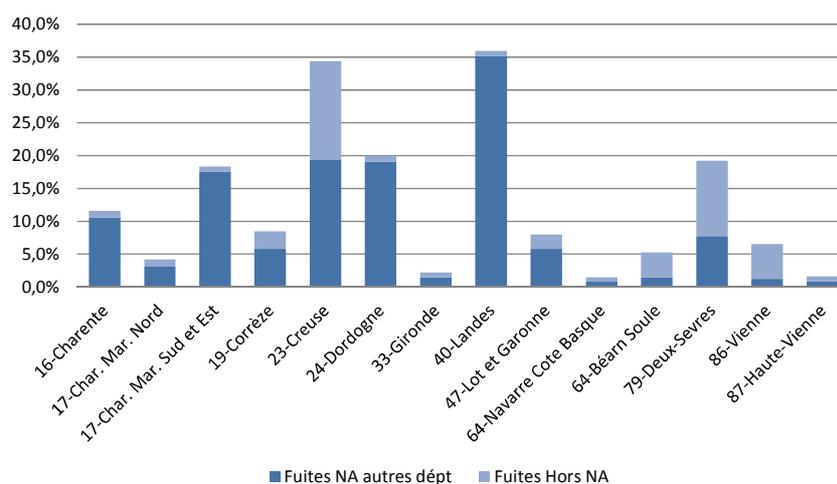
Le taux de césariennes régional est de 19 % en 2015 (19,3 % en 2014), inférieur au taux national de 20,1 %. Cependant les pratiques sont très disparates selon l'établissement de prise en charge, les taux de césariennes variant de 12 % à 28 %.

Un travail a été effectué avec les professionnels, notamment en ex-Aquitaine, sur les césariennes programmées à terme. Le taux régional de césariennes programmées sur les naissances à terme est passé de 6,7 % en 2014 à 6,2 % en 2015.

### 6.2.3.2. Les flux de parturientes

Les Landaises sont beaucoup prises en charge en Pyrénées-Atlantiques. En Creuse, les patientes du territoire de Bourgneuf s'orientent pour moitié vers Limoges et celles d'Aubusson pour 35 % hors région.

Figure 149. Taux de fuite en obstétrique des Néo-aquitaines



Source : PMSI MCO 2015 – ASO chirurgie – Exploitation : ARS NA DPSP PESE

### 6.2.3.3. L'offre en néonatalogie

La région offre 208 lits de néonatalogie. En 2015, on compte 42 978 journées pour 6 256 séjours en 2015 et une DMS de 7,2 jours, 92 lits de soins intensifs pour 25 000 journées de prise en charge sur 2 621 séjours (DMS 10,7 jours) et 50 lits de réanimation néonatale pour 13 400 journées pour 1 369 séjours en 2015 (DMS 11,0 jours).

### 6.2.3.4. Prématurité et poids des nouveau-nés

6,9 % des nouveau-nés vivants sont venus au monde prématurément (âge gestationnel de moins de 37 semaines d'aménorrhées). 1,5 % des nouveau-nés ont un poids inférieur à 1 500g, soit 0,9 % des nouveau-nés vivants, et 6,8 % un poids de 1 500g à 2 499g.

Le taux de mortalité hospitalière estimée pour 2015 est de 8,8 pour 1 000 naissances en légère hausse depuis 2014 (8,6 pour 1 000 naissances). Dans ce taux de mortalité, la mortalité fœtale spontanée est stable à 5,1 décès pour 1 000 naissances.

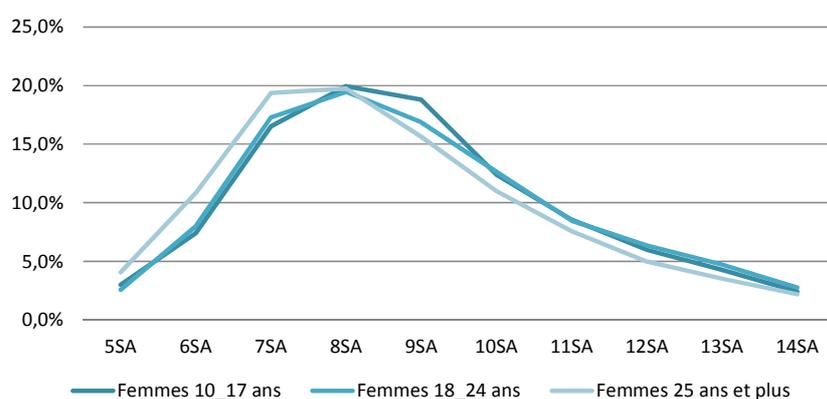
Le taux de décès néonatal précoce (avant le 7<sup>ième</sup> jour) est de 1,5 pour 1 000 naissances vivantes en région. Il a très légèrement augmenté en 2015 par rapport à 2014 (1,5 pour 1 000 naissances vivantes).

*Les chiffres ne comprennent pas les incidents hors séjours hospitaliers.*

### 6.2.3.5. Les interruptions volontaires de grossesse (IVG)

Depuis 2004, les médecins exerçant en cabinet de ville peuvent réaliser des IVG médicamenteuses pour les grossesses allant jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée, sous réserve d'une convention passée avec un établissement de santé. Ainsi 16 430 IVG ont été pratiquées en 2015, dont 2 263 effectuées en ville. La Dordogne apparaît le département où le recours est le plus élevé avec 158 IVG pour 10 000 habitantes.

**Figure 150. Part des IVG par semaine d'aménorrhée (SA) selon l'âge des patientes en 2015**



Source : PMSI MCO 2015 – Exploitation : ARS NA DPSP PESE

4,8 % des IVG sont pratiquées chez des jeunes femmes de moins de 18 ans et 7,1 % chez des femmes de plus de 39 ans.

8,8 % des IVG sont tardives (à 13 ou 14 semaines d'aménorrhée). Les femmes de 25 à 50 ans ont des IVG plus précoces : 50 % sont effectuées entre 6 et 8 SA contre 44 % chez les patientes mineures.

C'est en Gironde et en Vienne que se trouvent les parts les plus élevées d'IVG tardives.

Figure 151. IVG des Néo-aquitaines en 2015

Département Patientes	Nb d'IVG hospité.	Nb IVG Ville (DAMIR)	Total IVG 2015	Taux pour 10 000 femmes en âge de procréer	IVG hospitalières		
					Nb de jours moyen depuis dernier jour des règles	Nb IVG à 13 ou 14 semaines d'aménorrhée	Part sur IVG hospité.
16-Charente	751	167	918	133	58,8	55	7,3%
17-Charente Maritime	1 545	136	1 681	138	56,2	101	6,5%
19-Corrèze	535	10	545	123	57,2	34	6,4%
23-Creuse	200	3	203	98	57,5	13	6,5%
24-Dordogne	1 170	37	1 207	158	54,2	86	7,4%
33-Gironde	3 807	1 680	5 487	155	63,6	474	12,5%
40-Landes	873	116	989	126	60,3	62	7,1%
47-Lot et Garonne	802	169	971	151	57,1	49	6,1%
64-Pyrénées-Atlantiques	1 533	226	1 759	128	59,3	104	6,8%
79-Deux-Sevres	677	12	689	93	57,9	58	8,6%
86-Vienne	896	101	997	106	60,7	107	11,9%
87-Haute-Vienne	978	6	984	125	58,6	67	6,9%
<b>Total</b>	<b>13 767</b>	<b>2 663</b>	<b>16 430</b>	<b>136</b>	<b>59,5</b>	<b>1 210</b>	<b>8,8%</b>

Source : PMSI MCO 2015 et DAMIR (SNIIRAM) – Exploitation : ARS NA DPSP PESE

Figure 152. Fuites hospitalières pour les patientes néo-aquitaines ayant eu une IVG en 2015

Département patients	Nb d'IVG 2015	Fuites		
		En NA hors dept	Hors NA	Total
16-Charente	751	8,8%	1,7%	10,5%
17-Charente Maritime	1 545	6,6%	1,5%	8,1%
19-Corrèze	535	4,5%	2,8%	7,3%
23-Creuse	200	10,5%	14,5%	25,0%
24-Dordogne	1 170	12,4%	1,1%	13,5%
33-Gironde	3 807	1,9%	1,4%	3,3%
40-Landes	873	29,4%	1,3%	30,7%
47-Lot et Garonne	802	4,1%	2,9%	7,0%
64-Pyrénées-Atlantiques	1 533	1,5%	7,5%	9,0%
79-Deux-Sevres	677	4,9%	8,9%	13,7%
86-Vienne	896	1,2%	4,2%	5,5%
87-Haute-Vienne	978	1,7%	1,4%	3,2%
<b>Total</b>	<b>13 767</b>	<b>5,8%</b>	<b>3,0%</b>	<b>8,8%</b>

source PMSI 2015 - ARS NA DPSP Etudes et stats - GHM 14Z08Z

Les patientes landaises sont prises en charge en Nouvelle-Aquitaine mais hors département à hauteur de 29 % (notamment en Pyrénées-Atlantiques) alors que les patientes de la Creuse sont prises en charge au CHU de Limoges ou dans l'Allier.

Les patientes de Dordogne se font prendre en charge hors de leur département surtout au CH de Libourne, au CH de Brive et au CHU de Limoges.

Les patientes des Deux-Sèvres sont prises en charge principalement au CH de Saumur (Maine-et-Loire).

Figure 153. L'activité de médecine, chirurgie, obstétrique en 2014 et 2015 en Nouvelle-Aquitaine

Domaine d'activité	Part des séjours dans la discipline		Nb de séjours		Nb de journées	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015
<b>Nouvelle Aquitaine</b>			<b>1 612 387</b>	<b>1 632 015</b>	<b>5 291 391</b>	<b>5 229 501</b>
<b>C - Chirurgie</b>	<b>39,8%</b>	<b>39,5%</b>	<b>641 543</b>	<b>644 790</b>	<b>1 873 235</b>	<b>1 794 121</b>
D02 - Orthopédie traumatologie	25,5%	25,6%	163 895	165 114	572 276	537 004
D11 - Ophtalmologie	15,8%	15,9%	101 441	102 446	21 031	18 926
D01 - Digestif	11,9%	11,9%	76 276	76 830	390 550	377 381
D10 - ORL, Stomatologie	11,3%	11,0%	72 295	71 240	51 174	47 368
D15 - Uro-néphrologie et génital	8,0%	8,0%	51 059	51 695	168 300	161 671
D12 - Gynécologie - sein	6,9%	6,8%	44 365	44 113	94 945	87 875
D07 - Cardio-vasculaire (hors cathét. Vasc.)	6,5%	6,5%	41 927	41 916	180 160	173 199
D05 - Système nerveux (hors cathét. Vasc.)	4,6%	4,7%	29 611	30 308	153 765	154 391
D20 - Tissu cutané et tissu sous-cutané	3,8%	3,9%	24 343	25 336	43 252	45 255
D26 - Activités inter spécialités, suivis thérapeutiques	2,9%	2,8%	18 412	17 978	66 309	60 159
D19 - Endocrinologie	0,9%	0,9%	6 018	5 818	18 771	17 635
D09 - Pneumologie	0,8%	0,8%	4 940	5 126	47 050	45 494
D16 - Hématologie	0,5%	0,5%	3 283	3 306	17 738	18 183
D04 - Rhumatologie	0,2%	0,2%	1 535	1 432	12 690	14 311
D03 - Traumatismes multiples ou complexes graves	0,2%	0,2%	1 025	1 066	21 248	20 575
D21 - Brûlures	0,1%	0,1%	759	687	5 973	5 449
D25 - Transplant. d'organes	0,1%	0,1%	359	379	8 003	9 245
<b>M - Médecine</b>	<b>54,4%</b>	<b>54,9%</b>	<b>876 734</b>	<b>896 111</b>	<b>3 100 628</b>	<b>3 132 007</b>
D01 - Digestif	25,6%	25,6%	224 065	229 479	363 669	362 820
D07 - Cardio-vasculaire (hors cathét. Vasc.)	10,1%	10,1%	88 532	90 552	417 730	413 747
D09 - Pneumologie	8,3%	8,8%	72 689	79 098	481 817	509 482
D26 - Activités inter spécialités, suivi thérapeutique	7,9%	8,2%	68 922	73 393	115 580	114 353
D05 - Système nerveux (hors cathét. Vasc.)	7,7%	7,8%	67 830	69 850	325 859	320 855
D15 - Uro-néphrologie et génital	6,5%	6,4%	56 584	57 383	164 962	168 207
D06 - cathét. Vasc.	4,9%	5,1%	43 084	45 830	165 192	170 696
D04 - Rhumatologie	4,0%	3,8%	34 906	34 220	156 918	158 161
D19 - Endocrinologie	3,8%	3,6%	32 969	31 883	139 354	145 371
D16 - Hématologie	3,7%	3,5%	32 103	31 297	155 271	153 177
D23 - Toxicologie, Intoxications, Alcool	3,4%	3,2%	30 098	28 508	78 037	75 456
D22 - Psychiatrie	2,7%	2,8%	24 089	24 857	115 372	118 307
D17 - Chimiothérapie, radiothérapie, hors séances	2,8%	2,7%	24 799	24 223	60 112	58 348
D10 - ORL, Stomatologie	2,1%	2,1%	18 249	18 778	37 566	38 149
D24 - Douleurs chroniques, Soins palliatifs	2,0%	1,9%	17 588	16 678	143 387	141 780
D20 - Tissu cutané et tissu sous-cutané	1,8%	1,8%	15 431	15 773	78 420	82 719
D18 - Maladies infectieuses (dont VIH)	1,4%	1,3%	12 262	11 924	54 863	53 062
D11 - Ophtalmologie	0,5%	0,5%	4 723	4 529	13 080	11 832
D12 - Gynécologie - sein	0,5%	0,5%	4 457	4 296	13 713	13 939
D02 - Orthopédie traumatologie	0,4%	0,4%	3 354	3 560	19 726	21 546
<b>O - Obstétrique</b>	<b>5,8%</b>	<b>5,6%</b>	<b>94 110</b>	<b>91 114</b>	<b>317 528</b>	<b>303 373</b>

Source PMSI MCO dans DIAMANT - exclusion des nouveau-nés/ séances / erreurs - ARS NA DPSP PESE nov 2016

### 6.3. Soins de suite et de réadaptation

En région Nouvelle-Aquitaine, 185 établissements de santé sont autorisés en soins de suite et de réadaptation. La moitié sont des structures publiques.

L'offre d'accueil est cependant majoritaire dans les établissements privés, les lits du secteur public représentant 44,5 % de la capacité d'accueil à temps complet et les places seulement 29,2 % de l'accueil à temps partiel. Des disparités départementales s'observent : les lits des établissements publics représentent près de 80 % des lits de Haute-Vienne contre moins d'un quart en Gironde.

**Figure 154. Accueil et activité des établissements de santé autorisés en SSR en 2015**

Département	Nombre de lits en hospitalisation complète	Part des lits dans les établissements publics	Nombre de places en hospitalisation partielle	Part des places dans les établissements publics	Nombre de journées en hospitalisation complète	Part des journées HC dans les établissements publics	Nombre de journées en hospitalisation partielle	Part des journées HTP dans les établissements publics
Charente	452	73,45	34	41,18	143 056	69,96	10 469	37,28
Charente-Maritime	962	53,53	69	49,28	326 656	54,60	22 944	43,18
Corrèze	304	71,71	8	100,00	100 169	66,44	2 524	100,00
Creuse	343	45,19	18	16,67	89 658	41,26	5 312	0,02
Dordogne	734	59,40	12	100,00	253 275	57,83	2 560	100,00
Gironde	1 770	23,39	248	12,90	567 179	23,60	89 603	9,46
Landes	816	35,05	43	62,79	270 669	33,09	22 569	52,45
Lot-et-Garonne	565	43,19	20	60,00	141 327	49,37	3 397	30,94
Pyrénées-Atlantiques	1 827	32,46	127	14,17	615 543	32,48	36 930	13,29
Deux-Sèvres	594	52,36	45	26,67	198 312	55,38	11 200	18,66
Vienne	621	44,44	62	19,35	218 297	45,92	20 484	17,98
Haute-Vienne	627	79,11	82	48,78	210 577	76,74	27 760	41,89
<b>Nouvelle-Aquitaine</b>	<b>9 615</b>	<b>44,47</b>	<b>768</b>	<b>29,17</b>	<b>3 134 718</b>	<b>44,44</b>	<b>255 752</b>	<b>24,47</b>

Source : DREES, Enquête SAE 2015

Traitement : ARS Nouvelle-Aquitaine - DPSP, Pôle études, statistiques et évaluation

Les taux d'équipement en lits sont globalement plus élevés dans la région qu'au niveau national, avec des disparités départementales fortement marquées : la Creuse et les Pyrénées-Atlantiques sont fortement dotés en lits de SSR à l'inverse de la Gironde.

**Figure 155. Taux d'équipement des établissements de santé autorisés en SSR en 2015**

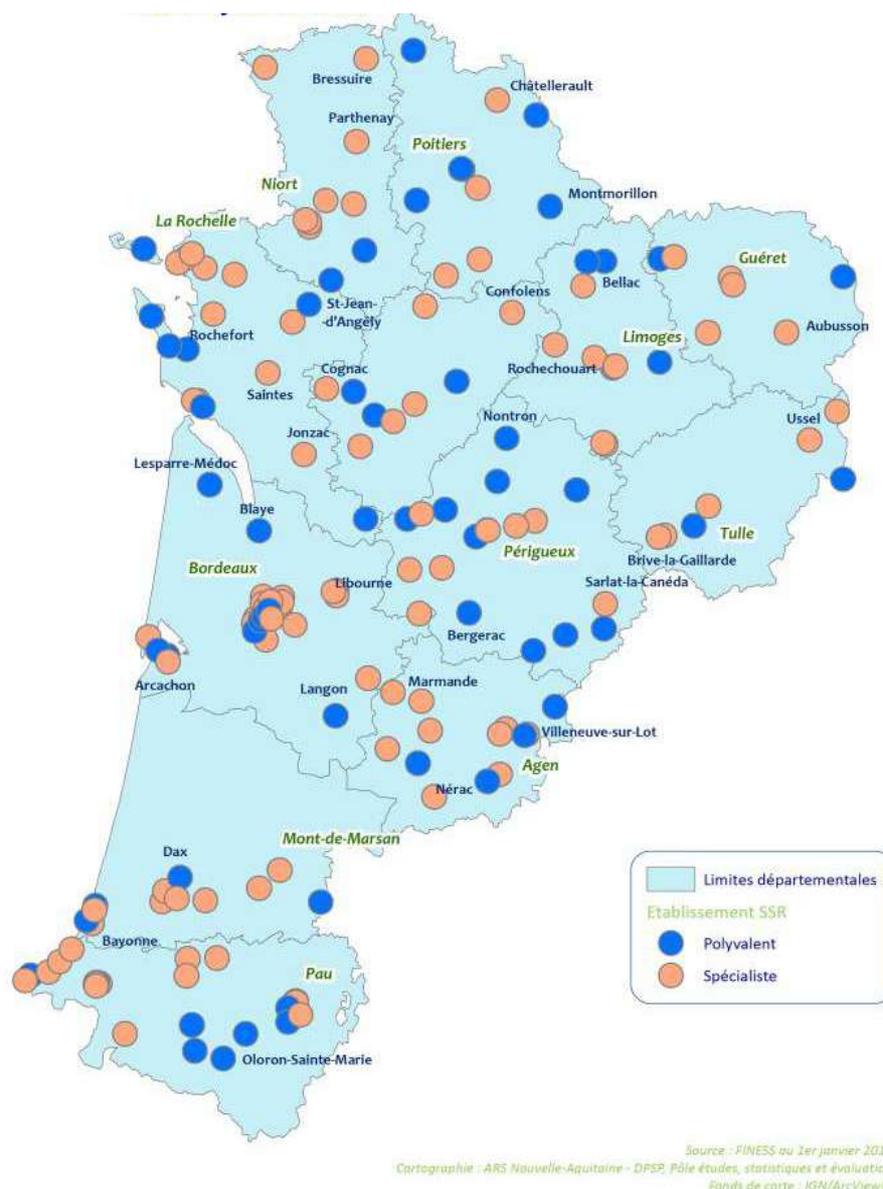
Département	Taux d'équipement pour 1 000 habitants	
	Hospitalisation à temps complet	Hospitalisation à temps partiel
Charente	1,27	0,10
Charente-Maritime	1,50	0,11
Corrèze	1,27	0,03
Creuse	2,87	0,15
Dordogne	1,76	0,03
Gironde	1,15	0,16
Landes	2,01	0,11
Lot-et-Garonne	1,69	0,06
Pyrénées-Atlantiques	2,73	0,19
Deux-Sèvres	1,59	0,12
Vienne	1,43	0,14
Haute-Vienne	1,67	0,22
<b>Nouvelle-Aquitaine</b>	<b>1,74</b>	<b>0,14</b>
<b>France entière</b>	<b>1,64</b>	<b>0,19</b>

Source : DREES, Enquête SAE 2015

Traitement : ARS Nouvelle-Aquitaine - DPSP, Pôle études, statistiques et évaluation

En termes de places, la Nouvelle-Aquitaine dispose d'un taux d'équipement plus faible qu'au niveau national, avec encore de fortes disparités départementales : la Haute-Vienne, avec 0,22 place pour 1 000 habitants, est mieux dotée que les départements de la Corrèze et de la Dordogne, avec 0,03 places pour 1 000 habitants.

**Figure 156. Les établissements autorisés en Soins de suite et de réadaptation en Nouvelle Aquitaine (au 1<sup>er</sup> janvier 2016)**



Les deux tiers des établissements autorisés en SSR disposent d'une spécialité, principalement pour la prise en charge des affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance.

L'activité en SSR s'observe en termes de journées réalisées.

En 2015, ce sont 3 400 000 journées qui ont été réalisées en Nouvelle-Aquitaine. En hospitalisation à temps partiel, 255 752 journées ont été réalisées, soit 7,5 % du nombre total de journées produites par les établissements de la région.

Les journées en hospitalisation complète ont augmenté de 4 % entre 2013 et 2015 dans la région. Deux départements se distinguent par une progression plus élevée : la Charente et la Charente-Maritime, avec respectivement 11,9 % et 24,2 % de prise en charge à temps complet supplémentaire sur deux ans. En Charente, des lits ont été ouverts au CH Sud Charente de Barbezieux pour des soins polyvalents et des affections de l'appareil locomoteur. En Charente-Maritime, la polyclinique Saint Georges à St-Georges-de-Didonne a ouvert 60 lits de soins polyvalents en août 2014.

A l'inverse, les départements de la Creuse et des Pyrénées-Atlantiques ont observé une diminution de leur activité d'hospitalisation en SSR à temps plein. En Creuse, cette diminution de l'activité n'a pas de lien avec une diminution de l'accueil. En Pyrénées-Atlantiques, la baisse de l'activité observée s'explique notamment par la fermeture de l'établissement La Nive à Itxassou.

Dans le même temps, et pour tous les départements, la prise en charge en accueil de jour a progressé entre ces deux mêmes années liées à des créations de places dans la majorité des départements (hors Corrèze, Deux-Sèvres et Vienne dont les capacités ne changent pas, et la Gironde qui observe une diminution de moins de 3 % du nombre de places).

**Figure 157. Évolution des journées SSR entre 2013 et 2015 en Nouvelle-Aquitaine**

Département d'implantation des établissements de santé	Nombre de journées temps plein			Nombre de journées temps partiel				
	2013	2015	Evolution 2013/2015	2013	Part temps partiel 2013	2015	Part temps partiel 2015	Evolution 2013/2015
Charente	115 136	143 056	24,2%	8 406	6,8	10 469	6,8	24,5%
Charente-Maritime	292 003	326 656	11,9%	18 885	6,1	22 944	6,6	21,5%
Corrèze	94 952	100 169	5,5%	2 293	2,4	2 524	2,5	10,1%
Creuse	98 293	98 388	0,1%	2 170	2,2	5 429	5,2	150,2%
Dordogne	246 785	253 275	2,6%	193	0,1	2 560	1,0	1226,4%
Gironde	522 151	567 179	8,6%	66 838	11,3	89 603	13,6	34,1%
Landes	265 159	270 669	2,1%	14 106	5,1	22 569	7,7	60,0%
Lot-et-Garonne	140 290	141 327	0,7%	2 726	1,9	3 397	2,3	24,6%
Pyrénées-Atlantiques	629 671	615 543	-2,2%	33 422	5,0	36 930	5,7	10,5%
Deux-Sèvres	194 341	198 312	2,0%	10 681	5,2	11 200	5,3	4,9%
Vienne	209 967	218 297	4,0%	18 185	8,0	20 484	8,6	12,6%
Haute-Vienne	208 879	210 577	0,8%	25 429	10,9	27 760	11,6	9,2%
<b>Nouvelle-Aquitaine</b>	<b>2 986 127</b>	<b>3 134 718</b>	<b>5,0%</b>	<b>203 334</b>	<b>6,4</b>	<b>255 752</b>	<b>7,5</b>	<b>25,8%</b>

Source : DREES, Enquête SAE 2015

Traitement : ARS Nouvelle-Aquitaine - DPSP, Pôle études, statistiques et évaluation

Les pathologies les plus souvent prises en charge au cours de l'année 2015 (hors prise en charge polyvalente) sont :

- Les pathologies liées aux affections locomotrices : système ostéo-articulaire traumatique (fractures, luxations, lésions tendineuses, ...) et non traumatiques (suite de prothèse),
- Les affections du système nerveux,
- Les affections cardiologiques.

En 2015, la durée moyenne de séjours régionale en hospitalisation complète est de 28,9 jours, bien inférieure à la moyenne nationale (35 jours en 2014).

C'est pour les habitants des Pyrénées-Atlantiques que la durée d'hospitalisation est la plus élevée avec une moyenne de 33 jours. A l'inverse, la durée moyenne d'hospitalisation en Lot-et-Garonne est la plus faible (24 jours).

**Figure 158. Durée moyenne de séjours en soins de suite et de réadaptation en 2015, Nouvelle-Aquitaine**

Département de résidence	Durée moyenne de séjours en hospitalisation complète
Charente	26,75
Charente-Maritime	29,17
Corrèze	26,18
Creuse	24,75
Dordogne	30,91
Gironde	29,15
Landes	30,42
Lot-et-Garonne	24,39
Pyrénées-Atlantiques	33,34
Deux-Sèvres	29,48
Vienne	26,16
Haute-Vienne	25,88
<b>Nouvelle-Aquitaine</b>	<b>28,89</b>
<b>France (2014)</b>	<b>35,00</b>

Source : ATIH, PMSI SSR 2015

Traitement : ARS Nouvelle-Aquitaine - DPSP, Pôle études, statistiques et évaluation

**Figure 159. Durée moyenne de séjour des patients adultes néo-aquitains par spécialité SSR en 2015**

Unité médicale	Adultes				
	DMS Régionale	Département de résidence - DMS minimum		Département de résidence - DMS maximum	
		DMS	Département	DMS	Département
Soins polyvalents	30,4	25,2	Lot-et-Garonne	37,1	Pyrénées-Atlantiques
Affections de l'appareil locomoteur	26,8	20,9	Vienne	29,5	Dordogne
Affections du système nerveux	33,4	21,0	Haute-Vienne	45,5	Deux-Sèvres
Affections cardio vasculaires	21,5	17,6	Haute-Vienne	23,7	Dordogne
Affections respiratoires	27,9	19,2	Deux-Sèvres	32,0	Pyrénées-Atlantiques
Affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien	25,2	20,9	Creuse	33,0	Pyrénées-Atlantiques
Affections onco hématologiques	33,0	8,0	Deux-Sèvres	50,0	Lot-et-Garonne
Affections des brûlés	31,7	13,6	Dordogne	66,0	Haute-Vienne
Affections liées aux conduites addictives	29,7	20,3	Lot-et-Garonne	43,4	Charente
Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	28,8	20,8	Vienne	34,5	Gironde
<b>Total</b>	<b>29,1</b>	<b>24,7</b>	<b>Creuse</b>	<b>33,8</b>	<b>Pyrénées-Atlantiques</b>

Source : ATIH, PMSI SSR 2015

Traitement : ARS Nouvelle-Aquitaine - DSP, Pôle études, statistiques et évaluation

Les DMS régionales selon les spécialités SSR vont de 21,5 jours pour les séjours en SSR adultes à orientation cardiologique à 33,4 jours pour les séjours en SSR adulte à orientation neurologique. Des disparités selon les départements sont constatées qu'il est nécessaire de mettre en lien avec les typologies de patients pris en charge selon les établissements.

**Figure 160. Durée moyenne de séjour des patients néo-aquitains de moins de 18 ans par spécialité SSR en 2015**

Unité médicale	Enfants				
	DMS Régionale	Département de résidence - DMS minimum		Département de résidence - DMS maximum	
		DMS	Département	DMS	Département
Soins polyvalents	25,5	20,7	Lot-et-Garonne	40,9	Haute-Vienne
Affections de l'appareil locomoteur	19,1	5,0	Charente	48,0	Creuse
Affections du système nerveux	11,0	5,1	Landes	45,3	Creuse
Affections cardio vasculaires	16,5	11,0	Pyrénées-Atlantiques	22,0	Charente
Affections respiratoires	21,7	15,0	Lot-et-Garonne	25,0	Corrèze
Affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien	28,1	20,3	Charente	33,5	Haute-Vienne
Affections onco hématologiques	3,9	3,9	Dordogne	3,9	Dordogne
Affections des brûlés	9,5	1,0	Gironde	20,0	Charente
Affections liées aux conduites addictives	14,0	14,0	Dordogne	14,0	Dordogne
Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance					
<b>Total</b>	<b>22,4</b>	<b>17,2</b>	<b>Pyrénées-Atlantiques</b>	<b>40,9</b>	<b>Haute-Vienne</b>

Source : ATIH, PMSI SSR 2015

Traitement : ARS Nouvelle-Aquitaine - DSP, Pôle études, statistiques et évaluation

Les DMS régionales selon les spécialités SSR vont de 9,5 jours pour les séjours en SSR enfants pour prise en charge des brûlés à 28,1 jours pour les séjours en SSR enfant pour prise en charge des affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien. Des disparités selon les départements sont constatées qu'il est nécessaire de mettre en lien avec les typologies de patients pris en charge selon les établissements et le nombre de séjours répertoriés par catégorie.

Le taux de recours standardisé à l'hospitalisation temps plein pour 2015 a été de 436,5 journées temps plein pour 1 000 habitants. Ainsi, les résidents de Nouvelle-Aquitaine ont un recours aux soins de suite et de réadaptation inférieur au niveau national.

**Figure 161. Taux de recours standardisés en SSR des patients néo-aquitains en 2015**

Département de résidence	Taux de recours standardisé*	
	Hospitalisation complète	Hospitalisation à temps partiel
Charente	347,00	29,81
Charente-Maritime	363,72	27,21
Corrèze	373,87	12,26
Creuse	512,64	42,33
Dordogne	530,78	10,06
Gironde	392,34	46,85
Landes	522,53	49,17
Lot-et-Garonne	417,48	9,67
Pyrénées-Atlantiques	567,45	47,95
Deux-Sèvres	469,51	32,77
Vienne	407,91	42,52
Haute-Vienne	408,59	62,72
<b>Nouvelle-Aquitaine</b>	<b>436,52</b>	<b>36,93</b>
<b>France</b>	<b>524,52</b>	<b>56,18</b>

\*Pour 1000 habitants

Source : ATIH, PMSI SSR 2015 - Insee, RP 2013

Traitement : ARS Nouvelle-Aquitaine - DPSP, Pôle études, statistiques et évaluation

A l'image de l'offre, des disparités sur le recours aux soins sont aussi observées entre départements. Les Pyrénées-Atlantiques sont le département où le taux de recours à temps complet est le plus important dans la région (567,5 hors hôpital marin d'Hendaye), nettement supérieur aux taux régional (436,5) et national (524,5). A l'inverse, la Charente a un recours aux soins en hospitalisation à temps complet inférieur au taux régional (347,0 journées pour 1 000 habitants).

A temps partiel, le taux de recours régional de 36,9 journées pour 1 000 habitants est encore bien inférieur au taux national de 56,2 journées pour 1 000 habitants. C'est le département de la Haute-Vienne qui enregistre le recours le plus important (62,7).

Les patients de Nouvelle-Aquitaine sont majoritairement pris en charge dans leur territoire de résidence. Sur les 3 400 000 journées enregistrées pour les résidents de Nouvelle-Aquitaine, 17,0 % sont réalisés hors du département d'habitation. Parmi ces derniers, près de 70,0 % sont réalisés dans un autre département de la région de résidence.

Sur les 138 000 séjours à temps complet enregistrés dans les établissements implantés en Nouvelle-Aquitaine, 6,7 % sont effectués par des patients non-résidents de la région. L'attractivité est particulièrement marquée pour le département des Landes dont plus d'un quart des journées sont réalisés par des patients hors Nouvelle-Aquitaine. Le CERS de Capbreton accueille plus de la moitié de ces séjours.

**Figure 162. Lieu d'hospitalisation en SSR des patients néo-aquitains en 2015**

Lieu d'habitation des résidents de Nouvelle-Aquitaine	Part des journées réalisées en hospitalisation complète - Lieu d'hospitalisation		
	Même département	Autre département en Nouvelle-Aquitaine	Hors Nouvelle-Aquitaine
Charente	76,9%	20,8%	2,3%
Charente-Maritime	80,6%	16,0%	3,4%
Corrèze	68,4%	14,9%	16,7%
Creuse	79,9%	7,8%	12,3%
Dordogne	78,3%	16,4%	5,4%
Gironde	86,4%	10,2%	3,4%
Landes	68,5%	28,5%	2,9%
Lot-et-Garonne	74,5%	12,4%	13,1%
Pyrénées-Atlantiques	92,8%	3,9%	3,3%
Deux-Sèvres	81,1%	9,0%	9,9%
Vienne	88,2%	6,4%	5,4%
Haute-Vienne	90,4%	7,3%	2,3%
Nouvelle-Aquitaine	83,0%	11,8%	5,2%

Source : ATIH, Données PMSI-SSR 2015

Traitement : ARS Nouvelle-Aquitaine, DPSP, Pôle études, statistiques et évaluation

La répartition des spécialités par département est très inégale : les affections onco-hématologiques ne sont notamment prises en charge qu'en Gironde.

Même si la spécialité pour les affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance est la plus développée, le taux d'équipement est bien différent d'un territoire à l'autre. Le département des Landes est le plus pourvu en terme de lits (0,4 lit pour 1 000 habitants), au-dessus même du taux régional (0,2), alors que la Charente-Maritime enregistre le taux d'équipement le plus faible (0,07). En hospitalisation de jour, tous les départements ne disposent pas d'une offre d'accueil.

**Figure 163. Taux d'équipement en SSR par spécialité et département en Nouvelle-Aquitaine (pour 1 000 habitants)**

		Polyvalent	Affections de l'appareil locomoteur	Affections du système nerveux	Affections cardiovasculaires	Affections respiratoires	Affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien	Affections oncologiques	Affections des brûlés	Affections liées aux conduites addictives	Affections de la personne âgée polyopathologique, dépendante ou à risque de dépendance
Charente	Taux d'équipement temps complet	0,73	0,19	0,10	-	-	-	-	-	-	0,26
	Taux d'équipement temps partiel	0,02	0,04	0,03	-	-	-	-	-	-	-
Charente-Maritime	Taux d'équipement temps complet	1,04	0,11	0,05	0,12	0,03	-	-	-	0,08	0,07
	Taux d'équipement temps partiel	0,03	0,03	0,01	0,03	0,00	-	-	-	-	0,00
Corrèze	Taux d'équipement temps complet	0,96	0,06	0,06	-	-	-	-	-	0,02	0,17
	Taux d'équipement temps partiel	0,02	0,01	0,00	-	-	-	-	-	-	-
Creuse	Taux d'équipement temps complet	1,42	0,10	-	0,61	0,37	-	-	-	-	0,37
	Taux d'équipement temps partiel	0,08	-	-	0,03	0,02	-	-	-	-	0,03
Dordogne	Taux d'équipement temps complet	1,16	0,11	0,07	0,05	0,05	0,01	-	-	0,05	0,26
	Taux d'équipement temps partiel	-	-	-	0,03	-	-	-	-	-	-
Gironde	Taux d'équipement temps complet	0,61	0,10	0,12	0,07	0,04	-	0,01	0,01	0,02	0,16
	Taux d'équipement temps partiel	0,01	0,05	0,05	0,03	0,00	-	-	0,01	-	0,00
Landes	Taux d'équipement temps complet	0,82	0,58	0,08	-	-	0,10	-	-	0,04	0,40
	Taux d'équipement temps partiel	-	0,07	0,00	0,02	-	-	-	-	-	0,00
Lot-et-Garonne	Taux d'équipement temps complet	1,33	0,08	0,11	-	-	-	-	-	0,04	0,12
	Taux d'équipement temps partiel	-	0,00	0,03	0,02	-	-	-	-	-	-
Pyrénées-Atlantiques	Taux d'équipement temps complet	1,37	0,24	0,18	0,17	0,46	0,08	-	0,00	-	0,24
	Taux d'équipement temps partiel	0,02	0,07	0,03	0,04	0,01	-	-	-	0,01	0,02
Deux-Sèvres	Taux d'équipement temps complet	0,95	0,15	0,16	-	-	0,16	-	0,01	0,06	0,10
	Taux d'équipement temps partiel	0,02	0,05	0,05	-	-	-	-	0,00	-	-
Vienne	Taux d'équipement temps complet	0,84	0,09	0,03	0,09	-	-	-	0,03	0,16	0,18
	Taux d'équipement temps partiel	0,04	0,02	-	0,06	0,01	-	-	-	-	0,01
Haute-Vienne	Taux d'équipement temps complet	1,19	-	0,10	-	-	0,14	-	-	0,05	0,19
	Taux d'équipement temps partiel	0,06	0,05	0,04	0,01	0,01	0,01	-	-	-	0,03
Nouvelle-Aquitaine	Taux d'équipement temps complet	1,02	0,16	0,11	0,08	0,08	0,04	0,00	0,01	0,05	0,20
	Taux d'équipement temps partiel	0,02	0,04	0,03	0,03	0,00	0,00	-	0,00	0,00	0,01

Sources : ATIH, PMSI SSR 2015 - Insee, RP 2013

Traitement : ARS Nouvelle-Aquitaine - DPSP, Pôle études, statistiques et évaluation

## 6.4. Hospitalisation à domicile

518 000 journées d'hospitalisation à domicile (HAD) ont été réalisées en 2015 pour des patients de Nouvelle-Aquitaine. Certains patients de Dordogne et des Landes sont pris en charge par des structures qui ne sont pas du même département.

En Dordogne, les patients peuvent être pris en charge par une structure de Dordogne, de Gironde ou bien de la Haute-Vienne. Dans les Landes, les prises en charge peuvent s'effectuer vers des structures des Pyrénées-Atlantiques.

L'objectif national des structures d'HAD est d'atteindre une prise en charge moyenne de 30 à 35 patients par jour pour 100 000 habitants. Au niveau régional, cet objectif n'est pas encore atteint : l'indicateur est cependant en progression de 19,3 patients en 2011 à 24,3 patients pour 100 000 habitants en 2015. Par département, la cible est atteinte et même dépassée dans les Landes. Les patients sont pris en charge pour la zone de Dax par une structure historiquement bien implantée, qui a fait progresser son activité en étroite collaboration avec le CH qui lui est proche.

*Figure 164. Fuites hospitalières des patients néo-aquitaines en HAD*

Territoire de résidence des patients	Nb de journées 2015	Nb Patients/j / 100 000 hab	Taux de fuites en journées	
			Hors dept NA	Hors NA
16 - Charente	27 192	21,1	0,0%	0,0%
17 - Charente-Maritime	35 106	15,2	0,0%	0,0%
19 - Corrèze	18 791	21,4	2,0%	1,5%
23 - Creuse	8 808	20,0	0,0%	0,0%
24 - Dordogne	26 808	17,6	21,2%	0,8%
33 - Gironde	125 187	22,8	0,4%	0,0%
40 - Landes	79 822	55,1	4,9%	0,1%
47 - Lot et Garonne	27 897	22,9	0,0%	0,1%
64 - Pyrénées-Atlantiques	70 550	29,1	0,1%	0,1%
79 - Deux-Sèvres	28 401	20,9	0,0%	1,6%
86 - Vienne	31 223	19,8	2,4%	0,2%
87 - Haute-Vienne	38 408	28,0	0,0%	0,2%
	<b>518 193</b>	<b>24,3</b>	<b>2,2%</b>	<b>0,3%</b>

Source Base Sécurisée ATIH 2015 - Exploitation ARS DPSP PESE

Les principales prises en charge en Nouvelle-Aquitaine comme sur le reste du territoire national sont les pansements complexes, les soins palliatifs ainsi que les soins de nursing lourd.

Entre 2014 et 2015, le nombre de journées consommées par les patients de la région a progressé de 11,5 % mais de manière disparate d'un territoire à l'autre. On observe une baisse du nombre de journées pour les patients de la Charente (- 6,8 %), notamment sur le nursing lourd (moitié moins), les surveillances de grossesses à risque et les nutritons entérales.

Tous les autres départements voient la progression des journées HAD : en Gironde, Vienne, Haute-Vienne et dans les Landes les journées de nursing lourd progressent alors qu'elles baissent dans les autres départements. Les chimiothérapies et leurs surveillances progressent sur la moitié des départements.

Figure 165. Principales prises en charge en HAD en 2015

Mode Principal de prise en charge	Journées consommées par MPP	
	Nb de journées 2015	Evol 2014 / 2015
09 Pansements complexes ...	146 583	12,7%
04 Soins palliatifs	136 709	8,5%
14 Soins de nursing lourds	66 973	20,1%
06 Nutrition entérale	36 545	6,6%
03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	24 546	3,1%
01 Assistance respiratoire	17 641	5,2%
13 Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	16 499	57,9%
02 Nutrition parentérale	12 595	8,7%
07 Prise en charge de la douleur	11 017	30,5%
19 Surveillance de grossesse à risque	10 897	3,1%
05 Chimiothérapie anticancéreuse	10 318	14,9%
10 Post traitement chirurgical	9 241	40,8%
08 Autres traitements	9 179	5,8%
12 Rééducation neurologique	3 549	-18,9%
15 Education du patient et de son entourage	2 205	17,3%
11 Rééducation orthopédique	1 470	-49,2%
21 Post-partum pathologique	1 160	-49,5%
22 Prise en charge du nouveau-né à risque	543	-3,6%
17 Surveillance de radiothérapie	387	-33,3%
24 Surveillance d'aplasie	88	8,6%
20 Retour précoce à domicile après accouchement	48	-88,7%
	<b>518 193</b>	<b>11,4%</b>

PMSI HAD 2015 - Base ATIH - Exploitation ARS NA DPSP PESE

Pour 8 000 à 9 000 séjours de médecine, chirurgie ou obstétrique, les patients poursuivent leur prise en charge avec une structure d'HAD. Ces transferts représentent encore une part très faible (0,5 % des séjours MCO hors nouveau-nés) mais des collaborations sont en train de s'établir entre les structures.

En Corrèze, l'HAD Relais Santé Oncorèse est très en avance sur le développement de collaborations entre structures. En Gironde, l'HAD Bagatelle et l'institut Bergonié ont noué un partenariat concernant les chimiothérapies, notamment pour le traitement du cancer du sein.

Bien que cela soit très encourageant, il persiste une très grande disparité sur les différents territoires quant aux prises en charges HAD, que ce soit sur la technicité ou bien le volume de patients pris en charge.

Figure 166. Taux de recours pour 1 000 patients néo-aquitains en HAD

Territoire de santé patients	Taux de recours standardisé - en Journées				Taux de recours standardisé - en patients			
	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015
Charente	79,53	63,54	70,65	65,86	1,67	1,56	1,54	1,22
Charente-Maritime nord	52,58	55,42	48,03	51,49	1,07	1,23	1,10	1,22
Charente-Maritime sud	25,19	37,08	30,50	39,53	0,75	0,94	0,79	0,94
Deux-Sèvres	52,63	50,46	55,70	66,38	0,91	1,06	1,03	1,12
Vienne	47,37	52,57	59,78	67,11	1,23	1,45	1,54	1,71
Dordogne	36,10	40,56	45,55	50,66	0,69	0,82	0,94	1,29
Gironde	73,74	78,19	71,56	83,85	1,37	1,45	1,43	1,67
Landes	123,97	132,54	148,78	170,67	1,93	1,87	2,06	2,13
Lot-et-Garonne	53,38	58,07	65,64	67,57	0,89	0,89	1,17	1,26
Navarre-Côte basque	111,06	117,02	120,69	113,26	3,03	2,30	2,18	1,77
Béarn-Soule	57,91	65,36	61,82	76,06	1,07	1,04	1,06	1,52
Limousin	61,86	68,89	66,75	72,39	1,47	1,32	1,32	1,35
<b>Nouvelle Aquitaine</b>	<b>65,42</b>	<b>69,42</b>	<b>70,24</b>	<b>78,15</b>	<b>1,33</b>	<b>1,34</b>	<b>1,36</b>	<b>1,48</b>
<b>FRANCE ENTIERE</b>	<b>64,38</b>	<b>66,78</b>	<b>67,51</b>	<b>70,06</b>	<b>1,60</b>	<b>1,61</b>	<b>1,62</b>	<b>1,60</b>

Source ScanSanté - ATIH - PMSI HAD - Exploitation ARS NA DPSP PESE

Si le taux de recours régional en nombre de journées (78 pour 1 000 habitants) est plus élevé que le taux de recours national (70 pour 1 000 habitants), le taux de recours en nombre de patients réels est un peu moins important : 1,5 patient pour 1 000 habitants en Nouvelle-Aquitaine pour 1,6 nationalement. Les prises en charge en Nouvelle-Aquitaine semblent donc proportionnellement plus longues qu'au niveau national.

En Charente-Maritime et en Dordogne, les taux de recours à l'HAD sont les plus faibles en nombre de journées.

## 6.5.Psychiatrie

### 6.5.1. La psychiatrie infanto-juvénile

#### 6.5.1.1. *Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile*

L'organisation en réseau de l'offre hospitalière publique s'appuie sur la base d'une sectorisation géographique originale : le secteur psychiatrique. Ce dernier, mis en place par la circulaire de mars 1960, constitue l'unité de base de la délivrance de soins en psychiatrie publique. Il dispense et coordonne, pour une aire géo-démographique de proximité, l'ensemble des soins et services nécessaires à la couverture globale des besoins : prévention, soins, postcure et réadaptation. La prise en charge et la coordination des soins sont assurées par des équipes pluridisciplinaires.

La loi du 26 janvier 2016 conforte le secteur psychiatrique dans son article 69 qui réaffirme l'ancrage territorial de la psychiatrie de secteur, ainsi que son ouverture vers le secteur social et médico-social ainsi que le premier recours.

Ainsi, le secteur de psychiatrie infanto-juvénile (ou pédopsychiatrie) est un découpage géographique et démographique organisé dans le cadre d'un service public pour la prévention et le traitement des troubles mentaux pour les mineurs de 16 ans et moins. Il s'agit d'une aire fonctionnelle d'intervention d'une équipe soignante dans le domaine de la santé mentale.

C'est le mode d'organisation privilégié pour rendre facilement accessible et offrir à la population une gamme de prestations diversifiées en termes de prévention, de diagnostic, de soin et de réinsertion. C'est également une aire de concertation et de coordination des actions à conduire au plan local avec les partenaires directement ou indirectement concernés par les problèmes de santé mentale, en particulier les structures sociales et médico-sociales.

La Nouvelle-Aquitaine comprend ainsi 30 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. Leur désignation se fait selon le code départemental, suivi de la lettre « I » pour infanto-juvénile et un numéro d'ordre. Le découpage de ces secteurs est présenté dans la cartographie suivante.

Figure 167. Cartographie des secteurs psychiatriques infanto-juvéniles en Nouvelle-Aquitaine\*



juin 2017

Sources : ARS Nouvelle-Aquitaine - DPSP, PESE - DDT  
 Cartographie : ARS Nouvelle-Aquitaine - DPSP, PESE  
 Fondes de carte : IGN / ESRI®

### 6.5.1.2. Les établissements

Au 1<sup>er</sup> janvier 2017, 28 établissements psychiatriques néo-aquitains assurent une prise en charge pour les enfants et adolescents. Il s'agit majoritairement de structures publiques aussi porteuses des secteurs de psychiatrie de la région (hors CHU Bordeaux).

**Figure 168. Les établissements autorisés en psychiatrie infanto-juvénile par département, en Nouvelle-Aquitaine, au 1<sup>er</sup> janvier 2017**

	Nombre d'établissements infanto-juvéniles*			
	Public	Privé lucratif	Privé non lucratif	Ensemble
16 Charente	1	-	-	1
17 Charente-Maritime	3	-	1	4
19 Corrèze	1	-	-	1
23 Creuse	1	-	-	1
24 Dordogne	2	-	-	2
33 Gironde	4	-	5	9
40 Landes	2	-	1	3
47 Lot-et-Garonne	1	-	-	1
64 Pyrénées-Atlantiques	2	1	-	3
79 Deux-Sèvres	2	-	-	2
86 Vienne	1	-	-	1
87 Haute-Vienne	1	-	-	1
<b>Nouvelle-Aquitaine</b>	<b>21</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>29</b>

\* sont comptabilisés les EJ détentrices d'une autorisation de psychiatrie dans le secteur public et les EJ pour les associations détentrices d'une autorisation

Source : Finess au 1er janvier 2017

Traitement : ARS Nouvelle-Aquitaine - DPSP, Pôle études, statistiques et évaluation

L'ensemble de ces structures dispose au 31 décembre 2015 d'une offre d'accueil de 297 lits et 1 057 places en hospitalisation de jour ou de nuit. La prise en charge ambulatoire s'appuie notamment sur 202 CMP et CATTp.

**Figure 169. Offre d'accueil infanto-juvénile des établissements psychiatriques en Nouvelle-Aquitaine au 31/12/2015**

	Hospitalisation à temps plein Nombre de lits				Prise en charge à temps partiel Nombre de places				Prise en charge ambulatoire Nombre de CMP et CATTp			
	Public	Privé lucratif	Privé non lucratif	Ensemble	Public	Privé lucratif	Privé non lucratif	Ensemble	Public	Privé lucratif	Privé non lucratif	Ensemble
16 Charente	12	-	-	12	82	-	-	82	15	-	-	15
17 Charente-Maritime	21	-	15	36	119	-	-	119	15	-	-	15
19 Corrèze	-	-	-	-	23	-	-	23	3	-	-	3
23 Creuse	-	-	-	-	26	-	-	26	8	-	-	8
24 Dordogne	6	-	-	6	45	-	-	45	22	-	-	22
33 Gironde	43	-	-	43	221	-	112	333	35	-	18	53
40 Landes	10	-	65	75	50	-	10	60	16	-	2	18
47 Lot-et-Garonne	17	-	-	17	61	-	-	61	12	-	2	14
64 Pyrénées-Atlantiques	37	-	-	37	90	-	-	90	37	-	-	37
79 Deux-Sèvres	14	-	-	14	58	-	-	58	5	-	-	5
86 Vienne	28	-	-	28	98	-	-	98	8	-	-	8
87 Haute-Vienne	29	-	-	29	62	-	-	62	8	-	-	8
<b>Nouvelle-Aquitaine</b>	<b>217</b>	<b>-</b>	<b>80</b>	<b>297</b>	<b>935</b>	<b>-</b>	<b>122</b>	<b>1 057</b>	<b>184</b>	<b>-</b>	<b>22</b>	<b>206</b>

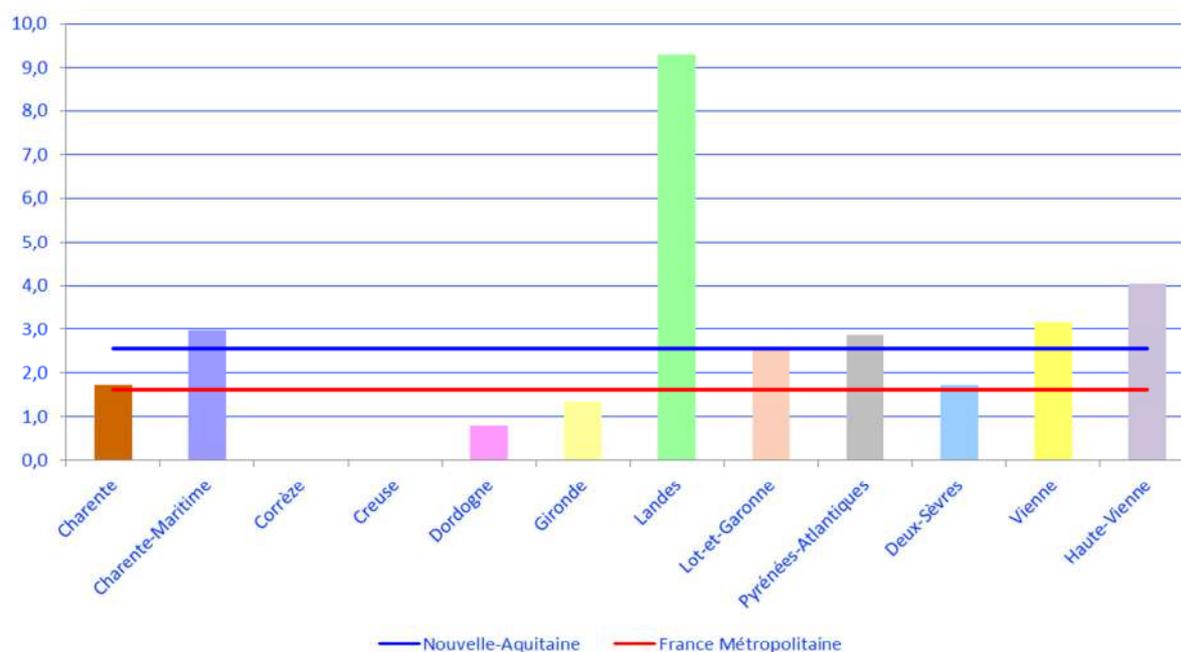
Source : DREES - Enquête SAE 2015

Traitement : ARS Nouvelle-Aquitaine - DPSP, Pôle études, statistiques et évaluation

Certains territoires ne disposent pas d'une offre d'accueil à temps plein ; c'est le cas pour les départements de la Corrèze et de la Creuse. Ces deux territoires sont aussi ceux pour lesquels l'offre d'accueil à temps partiel est la plus faible.

Rapportée à la population du territoire, la région Nouvelle-Aquitaine apparaît fortement sur-dotée par rapport au niveau national, cachant cependant des disparités territoriales importantes. La Corrèze et la Dordogne apparaissent comme des territoires fortement sous-dotés alors que le département des Landes a un taux d'équipement bien plus important.

**Figure 170. Taux d'équipement en hospitalisation temps plein en psychiatrie infantile-juvénile pour 10 000 habitants au 31/12/2015 en Nouvelle-Aquitaine**



Source : DREES, Enquête SAE 2015

Traitement : ARS Nouvelle-Aquitaine - DPSP, Pôle études, statistiques et évaluation

La répartition de l'offre ambulatoire est fortement disparate d'un territoire à l'autre : entre 3 et 51 CMP et CATTP sont ouverts selon les départements.

### 6.5.1.3. Les prises en charge hospitalières

Les analyses suivantes portent sur une population âgée de moins de 18 ans. La base de données utilisée est le RIMP-P.

La prise en charge psychiatrique chez les enfants est principalement réalisée en ambulatoire et majoritairement en centre médico-psychologique (CMP). Plus de 47 500 enfants ont été pris en charge dans les structures hospitalières dont 87 % exclusivement en ambulatoire en 2015.

**Figure 171. File active des enfants et adolescents pris en charge en psychiatrie en Nouvelle-Aquitaine en 2015**

Département	File active	Dont part de fille	% exclusivement ambulatoire	Dont % de filles exclusivement ambulatoire	Age moyen
16 Charente	2 936	41,5	78,8	44,9	9,0
17 Charente-Maritime	5 938	42,7	84,9	43,8	11,0
19 Corrèze	107	63,6	86,0	66,0	16,4
23 Creuse	756	43,7	85,7	46,5	7,9
24 Dordogne	4 261	46,1	94,1	46,8	10,6
33 Gironde	12 457	34,6	89,4	34,7	11,4
40 Landes	4 058	42,9	84,2	43,2	11,5
47 Lot-et-Garonne	3 346	41,6	93,4	42,4	10,1
64 Pyrénées-Atlantiques	4 261	42,0	83,8	42,8	10,5
79 Deux-Sèvres	3 523	34,8	82,6	42,2	10,0
86 Vienne	3 343	41,7	87,9	42,4	12,3
87 Haute-Vienne	2 554	45,0	84,7	46,9	11,4
Nouvelle-Aquitaine	47 540	40,2	87,1	41,5	10,8

Source : ATIH, RIM-P 2015

Traitement : ARS Nouvelle-Aquitaine – DPSP, Pôle études, statistiques et prospective

Les jeunes filles représentent deux patients sur cinq sur l'ensemble de la région, avec cependant des disparités départementales marquées. En effet, dans le département de la Gironde, elles représentent un peu plus d'un tiers des patients alors qu'elles représentent près des deux-tiers de la file active de Corrèze.

L'âge moyen d'hospitalisation chez les enfants et adolescents est de 10,8 ans.

### La prise en charge à temps plein et à temps partiel

#### Les patients

En 2015, ce sont 6 086 enfants et adolescents qui ont été hospitalisés dans un établissement psychiatrique de la région. Le département de la Gironde a accueilli plus de 20 % d'entre eux.

Rapporté à l'ensemble des patients pris en charge en psychiatrie, les enfants et adolescents représentent 22 % de la file active globale. Cette proportion n'est pas identique d'un territoire à l'autre : l'hospitalisation des enfants représente 1,6 % de la file active du département de la Corrèze alors qu'elle est de plus de 30 % dans les départements des Landes et du Lot-et-Garonne.

**Figure 172. Prise en charge des enfants et adolescents parmi l'ensemble des patients pris en charge en psychiatrie en 2015 en Nouvelle-Aquitaine**

Département	Part des enfants parmi l'ensemble des patients
16 Charente	21,2
17 Charente-Maritime	25,6
19 Corrèze	1,6
23 Creuse	14,5
24 Dordogne	25,4
33 Gironde	24,7
40 Landes	31,4
47 Lot-et-Garonne	31,6
64 Pyrénées-Atlantiques	17,7
79 Deux-Sèvres	28,2
86 Vienne	17,8
87 Haute-Vienne	13,6
Nouvelle-Aquitaine	22,2
France Métropolitaine	26,4

Source : ATIH, RIM-P 2015

Traitement : ARS Nouvelle-Aquitaine – DPSP, Pôle études, statistiques et prospective

Le temps partiel est fortement développé au sein de la prise en charge psychiatrique des moins de 18 ans : 72 % des enfants sont vus exclusivement à temps partiel. Des disparités territoriales sont observées. Sans prendre en compte la Corrèze, département atypique, la part de temps partiel dans l'hospitalisation à temps complet varie de 62,1 % en Haute-Vienne à 88 % en Creuse.

**Figure 173. File active des enfants et adolescents pris en charge en psychiatrie en 2015 en Nouvelle-Aquitaine**

Département	File active globale	File active hospitalisation	Dont part à temps partiel	File active ambulatoire	Part exclusivement ambulatoire (sur file active)
16 Charente	2 936	622	82,3	2 885	78,8
17 Charente-Maritime	5 938	895	77,9	5 826	84,9
19 Corrèze	107	15	26,7	97	86,0
23 Creuse	756	108	88,0	755	85,7
24 Dordogne	4 261	250	62,8	4 238	94,1
33 Gironde	12 457	1 322	63,8	11 944	89,4
40 Landes	4 058	643	78,5	3 925	84,2
47 Lot-et-Garonne	3 346	220	58,6	3 268	93,4
64 Pyrénées-Atlantiques	4 261	692	68,6	4 196	83,8
79 Deux-Sèvres	3 523	526	85,6	3 257	85,1
86 Vienne	3 343	403	69,0	3 321	87,9
87 Haute-Vienne	2 554	390	62,1	2 503	84,7
Nouvelle-Aquitaine	47 540	6 086	72,1	46 215	87,2
France Métropolitaine	484 866	50 644	64,4	471 216	78,3

Source : ATIH, RIM-P 2015

Traitement : ARS Nouvelle-Aquitaine – DPSP, Pôle études, statistiques et prospective

## L'activité

L'hospitalisation des enfants et adolescents de moins de 18 ans a généré plus de 255 000 journées et demi-journées dans les établissements de santé néo-aquitains en 2015.

L'hospitalisation à temps partiel est la prise en charge la plus importante chez les mineurs : elle représente les deux-tiers de l'activité d'hospitalisation. Elle se réalise principalement en journées (95,5 %). La prise en charge en atelier thérapeutique représente 4 % des journées à temps partiel. Cinq territoires ont réalisé ce type de prise en charge, avec un développement important dans les Landes où ce taux atteint 38,1 %.

Lorsqu'elle n'est pas à temps partiel, l'hospitalisation des patients se fait à temps complet en unité d'hospitalisation à temps plein, en hospitalisation à domicile, en séjour thérapeutique, en placement familial thérapeutique, en appartement thérapeutique, en centre de crise ou encore en centre de postcure. Près des trois-quarts de ces journées sont réalisées à temps complet. Les journées en placement familial thérapeutique représentent 10,1 % du temps plein.

Tous les territoires n'offrant pas les mêmes prestations, l'activité diffère d'un département à l'autre : L'activité en Corrèze est principalement réalisée en placement familial thérapeutique, les deux-tiers des journées étant réalisées par ce biais.

A l'inverse, en Haute-Vienne, il n'y a pas d'alternative à l'hospitalisation à temps complet.

Dans les Landes, 18,5 % de l'activité est réalisées par de l'hospitalisation à domicile.

En Gironde, près de 10 % de l'activité est réalisée en centre de crise. C'est dans ce territoire que cette prise en charge est la plus importante.

**Figure 174. Activité à temps plein en psychiatrie chez les enfants et adolescents en 2015 en Nouvelle-Aquitaine**

Département	Total journées	Total demi-journées	Hospitalisation à temps complet (HC)			Hospitalisation à temps partiel (HTTP)		
			Nombre de journées	Nombre de demi-journées	Total	Nombre de journées	Nombre de demi-journées	Total
16 Charente	26 032	1 123	3 063	-	3 063	22 969	1 123	23 531
17 Charente-Maritime	28 121	14 547	4 463	-	7 455	23 658	14 547	30 932
19 Corrèze	1 266	6 489	1 266	-	1 266	-	6 489	3 245
23 Creuse	1 296	3 829	369	-	369	927	3 829	2 842
24 Dordogne	5 092	9 277	2 570	-	2 570	2 522	9 277	7 161
33 Gironde	52 207	19 600	20 489	-	20 489	31 718	19 600	41 518
40 Landes	35 382	821	18 285	-	18 285	17 097	821	17 508
47 Lot-et-Garonne	12 064	5 018	4 794	-	4 794	7 270	5 018	9 779
64 Pyrénées-Atlantiques	11 655	13 560	7 833	-	7 833	3 822	13 560	10 602
79 Deux-Sèvres	9 660	8 349	3 565	17	3 574	6 095	8 332	10 261
86 Vienne	15 827	9 854	12 663	-	12 663	3 164	9 854	8 091
87 Haute-Vienne	9 316	2 377	5 128	-	5 128	4 188	2 377	5 377
Nouvelle-Aquitaine	207 918	94 844	84 488	17	87 489	123 430	94 827	170 844

Département	Nombre de journées et demi-journées	Nombre de journées en HC	dont % à temps plein	dont % séjours thérapeutiques	dont % hospitalisation à domicile	dont % placement familial thérapeutique	dont % appartement thérapeutique	dont % centre de postcure psychiatrique	dont % centre de crise
16 Charente	26 594	3 063	89,0	-	-	7,9	-	-	3,1
17 Charente-Maritime	35 395	7 455	57,7	0,6	-	1,5	40,1	-	-
19 Corrèze	4 511	1 266	33,8	-	-	66,2	-	-	-
23 Creuse	3 211	369	75,1	24,9	-	-	-	-	-
24 Dordogne	9 731	2 570	97,0	3,0	-	-	-	-	-
33 Gironde	62 007	20 489	62,6	1,0	15,3	11,2	-	-	9,8
40 Landes	35 793	18 285	80,3	-	18,5	-	-	1,2	-
47 Lot-et-Garonne	14 573	4 794	97,6	1,7	-	-	0,8	-	-
64 Pyrénées-Atlantiques	18 435	7 833	94,0	1,3	-	0,3	-	-	4,4
79 Deux-Sèvres	13 835	3 574	93,3	6,5	-	-	-	-	0,3
86 Vienne	20 754	12 663	55,6	2,7	-	41,7	-	-	-
87 Haute-Vienne	10 505	5 128	100,0	-	-	-	-	-	-
Nouvelle-Aquitaine	255 340	87 489	74,6	1,3	7,4	10,1	3,5	0,3	2,8

Département	Nombre de journées et demi-journées	Nombre de journées en HTTP	dont % hospitalisation de jour	dont % hospitalisation de nuit	dont % prise en charge en atelier thérapeutique
16 Charente	26 594	23 531	99,8	0,2	-
17 Charente-Maritime	35 395	30 932	99,2	0,8	-
19 Corrèze	4 511	3 245	99,0	-	1,0
23 Creuse	3 211	2 842	100,0	-	-
24 Dordogne	9 731	7 161	100,0	-	-
33 Gironde	62 007	41 518	98,7	1,3	-
40 Landes	35 793	17 508	61,9	-	38,1
47 Lot-et-Garonne	14 573	9 779	99,9	-	0,1
64 Pyrénées-Atlantiques	18 435	10 602	99,4	0,6	-
79 Deux-Sèvres	13 835	10 261	100,0	-	-
86 Vienne	20 754	8 091	99,4	0,0	0,5
87 Haute-Vienne	10 505	5 377	99,7	-	0,3
<b>Nouvelle-Aquitaine</b>	<b>255 340</b>	<b>170 844</b>	<b>95,5</b>	<b>0,5</b>	<b>4,0</b>

Source : ATIH, RIM-P 2015

Traitement : ARS Nouvelle-Aquitaine – DPSP, Pôle études, statistiques et prospective

En 2015, la durée moyenne d'hospitalisation est de 41,7 jours au niveau régional, variant de 25,8 jours en Deux-Sèvres jusqu'à 65,9 jours en Lot-et-Garonne.

*Figure 175. Durée moyenne d'hospitalisation des enfants et adolescents en psychiatrie en Nouvelle-Aquitaine en 2015*

Département	Durée moyenne d'hospitalisation (nb de jours)
16 Charente	43,9
17 Charente-Maritime	42,8
19 Corrèze	30,8
23 Creuse	28,9
24 Dordogne	38,6
33 Gironde	46,7
40 Landes	55,7
47 Lot-et-Garonne	65,9
64 Pyrénées-Atlantiques	26,5
79 Deux-Sèvres	25,8
86 Vienne	50,7
87 Haute-Vienne	26,9
<b>Nouvelle-Aquitaine</b>	<b>41,7</b>

Source : ATIH, RIM-P 2015

Traitement : ARS Nouvelle-Aquitaine – DPSP, Pôle études, statistiques et prospective

### *Les diagnostics principaux*

Les jeunes patients hospitalisés à temps plein en psychiatrie le sont principalement pour des troubles du comportement, de l'autisme ou un état anxio-dépressif. Cette répartition se retrouve dans la quasi-totalité des départements.

**Figure 176. Les 3 principaux diagnostics de prise en charge en hospitalisation temps plein et temps partiel des enfants et adolescents en psychiatrie en Nouvelle-Aquitaine en 2015**

Département	Diagnostic principal de prise en charge - 3 principaux					
	Libellé	%	Libellé	%	Libellé	%
16 Charente	Diagnostic absent	89,7	Autres troubles du comportement	3,4	Autisme	2,1
17 Charente-Maritime	Autres troubles du comportement	40,1	Etat anxio-dépressif	16,1	Autisme	15,2
19 Corrèze	Etat anxio-dépressif	26,7	Schizophrénie	20,0	Autres troubles du comportement	13,3
23 Creuse	Autres troubles du comportement	37	Etat anxio-dépressif	18,5	Autres troubles du développement	15,7
24 Dordogne	Autres troubles du comportement	32,4	Autisme	22,4	Etat anxio-dépressif	14,0
33 Gironde	Autisme	30,7	Autres troubles du comportement	19,4	Etat anxio-dépressif	16,2
40 Landes	Autres troubles du comportement	33,4	Autisme	23,8	Etat anxio-dépressif	17,3
47 Lot-et-Garonne	Autisme	28,6	Autres troubles du comportement	16,8	Etat anxio-dépressif	14,6
64 Pyrénées-Atlantiques	Autres troubles du comportement	30,4	Autisme	26,3	Etat anxio-dépressif	18,9
79 Deux-Sèvres	Autres troubles du comportement	72,2	Autisme	10,6	Autres troubles du développement	8,0
86 Vienne	Autres troubles du comportement	32,5	Etat anxio-dépressif	20,6	Autisme	12,4
87 Haute-Vienne	Etat anxio-dépressif	36,7	Autres troubles du comportement	29,7	Autisme	11,8
Nouvelle-Aquitaine	Autres troubles du comportement	30,4	Autisme	18,6	Etat anxio-dépressif	16,2

Source : ATIH, RIM-P 2015

Traitement : ARS Nouvelle-Aquitaine – DPSP, Pôle études, statistiques et prospective

Les patients pris en charge à temps complet ou à temps partiel ont des diagnostics similaires. Le premier diagnostic de prise en charge, que ce soit chez les garçons ou chez les filles, est les autres troubles du comportement (resp. 31,9 % et 27,5 %). Il diffère pour le second : autisme pour les garçons (23,4 %), état anxio-dépressif chez les filles (26,7 %). Ce modèle est le même au niveau de chacun des territoires.

Il est à noter que les diagnostics principaux sont très peu renseignés pour 2015 en Charente, les établissements de ce territoire étant encore en montée en charge en termes de codage du RIM-P.

### *L'attractivité*

Certains établissements néo-aquitains hospitalisent des enfants résidants dans d'autres départements : cela concerne 6,3% des patients dont 1,5% vivent hors Nouvelle-Aquitaine. Cette attractivité est visible dans les territoires des Landes (clinique Jean Sarrailh) et de la Haute-Vienne (CH Esquirol).

*Figure 177. L'attractivité des établissements de santé mentale pour l'hospitalisation des enfants et adolescents par département en Nouvelle-Aquitaine en 2015*

Département d'hospitalisation	Part des patients hospitalisés en provenance d'un autre département de la Nouvelle-Aquitaine	Part des patients hospitalisés en provenance d'une autre région
16 Charente	4,3	1,0
17 Charente-Maritime	2,6	0,7
19 Corrèze	4,8	3,2
23 Creuse	3,3	1,7
24 Dordogne	9,5	1,7
33 Gironde	2,8	0,9
40 Landes	16,0	5,0
47 Lot-et-Garonne	2,6	1,3
64 Pyrénées-Atlantiques	5,9	1,4
79 Deux-Sèvres	1,2	0,4
86 Vienne	7,2	2,4
87 Haute-Vienne	19,9	1,1
Nouvelle-Aquitaine	6,3	1,5

Source : ATIH, RIM-P 2015

Traitement : ARS Nouvelle-Aquitaine – DPSP, Pôle études, statistiques et prospective

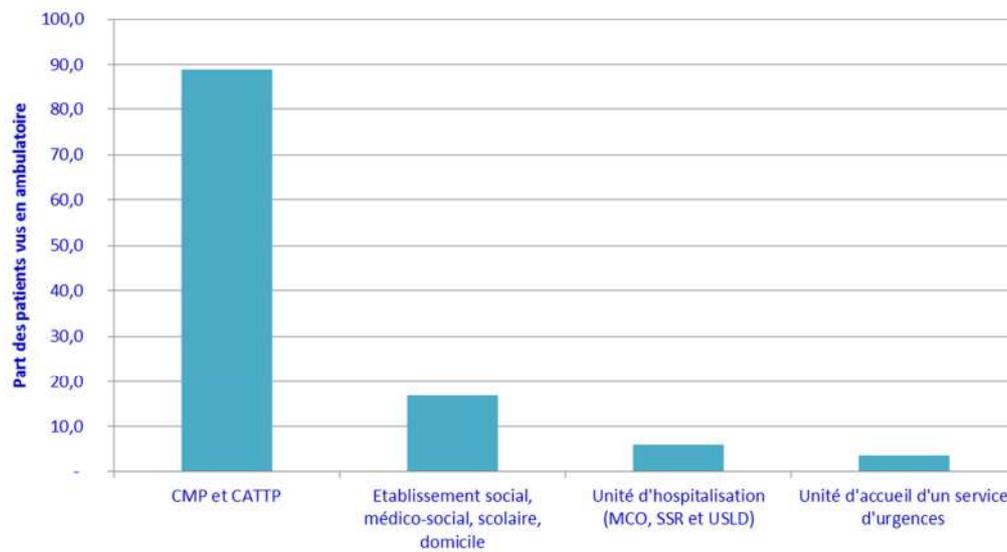
### La prise en charge ambulatoire (CMP, CATTP, Autres)

#### Les patients

Chez les enfants et adolescents, la prise en charge des pathologies psychiatriques passe majoritairement par de l'ambulatoire : CMP, CATTP, à domicile, en établissement social ou médico-social, en établissement médico-éducatif, en milieu scolaire, en PMI.

Plus de 46 200 enfants mineurs ont ainsi été suivis en 2015 en Nouvelle-Aquitaine dans une structure ambulatoire. Sur l'ensemble de la file active (hospitalisation et ambulatoire confondus), 87,1 % ont été vus exclusivement en ambulatoire. Cette proportion est la plus faible dans le département de la Charente avec un taux de 78,8 %.

**Figure 178. Lieux de prise en charge en psychiatrie ambulatoire des enfants et adolescents en Nouvelle-Aquitaine en 2015**



Source : ATIH, RIM-P 2015

Traitement : ARS Nouvelle-Aquitaine – DPSP, Pôle études, statistiques et prospective

Les patients pris en charge en ambulatoire sont vus principalement dans des CMP ou des CATTTP : 89 % d'entre eux y sont vus au moins une fois. Les actes psychiatriques sont aussi réalisés en unité d'hospitalisation ; 6 % des patients vus en ambulatoire sont concernés.

### *L'activité*

Ainsi, près de 535 800 actes ont été réalisés au cours de l'année 2015 chez les enfants et adolescents en psychiatrie en Nouvelle-Aquitaine. Près de 9 actes sur 10 sont réalisés dans des CMP ou CATTTP. Des disparités territoriales sont encore visibles :

- La Corrèze réalise une part importante des actes des enfants en ambulatoire dans les unités d'accueil des services d'urgences (61,2 %) ;
- Les Landes ont fortement développé leur approche en établissement social, médico-social, scolaire ou à domicile : 22 % des actes y sont réalisés ;
- En Haute-Vienne, 8,9 % des actes sont réalisés en unité d'hospitalisation, alors même que le patient est hospitalisé pour une pathologie relevant de soins de médecine, chirurgie ou encore soins de suite et de réadaptation.

**Figure 179. Lieux des actes réalisés en psychiatrie sur les enfants et adolescents en Nouvelle-Aquitaine en 2015**

Département	Nombre d'actes	Lieu de l'acte							
		CMP et CATT		Etablissement social, médico-social, scolaire, domicile		Unité d'hospitalisation (MCO, SSR et USLD)		Unité d'accueil d'un service d'urgences	
		Nb d'actes	%	Nb d'actes	%	Nb d'actes	%	Nb d'actes	%
16 Charente	21 860	20 000	91,5	1 625	7,4	91	0,4	144	0,7
17 Charente-Maritime	69 878	63 976	91,6	5 308	7,6	462	0,7	132	0,2
19 Corrèze	237	79	33,3	2	0,8	11	4,6	145	61,2
23 Creuse	10 235	9 809	95,8	165	1,6	72	0,7	189	1,8
24 Dordogne	56 280	49 257	87,5	5 820	10,3	1 036	1,8	167	0,3
33 Gironde	142 221	125 735	88,4	13 465	9,5	2 093	1,5	927	0,7
40 Landes	37 194	28 412	76,4	8 349	22,4	759	2,0	394	1,1
47 Lot-et-Garonne	55 335	50 613	91,5	4 339	7,8	382	0,7	1	0,0
64 Pyrénées-Atlantiques	59 849	56 754	94,8	2 451	4,1	149	0,2	495	0,8
79 Deux-Sèvres	30 105	28 766	95,6	833	2,8	429	1,4	77	0,3
86 Vienne	31 783	28 409	89,4	1 395	4,4	1 254	3,9	725	2,3
87 Haute-Vienne	20 067	17 555	87,5	648	3,2	1 795	8,9	69	0,3
<b>Nouvelle-Aquitaine</b>	<b>535 764</b>	<b>479 365</b>	<b>89,5</b>	<b>44 400</b>	<b>8,3</b>	<b>8 533</b>	<b>1,6</b>	<b>3 465</b>	<b>0,6</b>

Source : ATIH, RIM-P 2015

Traitement : ARS Nouvelle-Aquitaine – DPSP, Pôle études, statistiques et prospective

Il est réalisé 11,6 actes en moyenne par patient au cours de l'année dans la région. Des disparités territoriales sont encore observées. C'est en effet dans le Lot-et-Garonne que le nombre moyen d'acte par patient est le plus élevé (16,9). A l'inverse, ce nombre est de 2,4 en Corrèze et 7,6 en Charente.

Selon le lieu de prise en charge du patient, le nombre moyen d'actes varie aussi. Les unités d'hospitalisation ou d'accueil d'urgences n'étant pas des lieux de vie pérennes, le nombre d'actes réalisé y est plus faible qu'en CMP et CATT : 3,1 et 2,1 versus 11,7.

**Figure 180. Nombre d'actes moyen par enfant ou adolescent en psychiatrie ambulatoire en Nouvelle-Aquitaine en 2015**

Département	Nombre d'actes réalisés	Nombre de patients vus en ambulatoire	Nombre moyen d'actes par patients	CMP et CATT	Nombre moyen d'actes par lieu		
					Etablissement social, médico-social, scolaire, domicile	Unité d'hospitalisation (MCO, SSR et USLD)	Unité d'accueil d'un service d'urgences
16 Charente	21 860	2 885	7,6	7,8	2,4	2,8	1,8
17 Charente-Maritime	69 878	5 826	12,0	11,2	9,9	2,0	1,6
19 Corrèze	237	97	2,4	3,8	2,0	1,2	2,0
23 Creuse	10 235	755	13,6	13,5	1,5	2,4	3,3
24 Dordogne	56 280	4 238	13,3	12,1	9,8	6,4	1,4
33 Gironde	142 220	11 944	11,9	12,1	7,9	3,4	2,0
40 Landes	37 914	3 925	9,7	9,8	5,3	2,0	3,5
47 Lot-et-Garonne	55 335	3 268	16,9	17,6	3,9	2,2	1,0
64 Pyrénées-Atlantiques	59 849	4 196	14,3	14,3	2,8	2,4	1,5
79 Deux-Sèvres	30 105	3 257	9,2	11,1	4,3	1,9	1,2
86 Vienne	31 783	3 321	9,6	9,1	4,4	4,5	3,2
87 Haute-Vienne	20 067	2 503	8,0	7,9	3,7	3,3	1,5
<b>Nouvelle-Aquitaine</b>	<b>535 763</b>	<b>46 215</b>	<b>11,6</b>	<b>11,7</b>	<b>5,7</b>	<b>3,1</b>	<b>2,1</b>

Source : ATIH, RIM-P 2015

Traitement : ARS Nouvelle-Aquitaine – DPSP, Pôle études, statistiques et prospective

## Les diagnostics principaux

Les jeunes patients suivis en psychiatrie ambulatoire le sont principalement pour des troubles du comportement, un état anxio-dépressif ou encore pour diagnostiquer une pathologie ou confirmer un traitement. Cette répartition se retrouve dans la quasi-totalité des départements.

**Figure 181. Les 3 principaux diagnostics de prise en charge ambulatoire des enfants et adolescents en psychiatrie en Nouvelle-Aquitaine en 2015**

Département	Diagnostic principal de prise en charge - 3 principaux					
	Libellé	%	Libellé	%	Libellé	%
16 Charente	Diagnostic absent	38,5	Autres troubles du comportement	20,6	Conditions socio-économique, précarité	7,4
17 Charente-Maritime	Autres motifs de prise en charge	25,7	Autres troubles du comportement	20,7	Observation expertise	14,2
19 Corrèze	Diagnostic absent	78,4	Autres troubles du comportement	5,2	Autres troubles du comportement	5,2
23 Creuse	Conditions socio-économique, précarité	28,5	Etat anxio-dépressif	18,5	Autres troubles du développement	15,7
24 Dordogne	Autres troubles du comportement	30,1	Etat anxio-dépressif	26,3	Observation expertise	19,4
33 Gironde	Autres troubles du comportement	28,1	Observation expertise	24,0	Etat anxio-dépressif	12,8
40 Landes	Etat anxio-dépressif	37,6	Autres troubles du comportement	27,7	Autres troubles du développement	8,8
47 Lot-et-Garonne	Autres troubles du comportement	18,4	Symptômes	17,0	Observation expertise	16,7
64 Pyrénées-Atlantiques	Autres troubles du comportement	38,8	Etat anxio-dépressif	20,4	Autres troubles du développement	10,9
79 Deux-Sèvres	Autres troubles du comportement	63,5	Etat anxio-dépressif	5,6	Conditions socio-économique, précarité	4,9
86 Vienne	Autres troubles du comportement	20,7	Diagnostic absent	20,1	Symptômes	12,9
87 Haute-Vienne	Autres troubles du comportement	37,2	Etat anxio-dépressif	30,6	Conditions socio-économique, précarité	4,8
Nouvelle-Aquitaine	Autres troubles du comportement	29,0	Etat anxio-dépressif	16,7	Observation expertise	12,3

Source : ATIH, RIM-P 2015

Traitement : ARS Nouvelle-Aquitaine – DPSP, Pôle études, statistiques et prospective

## 6.5.2. La psychiatrie générale

### 6.5.2.1. Les secteurs de psychiatrie générale

L'organisation en réseau de l'offre hospitalière publique s'appuie sur la base d'une sectorisation géographique originale : le secteur psychiatrique. Ce dernier, mis en place par la circulaire de mars 1960, constitue l'unité de base de la délivrance de soins en psychiatrie publique. Il dispense et coordonne, pour une aire géo-démographique de proximité, l'ensemble des soins et services nécessaires à la couverture globale des besoins : prévention, soins, postcure et réadaptation. La prise en charge et la coordination des soins sont assurées par des équipes pluridisciplinaires.

La loi du 26 janvier 2016 conforte le secteur psychiatrique dans son article 69 qui réaffirme l'ancrage territorial de la psychiatrie de secteur, ainsi que son ouverture vers le secteur social et médico-social ainsi que le premier recours.

Ainsi, le secteur de psychiatrie générale (ou adultes) est un découpage géographique et démographique organisé dans le cadre d'un service public pour la prévention et le traitement des troubles mentaux pour les personnes âgées de plus de 16 ans. Il s'agit donc d'une aire fonctionnelle d'intervention d'une équipe soignante dans le domaine de la santé mentale.

C'est le mode d'organisation privilégié pour rendre facilement accessible et offrir à la population une gamme de prestations diversifiées en termes de prévention, de diagnostic, de soin et de réinsertion. C'est également des aires de concertation et de coordination des actions à conduire au plan local avec les partenaires directement ou indirectement concernés par les problèmes de santé mentale, en particulier les structures sociales et médico-sociales.

La Nouvelle-Aquitaine comprend 71 secteurs de psychiatrie générale. Leur désignation se fait suivant le code départemental, la lettre "G" pour Général et un numéro d'ordre. Le découpage de ces secteurs est présenté dans la cartographie suivante.

Figure 182. Cartographie des secteurs de psychiatrie générale en Nouvelle-Aquitaine



Janvier 2017

Source : ARS Nouvelle-Aquitaine - DPSP, PESE  
 Cartographie : ARS Nouvelle-Aquitaine - DPSP, PESE  
 Fondes de carte : IGN / ESRI©

### 6.5.2.2. Les établissements

Au 1<sup>er</sup> janvier 2017, 47 établissements assurent une prise en charge en psychiatrie générale. Les établissements publics représentent 51 % de cette offre.

**Figure 183. Les établissements autorisés en psychiatrie générale par département, en Nouvelle-Aquitaine, au 1<sup>er</sup> janvier 2017**

		Nombre d'établissements de psychiatrie générale*			
		Public	Privé lucratif	Privé non lucratif	Ensemble
16	Charente	1	1	-	2
17	Charente-Maritime	3	2	-	5
19	Corrèze	3	-	1	4
23	Creuse	1	1	-	2
24	Dordogne	3	-	1	4
33	Gironde	4	4	6	14
40	Landes	2	-	1	3
47	Lot-et-Garonne	1	-	-	1
64	Pyrénées-Atlantiques	2	5	-	7
79	Deux-Sèvres	2	-	-	2
86	Vienne	1	-	-	1
87	Haute-Vienne	1	1	-	2
Nouvelle-Aquitaine		24	14	9	47

\* sont comptabilisés les EJ détentrices d'une autorisation de psychiatrie dans le secteur public et les EJ pour les associations détentrices d'une autorisation

Source : FINESS au 1<sup>er</sup> janvier 2017

Traitement : ARS Nouvelle-Aquitaine – DPSP, Pôle études, statistiques et prospective

Au 31 décembre 2015, ce sont ainsi plus de 5 600 lits et 2 000 places qui sont ouverts au sein de la Nouvelle-Aquitaine. La prise en charge ambulatoire est couverte, entre autres, par près de 400 CMP et CATTP, quasi-exclusivement publics.

Figure 184. Offre d'accueil en psychiatrie générale en Nouvelle-Aquitaine au 31 décembre 2015

	Hospitalisation à temps plein Nombre de lits				Prise en charge à temps partiel Nombre de places				Prise en charge ambulatoire Nombre de CMP et CATT			
	Public	Privé lucratif	Privé non lucratif	Ensemble	Public	Privé lucratif	Privé non lucratif	Ensemble	Public	Privé lucratif	Privé non lucratif	Ensemble
Charente	247	38	-	285	66	-	-	66	29	-	-	29
Charente-Maritime	387	113	-	500	142	-	-	142	34	-	-	34
Corrèze	96	-	181	277	64	-	15	79	11	-	4	15
Creuse	120	48	-	168	97	-	-	97	18	-	-	18
Dordogne	327	-	327	654	89	-	17	106	20	-	-	20
Gironde	1 048	253	138	1 439	308	35	172	515	72	-	-	72
Landes	214	41	-	255	55	-	-	55	41	-	-	41
Lot-et-Garonne	303	-	-	303	72	-	-	72	20	-	-	20
Pyrénées-Atlantiques	413	278	-	691	238	55	-	293	79	-	-	79
Deux-Sèvres	240	-	-	240	137	-	-	137	22	-	-	22
Vienne	336	-	-	336	112	-	-	112	18	-	-	18
Haute-Vienne	456	34	-	490	342	5	-	347	27	1	-	28
Nouvelle-Aquitaine	4 187	805	646	5 638	1 722	95	204	2 021	391	1	4	396

Source : DREES, Enquête SAE 2015

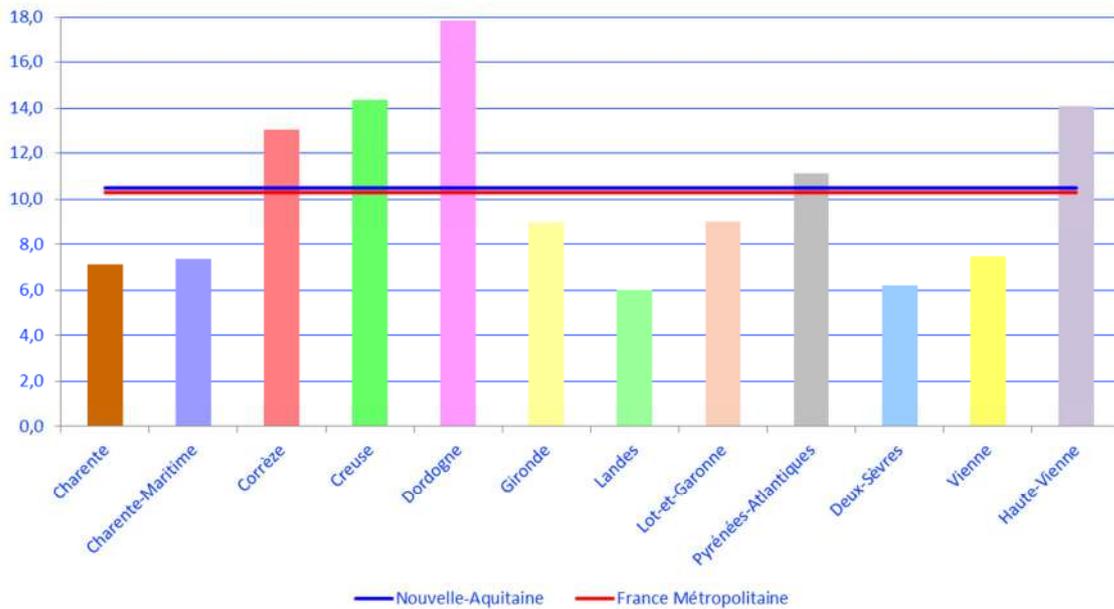
Traitement : ARS Nouvelle-Aquitaine – DPSP, Pôle études, statistiques et prospective

Rapportée à la population du territoire, la région Nouvelle-Aquitaine apparaît au même niveau que le niveau national, cachant cependant de fortes disparités territoriales. La Dordogne, la Creuse et la Haute-Vienne apparaissent comme des départements très sur-dotés alors même que ces territoires ont le nombre de structures et la capacité d'accueil parmi les plus faibles.

A l'inverse, les Landes et les Deux-Sèvres sont les départements les plus faiblement dotés ; les Landes étaient pourtant le département le plus doté en lits infanto-juvéniles.

**Figure 185. Taux d'équipement en hospitalisation temps plein en psychiatrie générale pour 10 000 habitants au 31 décembre 2015 en Nouvelle-Aquitaine**

(nb lits pour 10 000 habitants)



Source : DREES, Enquête SAE 2015

Traitement : ARS Nouvelle-Aquitaine - DPSP, Pôle études, statistiques et évaluation

De même que chez les enfants et adolescents, la répartition de l'offre ambulatoire varie d'un territoire à l'autre : de 15 CMP et CATTP en Corrèze à plus de 70 en Gironde.

### 6.5.2.3. Les prises en charge hospitalières

Les analyses suivantes portent sur une population âgée de 18 ans ou plus. La base de données utilisée est le RIM-P.

Comme pour les enfants et adolescents, la prise en charge psychiatrique chez les adultes se fait minoritairement à temps plein ou à temps partiel. En 2015, plus de 166 500 patients de 18 ans ou plus ont été soignés en Nouvelle-Aquitaine dont les trois-quarts en ambulatoire.

*Figure 186. File active des adultes pris en charge en psychiatrie en Nouvelle-Aquitaine en 2015*

Département	File active	Dont part de femmes	% exclusivement ambulatoire	Dont % de femmes exclusivement ambulatoire	Age moyen
16 Charente	10 917	63,8	81,4	51,0	47,4
17 Charente-Maritime	17 275	69,7	83,3	52,3	48,7
19 Corrèze	6 769	48,7	82,3	48,8	48,9
23 Creuse	4 458	64,3	78,6	57,7	52,1
24 Dordogne	12 507	66,2	84,4	49,1	50,6
33 Gironde	38 058	65,7	83,9	49,8	44,5
40 Landes	8 863	73,7	85,3	50,8	50,8
47 Lot-et-Garonne	7 258	72,4	82,5	50,3	50,5
64 Pyrénées-Atlantiques	19 808	63,8	83,2	51,8	48,7
79 Deux-Sèvres	8 951	70,7	83,7	54,5	51,7
86 Vienne	15 403	64,5	82,2	54,3	46,1
87 Haute-Vienne	16 282	63,8	79,9	56,0	51,9
Nouvelle-Aquitaine	166 549	65,7	82,9	51,8	48,3

Source : ATIH, RIM-P 2015

Traitement : ARS Nouvelle-Aquitaine – DPSP, Pôle études, statistiques et prospective

Contrairement aux enfants et adolescents, la part des femmes est plus importante chez les adultes, représentant près des deux-tiers de la file active. Là encore cependant, des disparités territoriales sont observées :

- La Corrèze est le seul département où les hommes sont les plus nombreux : 51,3 %,
- Les Landes et le Lot-et-Garonne sont les territoires où la part des femmes est la plus importante : plus de sept patients sur dix sont de sexe féminin.

Les femmes sont donc globalement plus nombreuses, mais elles sont aussi plus hospitalisées que les hommes, la part des femmes vues exclusivement en ambulatoire étant plus faible que dans la file active globale.

L'âge moyen de prise en charge en psychiatrie chez les adultes est de 48,3 ans. Au niveau territorial, ce sont les départements les plus âgés démographiquement qui ont les moyennes d'âge les plus élevées.

## La prise en charge à temps plein et à temps partiel

### Les patients

En 2015, ce sont 44 500 patients âgés de 18 ans ou plus qui ont été hospitalisés dans un établissement psychiatrique de la région. Près d'un quart de ces patients ont été pris en charge en Gironde.

Les patients âgés de 18 ans ou plus représentent 78 % de la file active globale. Cette proportion n'est pas identique d'un territoire à l'autre : l'hospitalisation des adultes représente la quasi-totalité des patients de Corrèze alors que ce taux est bien moindre dans les Landes et le Lot-et-Garonne.

**Figure 187. Prise en charge des adultes parmi l'ensemble des patients pris en charge en psychiatrie en Nouvelle-Aquitaine en 2015**

Département	Part des adultes parmi l'ensemble des patients
16 Charente	78,8
17 Charente-Maritime	74,4
19 Corrèze	98,4
23 Creuse	85,5
24 Dordogne	74,6
33 Gironde	75,3
40 Landes	68,6
47 Lot-et-Garonne	68,4
64 Pyrénées-Atlantiques	82,3
79 Deux-Sèvres	71,8
86 Vienne	82,2
87 Haute-Vienne	86,4
Nouvelle-Aquitaine	77,8
France Métropolitaine	73,6

Source : ATIH, RIM-P 2015

Traitement : ARS Nouvelle-Aquitaine – DPSP, Pôle études, statistiques et prospective

Le temps partiel est moins développé en psychiatrie générale qu'en infanto-juvénile : les trois-quarts des patients hospitalisés le sont à temps plein. Des disparités territoriales sont encore observées. En effet, la prise en charge à temps partiel est très faible en Charente-Maritime et en Dordogne (16-17 %) au contraire de la Vienne où trois patients sur cinq sont hospitalisés à temps partiel.

**Figure 188. File active des adultes pris en charge en psychiatrie en 2015 en Nouvelle-Aquitaine**

Département	File active globale	File active hospitalisation	Dont part à temps partiel	File active ambulatoire	Part exclusivement ambulatoire (sur file active globale)
16 Charente	10 917	2 640	23,6	10 172	81,4
17 Charente-Maritime	17 275	4 564	16,4	15 265	83,3
19 Corrèze	6 769	1 892	30,4	5 928	82,3
23 Creuse	4 458	1 431	24,5	3 851	78,6
24 Dordogne	12 507	2 813	16,7	11 492	84,4
33 Gironde	38 058	10 641	21,7	32 660	83,9
40 Landes	8 863	2 081	25,9	7 951	85,3
47 Lot-et-Garonne	7 258	1 998	18,5	6 378	82,5
64 Pyrénées-Atlantiques	19 808	6 688	22,4	15 762	83,2
79 Deux-Sèvres	8 951	2 381	39,9	7 845	83,7
86 Vienne	15 403	3 072	59,6	14 997	82,2
87 Haute-Vienne	16 282	4 303	34,8	14 989	79,9
Nouvelle-Aquitaine	166 549	44 504	26,4	147 290	82,9
France Métropolitaine	1 429 795	366 878	23,9	1 322 566	72,3

Source : ATIH, RIM-P 2015

Traitement : ARS Nouvelle-Aquitaine – DPSP, Pôle études, statistiques et prospective

## L'activité

L'hospitalisation des adultes a généré plus de 2,3 millions de journées et demi-journées au cours de l'année 2015. Les journées réalisées en hospitalisation à temps complet représentent 82 % de cette activité.

Les alternatives à l'hospitalisation à temps plein assurent 3,2 % des journées à temps complet :

- Le placement familial thérapeutique, destiné aux patients dont la prise en charge n'est plus intensive mais pour lesquels un retour à domicile ne paraît pas encore possible, est l'alternative la plus développée : 1,3 % du temps complet au niveau régional, et jusqu'à 14 % dans le département de la Vienne ;
- Les appartements thérapeutiques, qui visent une réinsertion sociale avec une présence intensive de soignants, viennent ensuite : leurs journées représentent 0,9 % des journées réalisées à temps complet ;
- L'hospitalisation à domicile, récente en psychiatrie, représente 0,2 % des journées.

Ces prises en charge sont encore différentes d'un territoire à l'autre. L'ensemble des journées à temps complet en Haute-Vienne est réalisé à temps plein.

**Figure 189. Activité d'hospitalisation en psychiatrie des adultes en 2015 en Nouvelle-Aquitaine**

Département	Total journées	Total demi-journées	Hospitalisation à temps complet (HC)			Hospitalisation à temps partiel (HTPP)		
			Nombre de journées	Nombre de demi-journées	Total	Nombre de journées	Nombre de demi-journées	Total
16 Charente	137 320	1 042	97 673	-	97 673	39 647	1 042	40 168
17 Charente-Maritime	233 394	9 906	169 568	-	169 568	63 826	9 906	68 779
19 Corrèze	97 872	5 487	83 045	22	83 056	14 827	5 465	17 560
23 Creuse	70 084	2 330	52 358	-	52 358	17 726	2 330	18 891
24 Dordogne	221 873	8 453	205 922	-	205 922	15 951	8 453	20 178
33 Gironde	585 727	37 875	495 136	-	495 136	90 591	37 875	109 529
40 Landes	108 519	347	91 804	-	91 804	16 715	347	16 889
47 Lot-et-Garonne	110 778	6 419	95 418	-	95 418	15 360	6 419	18 570
64 Pyrénées-Atlantiques	265 190	20 377	221 862	1	221 863	43 328	20 376	53 516
79 Deux-Sèvres	96 099	19 914	79 737	160	79 817	16 362	19 754	26 239
86 Vienne	140 964	26 079	133 780	-	133 780	7 184	26 079	20 224
87 Haute-Vienne	200 376	9 673	134 022	-	134 022	66 354	9 673	71 191
Nouvelle-Aquitaine	2 268 196	147 902	1 860 325	183	1 860 417	407 871	147 719	481 731

Département	Nombre de journées et demi-journées	Nombre de journées en HC	dont % à temps plein	dont % séjours thérapeutiques	dont % hospitalisation à domicile	dont % placement familial thérapeutique	dont % appartement thérapeutique	dont % centre de postcure psychiatrique	dont % centre de crise
16 Charente	137 841	97 673	97,7	-	-	-	-	-	2,3
17 Charente-Maritime	238 347	169 568	97,6	0,1	-	-	2,3	-	-
19 Corrèze	100 616	83 056	96,2	0,1	-	-	3,7	-	-
23 Creuse	71 249	52 358	99,2	0,1	-	0,7	-	-	-
24 Dordogne	226 100	205 922	98,7	0,1	-	-	1,2	-	-
33 Gironde	604 665	495 136	98,0	0,0	0,6	0,8	-	-	0,6
40 Landes	108 693	91 804	94,4	-	-	-	5,2	0,4	-
47 Lot-et-Garonne	113 988	95 418	98,2	0,1	-	-	1,7	-	-
64 Pyrénées-Atlantiques	275 379	221 863	97,0	0,1	0,0	-	-	-	2,9
79 Deux-Sèvres	106 056	79 817	94,0	0,0	-	2,1	-	-	3,9
86 Vienne	154 004	133 780	85,8	0,1	-	14,1	-	-	-
87 Haute-Vienne	205 213	134 022	100,0	0,0	-	-	-	-	-
Nouvelle-Aquitaine	2 342 147	1 860 417	96,8	0,1	0,2	1,3	0,9	0,0	0,8

Département	Nombre de journées et demi-journées	Nombre de journées en HTTP	dont % hospitalisation de jour	dont % hospitalisation de nuit	dont % prise en charge en atelier thérapeutique
16 Charente	137 841	40 168	99,3	0,7	-
17 Charente-Maritime	238 347	68 779	99,9	0,1	-
19 Corrèze	100 616	17 560	91,0	0,1	8,9
23 Creuse	71 249	18 891	99,9	0,1	-
24 Dordogne	226 100	20 178	85,7	0,2	14,1
33 Gironde	604 665	109 529	95,9	4,1	-
40 Landes	108 693	16 889	63,4	0,7	35,8
47 Lot-et-Garonne	113 988	18 570	89,9	0,5	9,6
64 Pyrénées-Atlantiques	275 379	53 516	87,9	9,7	2,4
79 Deux-Sèvres	106 056	26 239	99,5	0,5	-
86 Vienne	154 004	20 224	61,4	0,5	38,0
87 Haute-Vienne	205 213	71 191	96,0	1,2	2,7
<b>Nouvelle-Aquitaine</b>	<b>2 342 147</b>	<b>481 731</b>	<b>92,8</b>	<b>2,4</b>	<b>4,8</b>

Source : ATIH, RIM-P 2015 / Traitement : ARS Nouvelle-Aquitaine – DPSP, Pôle études, statistiques et prospective

L'hospitalisation à temps partiel est faiblement développée pour la prise en charge psychiatrique des adultes : elle représente 20,6 % de l'activité d'hospitalisation. Elle se réalise principalement en journée. La prise en charge en atelier thérapeutique représente près de 5 % des journées à temps partiel. Certains territoires ont même fortement développé cette pratique, leur nombre de journées représentant plus d'un tiers des journées à temps partiel : la Vienne (38 %) et les Landes (36 %).

L'hospitalisation de nuit est plus importante chez les adultes que chez les enfants (2,4 % versus 0,5 %). Les Pyrénées-Atlantiques ont une activité plus importante que les autres territoires dans ce type de prise en charge.

En 2015, la durée moyenne d'hospitalisation des adultes de 18 ans ou plus est supérieure à celle des enfants : 52,6 jours versus de 41,7 jours. Des écarts territoriaux sont encore observés : la durée moyenne d'hospitalisation est la plus faible dans les Pyrénées-Atlantiques (41,2) alors qu'elle est presque du double en Dordogne (80,3).

**Figure 190. Durée moyenne d'hospitalisation des adultes en psychiatrie en Nouvelle-Aquitaine en 2015**

Département	Durée moyenne d'hospitalisation (nb de jours)
16 Charente	52,5
17 Charente-Maritime	52,2
19 Corrèze	53,1
23 Creuse	49,7
24 Dordogne	80,3
33 Gironde	56,8
40 Landes	52,2
47 Lot-et-Garonne	57,0
64 Pyrénées-Atlantiques	41,2
79 Deux-Sèvres	44,5
86 Vienne	50,1
87 Haute-Vienne	47,7
<b>Nouvelle-Aquitaine</b>	<b>52,6</b>

Source : ATIH, RIM-P 2015 / Traitement : ARS Nouvelle-Aquitaine – DPSP, Pôle études, statistiques et prospective

### Les diagnostics principaux

En 2015, aussi bien au niveau régional que territorial, le principal motif d'hospitalisation en psychiatrie générale est l'état anxio-dépressif des patients (40 %). En région, les prises en charge pour schizophrénie viennent en seconde position (19 %), suivies des prises en charge des addictologies (10,4 %). Ces deux derniers motifs de prises en charge sont aussi présents au niveau départemental, avec des taux plus ou moins élevés.

**Figure 191. Les 3 principaux diagnostics de prise en charge des adultes en hospitalisation en psychiatrie en Nouvelle-Aquitaine en 2015**

Département	Diagnostic principal de prise en charge - 3 principaux					
	Libellé	%	Libellé	%	Libellé	%
16 Charente	Diagnostic absent	52,6	Etat anxio-dépressif	28,5	Addictologie	7,4
17 Charente-Maritime	Etat anxio-dépressif	48,8	Schizophrénie	14,0	Addictologie	8,6
19 Corrèze	Etat anxio-dépressif	40,1	Schizophrénie	26,1	Addictologie	14,7
23 Creuse	Etat anxio-dépressif	40,5	Addictologie	19,1	Schizophrénie	11,7
24 Dordogne	Etat anxio-dépressif	30,2	Addictologie	24,0	Schizophrénie	15,6
33 Gironde	Etat anxio-dépressif	34,9	Observation expertise	25,1	Schizophrénie	24,3
40 Landes	Etat anxio-dépressif	48,1	Schizophrénie	22,9	Addictologie	10,0
47 Lot-et-Garonne	Etat anxio-dépressif	42,6	Schizophrénie	22,5	Addictologie	9,1
64 Pyrénées-Atlantiques	Etat anxio-dépressif	44,2	Addictologie	17,7	Schizophrénie	15,0
79 Deux-Sèvres	Etat anxio-dépressif	31,8	Autres troubles du comportement	28,7	Schizophrénie	15,5
86 Vienne	Etat anxio-dépressif	32,4	Schizophrénie	22,2	Diagnostic absent	10,2
87 Haute-Vienne	Etat anxio-dépressif	46,6	Schizophrénie	18,7	Addictologie	14,2
Nouvelle-Aquitaine	Etat anxio-dépressif	39,2	Schizophrénie	19,0	Addictologie	10,4

Source : ATIH, RIM-P 2015 / Traitement : ARS Nouvelle-Aquitaine – DPSP, Pôle études, statistiques et prospective

Les patients pris en charge à temps complet ou à temps partiel ont des diagnostics similaires, la prise en charge de la schizophrénie étant cependant plus importante à temps partiel.

Les diagnostics de prise en charge sont aussi similaires chez les hommes et chez les femmes. Certains taux diffèrent cependant dans certains départements, la prise en charge de la schizophrénie étant la première cause de prise en charge chez les hommes (Creuse, Dordogne, Gironde, Vienne).

Il est à noter que les diagnostics principaux sont très peu renseignés pour 2015 en Charente, les établissements de ce territoire étant encore en montée en charge en termes de codage du RIM-P.

### L'attractivité

Les établissements néo-aquitains sont plutôt attractifs, accueillant près de 5% de patients adultes en provenance d'autres régions. Cette attractivité est particulièrement marquée dans les territoires de la Creuse et de la Corrèze. En effet, la clinique Chatelguyon hospitalise près de 68% de patients en provenance d'une autre région, et le CH du pays d'Eygurande 23,8%.

Certains territoires accueillent aussi une part élevée de patients en provenance d'autres départements de la région, notamment la Creuse, les Pyrénées-Atlantiques et la Charente-Maritime.

**Figure 192. L'attractivité des établissements de santé mentale pour l'hospitalisation des adultes par département en Nouvelle-Aquitaine en 2015**

Département d'hospitalisation	Part des patients hospitalisés en provenance d'un autre département de la Nouvelle-Aquitaine	Part des patients hospitalisés en provenance d'une autre région
16 Charente	16,4	2,2
17 Charente-Maritime	20,8	6,7
19 Corrèze	14,6	10,7
23 Creuse	27,6	24,3
24 Dordogne	9,2	2,4
33 Gironde	8,5	4,0
40 Landes	8,1	2,5
47 Lot-et-Garonne	5,3	4,4
64 Pyrénées-Atlantiques	21,5	5,0
79 Deux-Sèvres	3,7	2,3
86 Vienne	8,4	4,7
87 Haute-Vienne	12,5	2,2
Nouvelle-Aquitaine	13,0	4,9

Source : ATIH, RIM-P 2015 / Traitement : ARS Nouvelle-Aquitaine – DPSP, Pôle études, statistiques et prospective

### La prise en charge ambulatoire (CMP, CATTP, Autres)

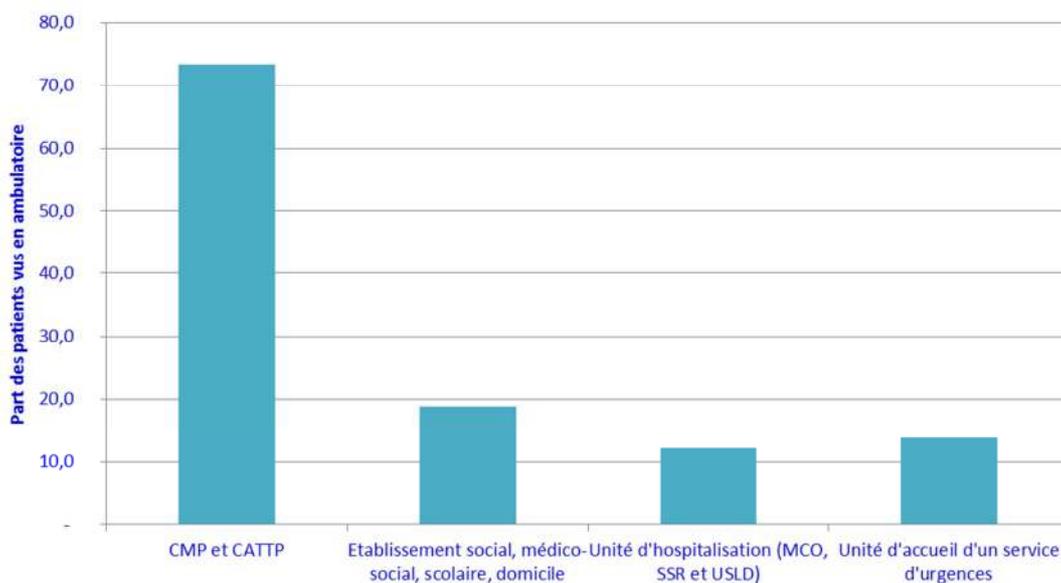
#### Les patients

La prise en charge en ambulatoire est, comme chez les enfants, majoritaire chez les adultes : CMP, CATTP, à domicile, en établissement social ou médico-social, en établissement médico-éducatif, en milieu scolaire.

Plus de 147 000 patients de 18 ans ou plus ont ainsi été suivis en 2015 en Nouvelle-Aquitaine dans une structure ambulatoire. Sur l'ensemble de la file active (hospitalisation et ambulatoire confondus), 82,9 % ont été vus exclusivement en ambulatoire. Cette proportion est la plus faible dans le département de la Creuse, avec un taux de 78,6 %.

Les patients pris en charge en ambulatoire sont vus principalement en CMP ou CATTP : 73,3 % d'entre eux y sont vus au moins une fois. Ce taux est moindre que chez les enfants et adolescents. Les actes psychiatriques hors les murs sont aussi réalisés, et notamment dans les services d'urgences (14 %). En Corrèze, la prise en charge en urgences atteint même 74,2 % des patients.

**Figure 193. Lieux de prise en charge ambulatoire en psychiatrie générale en Nouvelle-Aquitaine en 2015**



Source : ATIH, RIM-P 2015

Traitement : ARS Nouvelle-Aquitaine – DPSP, Pôle études, statistiques et prospective

### *L'activité*

En 2015, 1,48 million d'actes ont été réalisés pour des adultes en psychiatrie ambulatoire en Nouvelle-Aquitaine. Sept actes sur dix sont réalisés en CMP ou CATTTP. Les écarts inter-départementaux sont visibles :

- En Vienne, 55,8 % des actes ont été réalisés en CMP et CATTTP. C'est la plus faible proportion observée pour ce lieu de prise en charge. A l'inverse, la Vienne est le département où le nombre d'actes réalisés dans une unité somatique est la plus importante (21,4 %) ;
- En Deux-Sèvres, les actes réalisés en CMP et CATTTP sont les plus importants de la région (84,7 %) alors que les actes réalisés en unités d'hospitalisation sont les plus faibles (1,3 %) ;
- La prise en charge ambulatoire en services d'urgences est la plus importante dans les Landes, avec un taux de 7,4 % ;
- Les actes réalisés en établissement social, médico-social, scolaire ou à domicile représentent un peu moins d'un quart des actes réalisés dans la région. La Corrèze est le territoire où la réalisation de ces actes est la plus haute (35,8 %).

**Figure 194. Lieux des actes réalisés sur les adultes en psychiatrie ambulatoire en Nouvelle-Aquitaine en 2015**

Département	Nombre d'actes réalisés	Lieu de l'acte							
		CMP et CATT		Etablissement social, médico-social, scolaire, domicile		Unité d'hospitalisation (MCO, SSR et USLD)		Unité d'accueil d'un service d'urgences	
		Nb d'actes	%	Nb d'actes	%	Nb d'actes	%	Nb d'actes	%
16 Charente	74 788	53 329	71,3	16 400	21,9	2 636	3,5	2 423	3,2
17 Charente-Maritime	130 129	95 165	73,1	28 548	21,9	2 558	2,0	3 858	3,0
19 Corrèze	55 834	33 231	59,5	19 978	35,8	1 241	2,2	1 384	2,5
23 Creuse	46 127	29 308	63,5	12 006	26,0	3 407	7,4	1 406	3,0
24 Dordogne	124 912	92 356	73,9	28 296	22,7	1 949	1,6	2 311	1,9
33 Gironde	350 844	247 655	70,6	85 066	24,2	4 983	1,4	12 643	3,6
40 Landes	73 455	47 618	64,8	15 994	21,8	4 374	6,0	5 469	7,4
47 Lot-et-Garonne	83 538	56 086	67,1	23 865	28,6	3 579	4,3	8	0,0
64 Pyrénées-Atlantiques	229 447	168 160	73,3	50 788	22,1	3 566	1,6	6 933	3,0
79 Deux-Sèvres	103 702	87 853	84,7	11 922	11,5	1 330	1,3	2 597	2,5
86 Vienne	110 482	61 666	55,8	20 027	18,1	23 588	21,4	5 201	4,7
87 Haute-Vienne	99 734	65 659	65,8	25 520	25,6	5 010	5,0	3 545	3,6
<b>Nouvelle-Aquitaine</b>	<b>1 482 992</b>	<b>1 038 086</b>	<b>70,0</b>	<b>338 410</b>	<b>22,8</b>	<b>58 221</b>	<b>3,9</b>	<b>47 778</b>	<b>3,2</b>

Source : ATIH, RIM-P 2015

Traitement : ARS Nouvelle-Aquitaine – DPSP, Pôle études, statistiques et prospective

Le nombre moyen d'actes par patient est légèrement supérieur chez les adultes que chez les enfants et adolescents : 13,7 actes contre 11,7 actes. Des disparités territoriales sont encore observées. C'est dans les Pyrénées-Atlantiques que le nombre moyen d'actes par patient est le plus élevé (20). A l'inverse, ce nombre est de 8,7 en Haute-Vienne et 9,4 en Charente.

Selon le lieu de prise en charge du patient, le nombre moyen d'actes varie aussi. Les actes réalisés en établissement social, médico-social, scolaire ou à domicile sont en moyenne plus nombreux qu'en CMP et CATT (12,2 versus 9,6).

**Figure 195. Nombre d'actes moyen par adulte en psychiatrie ambulatoire en Nouvelle-Aquitaine en 2015**

Département	Nombre d'actes réalisés	Nombre de patients vus en ambulatoire	Nombre moyen d'actes par patients	Nombre moyen d'actes par lieu			
				CMP et CATT	Etablissement social, médico-social, scolaire, domicile	Unité d'hospitalisation (MCO, SSR et USLD)	Unité d'accueil d'un service d'urgences
16 Charente	74 788	7 960	9,4	6,7	7,7	2,9	1,7
17 Charente-Maritime	130 129	11 915	10,9	8,0	15,4	2,0	1,9
19 Corrèze	55 834	3 841	14,5	8,7	14,8	1,8	2,2
23 Creuse	46 127	2 536	18,2	11,6	9,5	4,0	3,3
24 Dordogne	124 912	8 252	15,1	11,2	13,3	1,9	1,5
33 Gironde	350 844	24 214	14,5	10,2	14,9	2,2	2,3
40 Landes	73 455	5 516	13,3	8,6	12,4	3,7	3,2
47 Lot-et-Garonne	83 538	4 930	16,9	11,4	19,0	2,8	1,0
64 Pyrénées-Atlantiques	229 447	11 491	20,0	14,6	12,0	2,8	2,3
79 Deux-Sèvres	103 702	6 219	16,7	14,1	6,7	3,7	2,1
86 Vienne	110 482	9 735	11,3	6,3	11,9	5,3	3,5
87 Haute-Vienne	99 734	11 425	8,7	5,7	8,5	2,0	2,7
<b>Nouvelle-Aquitaine</b>	<b>1 482 992</b>	<b>108 034</b>	<b>13,7</b>	<b>9,6</b>	<b>12,2</b>	<b>3,2</b>	<b>2,3</b>

Source : ATIH, RIM-P 2015

Traitement : ARS Nouvelle-Aquitaine – DPSP, Pôle études, statistiques et prospective

### Les diagnostics principaux

Les adultes de 18 ans ou plus suivis en psychiatrie ambulatoire le sont principalement pour un état anxio-dépressif.

La prise en charge de la schizophrénie est le deuxième motif de soins en ambulatoire au niveau régional, suivi d'une prise en charge pour de l'observation. Au niveau territorial, les motifs de prise en charge sont plus disparates : l'observation est le deuxième motif de prise en charge pour 5 départements et l'addictologie pour 2 d'entre eux. Une plus grande diversité est observée pour le troisième motif.

**Figure 196. Les 3 principaux diagnostics de prise en charge ambulatoire des adultes en psychiatrie en Nouvelle-Aquitaine en 2015**

Département	Diagnostic principal de prise en charge - 3 principaux					
	Libellé	%	Libellé	%	Libellé	%
16 Charente	Diagnostic absent	51,4	Etat anxio-dépressif	15,6	Autres troubles du comportement	12,1
17 Charente-Maritime	Etat anxio-dépressif	27,8	Observation expertise	25,5	Autres troubles du comportement	22,8
19 Corrèze	Etat anxio-dépressif	33,2	Diagnostic absent	18,2	Conditions socio-économique, précarité	15,6
23 Creuse	Etat anxio-dépressif	32,1	Observation expertise	18,6	Addictologie	9,6
24 Dordogne	Etat anxio-dépressif	45,6	Addictologie	16,4	Schizophrénie	11,2
33 Gironde	Etat anxio-dépressif	42,2	Observation expertise	17,1	Schizophrénie	14,4
40 Landes	Etat anxio-dépressif	44,5	Observation expertise	23,2	Schizophrénie	12,2
47 Lot-et-Garonne	Etat anxio-dépressif	27,0	Diagnostic absent	19,8	Conditions socio-économique, précarité	17,9
64 Pyrénées-Atlantiques	Etat anxio-dépressif	42,3	Schizophrénie	13,5	Trouble de la personnalité	8,8
79 Deux-Sèvres	Autres troubles du comportement	39,2	Etat anxio-dépressif	21,6	Symptômes	9,3
86 Vienne	Etat anxio-dépressif	27,2	Diagnostic absent	16,8	Symptômes	16,8
87 Haute-Vienne	Etat anxio-dépressif	43,6	Addictologie	9,9	Schizophrénie	9,3
Nouvelle-Aquitaine	Etat anxio-dépressif	35,5	Schizophrénie	10,9	Observation expertise	10,8

Source : ATIH, RIM-P 2015

Traitement : ARS Nouvelle-Aquitaine – DPSP, Pôle études, statistiques et prospective

Les principaux diagnostics de prise en charge sont identiques chez les hommes et chez les femmes.

#### 6.5.2.4. Les patients hospitalisés au long cours

Une partie des patients hospitalisés dans le secteur psychiatrique est présente plus de 270 jours continus ou non dans l'année, en hospitalisation temps plein. Ils sont communément appelés « patients au long cours ».

En 2015, âgés en moyenne de 45 ans, ces patients ont représenté 4,8 % des personnes hospitalisées à temps plein dans une unité psychiatrique en Nouvelle-Aquitaine.

La part de ces patients hospitalisés au long cours diffère d'un département à l'autre : la Dordogne détient plus de 10 % de patients hospitalisés 270 jours ou plus dans l'année. La présence de la structure John Bost dans ce territoire explique cette forte proportion. A l'inverse, en Haute-Vienne, seuls 1 % des patients sont dans ce cas.

Figure 197. Les patients hospitalisés au long cours en 2015 en Nouvelle-Aquitaine

Département	Nombre de patients hospitalisés à temps plein dans l'année	Nombre de patients hospitalisés 270 jours ou plus dans l'année	Part de patients long cours (%)	Part de patients long cours âgés de 60 ans ou plus (%)	Part de patients long cours âgés de 75 ans ou plus (%)
16 Charente	2 170	122	5,6	9,8	0,8
17 Charente-Maritime	4 399	133	3,0	9,8	-
19 Corrèze	1 648	74	4,5	25,7	2,7
23 Creuse	1 200	16	1,3	18,8	6,3
24 Dordogne	2 617	316	12,1	37,3	12,3
33 Gironde	8 430	498	5,9	15,7	3,4
40 Landes	1 776	120	6,8	25,8	1,7
47 Lot-et-Garonne	1 866	123	6,6	23,6	2,4
64 Pyrénées-Atlantiques	5 038	111	2,2	19,8	2,7
79 Deux-Sèvres	1 397	91	6,5	24,2	5,5
86 Vienne	2 433	115	4,7	14,8	0,9
87 Haute-Vienne	3 506	38	1,1	10,5	-
<b>Nouvelle-Aquitaine</b>	<b>36 480</b>	<b>1 757</b>	<b>4,8</b>	<b>20,9</b>	<b>4,2</b>

Source : ATIH, RIM-P 2015

Traitement : ARS Nouvelle-Aquitaine – DPSP, Pôle études, statistiques et prospective

En Nouvelle-Aquitaine, les personnes âgées de 60 ans ou plus représentent plus de 20 % des hospitalisations longs cours. C'est encore en Dordogne que cette part est la plus élevée avec 37,3 % de personnes âgées de 60 ans ou plus. Elles sont moins de 10 % en Charente et Charente-Maritime. La part des personnes âgées de 75 ans ou plus long cours est de 3,7 %. La Dordogne en hospitalise 12,3 %, la Creuse et les Deux-Sèvres plus de 5 %.

### 6.5.2.5. Les soins sans consentement

#### Contexte réglementaire

La loi du 5 juillet 2011 a réformé les modalités de soins en psychiatrie définies dans le Code de la santé publique. Elle les a mises en conformité avec les exigences constitutionnelles : pas de restriction à la liberté d'aller et venir sans contrôle systématique du juge judiciaire.

La loi pose le principe du consentement aux soins des personnes atteintes de troubles mentaux, énonce l'exception des soins sans consentement et définit ses modalités d'application. La loi considère que, dans ce cas, c'est plus l'absence de soins qui crée préjudice au patient que leur mise en œuvre sans son consentement.

La loi du 5 juillet 2011 a introduit quelques évolutions quant aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge :

- Réaffirmation des droits des patients soignés sans leur consentement :
  - Le patient reste un citoyen à part entière ;
  - Les hospitalisations longues ne doivent pas être la règle ;
  - Le patient doit être informé, notamment sur ses droits et voies de recours ;
  - Le patient doit être le plus possible associé aux décisions et aux soins. Il doit lui être possible de faire valoir ses observations avant chaque décision concernant sa prise en charge.

- Le patient peut signaler sa situation au Contrôleur général des lieux de privation et de libertés (CGLPL).
- Contrôle systématique de la nécessité et du maintien des mesures d'hospitalisations sans consentement par le Juge des libertés et de la détention (JLD).
- Droit de saisine de la Commission des relations avec les usagers de la qualité et de la prise en charge (CRUQPC).

Elle a aussi apporté les changements suivants :

- Mise en place d'une nouvelle forme de soins sans consentement sur décision du directeur d'établissement de santé (SDDE) selon 3 modes (classique, absence de tiers dite de péril imminent, avec un tiers dite d'urgence) ;
- Instauration d'une période d'observation (maximum 72 heures) en hospitalisation complète sans consentement ;
- Diversification des modalités de soins sans consentement, avec l'introduction de la notion de soins ambulatoires sans consentement (hospitalisation à temps partiel, soins à domicile, consultations ambulatoires, activités thérapeutiques), alternatifs à l'hospitalisation complète continue et remplaçant les sorties à l'essai ou séquentielles ;
- Suppression des sorties contre avis médical ;
- Obligation de réaliser un examen somatique complet par un médecin dans les 24h suivant l'admission (aux urgences avant transfert ou dans le service de psychiatrie).

### Activité

En 2015, plus de 8 400 patients ont été hospitalisés sans consentement en Nouvelle-Aquitaine. Deux-tiers d'entre eux sont hospitalisés à la demande d'un tiers. Les patients hospitalisés pour péril imminent représentent 15,6 % des patients hospitalisés sous contrainte.

Les enfants et adolescents sont peu concernés par ces modes légaux de soins ; moins de 1 % sont hospitalisés sans consentement, autour de 16/17 ans.

**Figure 198. Les hospitalisations sans consentement en 2015 en Nouvelle-Aquitaine**

Département	Soins psychiatriques						Ensemble	
	Sur décision du représentant de l'Etat		A la demande d'un tiers		Pour péril imminent		Nb patients	Nb journées
	Nb patients	Nb journées	Nb patients	Nb journées	Nb patients	Nb journées		
16 Charente	101	5 760	237	11 765	116	4 333	430	21 858
17 Charente-Maritime	85	6 044	429	23 758	69	4 000	566	33 801
19 Corrèze	154	14 268	215	8 176	68	3 536	426	25 980
23 Creuse	46	2 509	79	3 363	113	3 946	227	9 818
24 Dordogne	110	6 175	356	19 020	98	2 916	541	28 111
33 Gironde	597	56 230	1 591	63 548	140	4 292	2 243	124 070
40 Landes	43	4 106	276	8 775	33	694	344	13 575
47 Lot-et-Garonne	146	10 120	224	9 616	179	3 780	520	23 515
64 Pyrénées-Atlantiques	99	8 791	728	43 089	131	4 249	927	56 128
79 Deux-Sèvres	583	11 584	332	16 858	24	1 093	879	29 535
86 Vienne	40	1 379	415	17 808	206	6 750	637	25 936
87 Haute-Vienne	136	7 837	450	16 317	115	3 520	664	27 674
<b>Nouvelle-Aquitaine</b>	<b>2 140</b>	<b>134 801</b>	<b>5 332</b>	<b>242 091</b>	<b>1 292</b>	<b>43 107</b>	<b>8 404</b>	<b>419 999</b>

Source : ATIH, RIM-P 2015

Traitement : ARS Nouvelle-Aquitaine – DPSP, Pôle études, statistiques et prospective

Les soins sans consentement ont généré 420 000 journées en Nouvelle-Aquitaine en 2015, soit 17,9 % de l'ensemble des journées. Elles sont réalisées majoritairement suite à des hospitalisations à

la demande d'un tiers (57,6 %). Les hospitalisations sur décision d'un représentant de l'Etat ont généré près d'un tiers des journées.

Ces hospitalisations sous contraintes sont différentes d'un territoire à l'autre :

- En Creuse, les patients hospitalisés pour péril imminent sont plus nombreux que ceux hospitalisés à la demande d'un tiers ou sur décision d'un représentant de l'Etat ;
- Les hospitalisations sur décision d'un représentant de l'Etat ne sont pas non plus identiques d'un département à l'autre : de 5,3 % des journées en Vienne à près de 55 % en Corrèze.

L'hospitalisation sans consentement est réalisée dans certains cas à temps partiel : 567 patients ont bénéficié de cette prise en charge en 2015 en Nouvelle-Aquitaine. La Gironde et les Pyrénées-Atlantiques sont les territoires dans lesquels cette prise en charge est la plus importante.

*Figure 199. Les hospitalisations sans consentement à temps partiel en Nouvelle-Aquitaine en 2015*

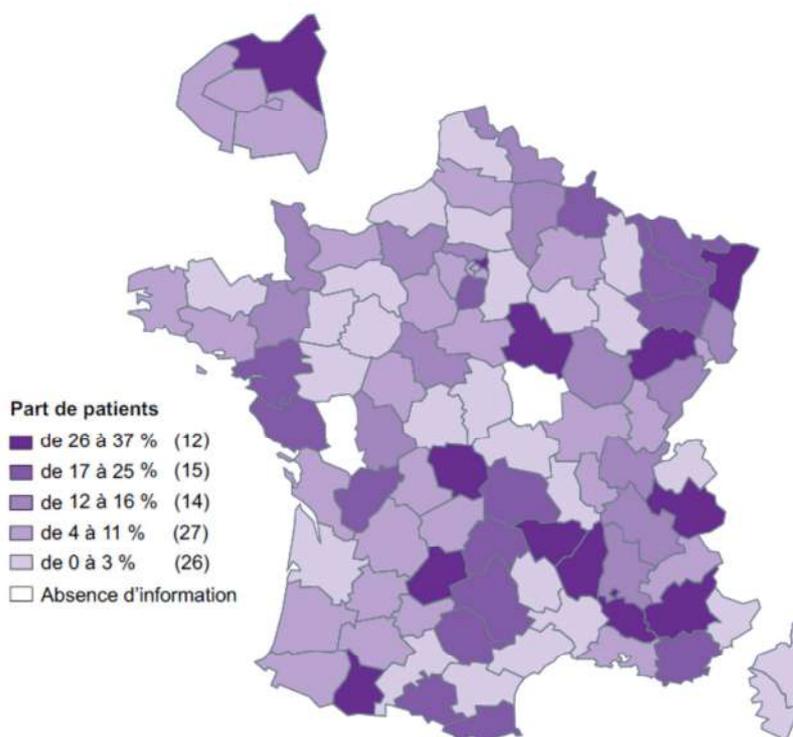
Département	Hospitalisation sous contrainte à temps partiel	
	Nombre de patients	Nombre de journées
16 Charente	26	1 455
17 Charente-Maritime	35	1 361
19 Corrèze	18	470
23 Creuse	33	1 148
24 Dordogne	46	2 380
33 Gironde	124	5 241
40 Landes	8	114
47 Lot-et-Garonne	50	987
64 Pyrénées-Atlantiques	103	6 999
79 Deux-Sèvres*	40	1 817
86 Vienne	46	647
87 Haute-Vienne	38	2 666
<b>Nouvelle-Aquitaine</b>	<b>567</b>	<b>25 285</b>

Source : ATIH, Rim-P

Exploitation : ARS Nouvelle-Aquitaine – DPSP, PESE

\* : estimation des valeurs des Deux-Sèvres

**Figure 200. Part des patients pris en charge sans consentement admis en soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPI) par département en 2012**



Source : ATIH, RIM-P 2012

Réalisation : IRDES

**Figure 201. Nombre d'établissements publics participant à la prise en charge des hospitalisations sans consentement par département en Nouvelle-Aquitaine**

Département	Nombre d'établissements
16 Charente	1
17 Charente-Maritime	3
19 Corrèze	3
23 Creuse	1
24 Dordogne	3
33 Gironde	3
40 Landes	2
47 Lot-et-Garonne	1
64 Pyrénées-Atlantiques	2
79 Deux-Sèvres*	2
86 Vienne	1
87 Haute-Vienne	1
<b>Nouvelle-Aquitaine</b>	<b>23</b>

Source : DREES, Enquête SAE 2015

Exploitation : ARS Nouvelle-Aquitaine – DPSP, PESE

Figure 202. Tableaux complémentaires

Capacité d'accueil en psychiatrie au 31 décembre 2015 en Nouvelle-Aquitaine

Psychiatrie générale

	Hospitalisation à temps plein				Prise en charge à temps partiel				Prise en charge ambulatoire			
	Nombre de lits				Nombre de places				Nombre de CMP et CATTP			
	Public	Privé lucratif	Privé non lucratif	Ensemble	Public	Privé lucratif	Privé non lucratif	Ensemble	Public	Privé lucratif	Privé non lucratif	Ensemble
Charente	247	38	-	285	66	-	-	66	29	-	-	29
Charente-Maritime	387	113	-	500	142	-	-	142	34	-	-	34
Corrèze	96	-	181	277	64	-	15	79	11	-	4	15
Creuse	120	48	-	168	97	-	-	97	18	-	-	18
Dordogne	327	-	327	654	89	-	17	106	20	-	-	20
Gironde	1 048	253	138	1 439	308	35	172	515	72	-	-	72
Landes	214	41	-	255	55	-	-	55	41	-	-	41
Lot-et-Garonne	303	-	-	303	72	-	-	72	20	-	-	20
Pyrénées-Atlantiques	413	278	-	691	238	55	-	293	79	-	-	79
Deux-Sèvres	240	-	-	240	137	-	-	137	22	-	-	22
Vienne	336	-	-	336	112	-	-	112	18	-	-	18
Haute-Vienne	456	34	-	490	342	5	-	347	27	1	-	28
Nouvelle-Aquitaine	4 187	805	646	5 638	1 722	95	204	2 021	391	1	4	396

Capacité d'accueil en psychiatrie au 31 décembre 2015 en Nouvelle-Aquitaine

Psychiatrie infanto-juvénile

	Hospitalisation à temps plein				Prise en charge à temps partiel				Prise en charge ambulatoire			
	Nombre de lits				Nombre de places				Nombre de CMP et CATTP			
	Public	Privé lucratif	Privé non lucratif	Ensemble	Public	Privé lucratif	Privé non lucratif	Ensemble	Public	Privé lucratif	Privé non lucratif	Ensemble
Charente	12	-	-	12	82	-	-	82	15	-	-	15
Charente-Maritime	21	-	15	36	119	-	-	119	15	-	-	15
Corrèze	-	-	-	-	23	-	-	23	3	-	-	3
Creuse	-	-	-	-	26	-	-	26	8	-	-	8
Dordogne	6	-	-	6	45	-	-	45	22	-	-	22
Gironde	43	-	-	43	221	-	112	333	35	-	18	53
Landes	10	-	65	75	50	-	10	60	16	-	2	18
Lot-et-Garonne	17	-	-	17	61	-	-	61	12	-	2	14
Pyrénées-Atlantiques	37	-	-	37	90	-	-	90	37	-	-	37
Deux-Sèvres	14	-	-	14	58	-	-	58	5	-	-	5
Vienne	28	-	-	28	98	-	-	98	8	-	-	8
Haute-Vienne	29	-	-	29	62	-	-	62	8	-	-	8
Nouvelle-Aquitaine	217	-	80	297	935	-	122	1 057	184	-	22	206

Source : DREES - Enquête SAE 2015

Traitement : ARS Nouvelle-Aquitaine - DSP, Pôle études, statistiques et évaluation

Capacité d'accueil et activité en psychiatrie à temps complet (hors hospitalisation temps plein)

Source : DREES - Enquête SAE 2015

Traitement : ARS Nouvelle-Aquitaine - DSP, Pôle études, statistiques et évaluation

	Placement familial thérapeutique		Accueil en appartement thérapeutique		Accueil en centre de posture		Accueil en centre de crise et structure d'accueil des urgences		Hospitalisation à domicile		Séjours thérapeutiques
	Nombre de lits ou places	Nombre de journées	Nombre de lits ou places	Nombre de journées	Nombre de lits ou places	Nombre de journées	Nombre de lits ou places	Nombre de journées	Nombre de lits ou places	Nombre de journées	Nombre de journées
Charente	1	75	-	-	-	-	10	2 198	-	-	-
Charente-Maritime	9	148	11	3 334	-	-	-	-	-	-	276
Corrèze	32	1 131	13	3 094	-	-	-	-	-	-	50
Creuse	10	365	-	-	-	-	-	-	-	-	158
Dordogne	-	-	8	2 525	-	-	-	-	-	-	199
Gironde	56	6 250	-	-	-	-	10	5 033	27	6 112	319
Landes	-	-	16	4 727	-	-	-	-	5	3 380	-
Lot-et-Garonne	2	415	7	1 650	-	-	-	-	-	-	152
Pyrénées-Atlantiques	3	21	-	-	-	-	26	6 768	-	-	157
Deux-Sèvres	13	2 956	5	1 642	-	-	10	3 100	-	-	16
Vienne	101	24 183	-	-	-	-	-	-	-	-	476
Haute-Vienne	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20
Nouvelle-Aquitaine	227	35 544	60	16 972	-	-	56	17 099	32	9 492	1 823

## 7. L'OFFRE MEDICO-SOCIALE

### 7.1. Personnes âgées

#### 7.1.1. Moins de personnes âgées seules qu'en France

Parmi les 662 000 personnes âgées d'au moins 75 ans en Nouvelle-Aquitaine, 242 000 vivent seules dans leur logement (logement ordinaire ou logement dans une résidence autonomie) et 65 000 sont hébergées au sein de ménages collectifs, essentiellement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou des unités de soins de longue durée (USLD). L'accueil collectif est du même ordre que pour l'ensemble du pays, mais varie de 8,9 % à 12,5 % des personnes selon les départements. En Nouvelle-Aquitaine, moins de personnes âgées vivent seules à leur domicile qu'en moyenne en France, les disparités départementales sont peu marquées sur cet indicateur.

#### 7.1.2. L'APA, attribuée à une personne âgée sur cinq

L'aide personnalisée à l'autonomie (APA), versée par les Conseils départementaux, bénéficie à environ 140 000 personnes âgées (20,9 % des personnes) dont 40 % résident en établissement.

*Figure 203. Allocations aux personnes âgées par département de Nouvelle-Aquitaine*

	Bénéficiaires de l'APA au 31 décembre 2014 (1)	Bénéficiaires de l'APA / 100 personnes de 75 ans et + (2)	Bénéficiaires de l'APA à domicile au 31 décembre 2014 (1)
Charente	8 686	20,3	4 673
Charente-Maritime	13 673	17,3	7 918
Corrèze	7 614	23,0	4 439
Creuse	5 332	28,7	3 356
Dordogne	12 193	21,4	7 378
Gironde	33 258	24,2	21 042
Landes	9 702	21,4	5 447
Lot-et-Garonne	8 492	19,9	5 128
Pyrénées-Atlantiques	14 031	17,9	8 393
Deux-Sèvres	8 257	19,3	4 064
Vienne	8 582	18,5	4 529
Haute-Vienne	9 394	21,1	5 217
<b>Nouvelle-Aquitaine</b>	<b>139 214</b>	<b>20,9</b>	<b>81 584</b>
<b>France métropolitaine</b>	<b>1 221 148</b>	<b>20,5</b>	<b>713 661</b>

(1) Pour l'APA, ce sont les bénéficiaires payés au titre du mois de décembre qui sont comptabilisés  
Départements 17, 19, 38, 45, 12, 02, 60, 973 et total France métropolitaine estimés

(2) Indicateurs sociaux départementaux

Sources : DREES, enquête sur les allocations du minimum vieillesse, enquête aide sociale, ISD ; INSEE, estimations de population, ISD

#### 7.1.3. Neuf places sur dix sont médicalisées

La Nouvelle-Aquitaine dispose au 1<sup>er</sup> décembre 2016 de 1 300 établissements hébergeant des personnes âgées répartis sur l'ensemble du territoire et offre une capacité d'accueil de 85 000 places installées. Les structures « médicalisées », comprenant les EHPAD, les USLD, les centres de jour pour personnes âgées et les établissements d'hébergement pour personnes âgées percevant des crédits de l'assurance maladie concentrent la quasi-totalité des places (87 %). Ce taux de médicalisation continue de progresser et reste supérieur, par rapport au niveau national, de 3 points.

**Figure 204. Établissements et nombre de places installées dans les établissements pour personnes âgées en Nouvelle-Aquitaine**

	Nombre d'établissements "médicalisés" (1)	Nombre de places médicalisées installées	Nombre d'établissements non "médicalisés" (2)	Nombre de places non médicalisées installées (3)	Nombre total d'établissements	Nombre total de places installées
Charente	73	5 412	19	703	92	6 115
Charente-Maritime	126	8 723	32	1 181	158	9 904
Corrèze	51	3 793	12	393	63	4 186
Creuse	38	2 707	3	73	41	2 780
Dordogne	77	6 242	25	775	102	7 017
Gironde	186	13 668	98	4 207	284	17 875
Landes	68	4 948	2	31	70	4 979
Lot-et-Garonne	58	4 321	18	595	76	4 916
Pyrénées-Atlantiques	124	8 080	17	526	141	8 606
Deux-Sèvres	79	6 106	18	672	97	6 778
Vienne	81	5 755	33	1 237	114	6 992
Haute-Vienne	51	4 376	13	554	64	4 930
<b>Nouvelle-Aquitaine</b>	<b>1 012</b>	<b>74 131</b>	<b>290</b>	<b>10 947</b>	<b>1 302</b>	<b>85 078</b>
<b>France métropolitaine</b>	<b>8 272</b>	<b>632 711</b>	<b>2 608</b>	<b>117 501</b>	<b>10 880</b>	<b>750 212</b>

(1) comprend les EHPAD, les USLD, les centres de jour pour personnes âgées, les EHPA percevant des crédits AM

(2) comprend les Résidences autonomie et les EHPA ne percevant pas de crédits AM

(3) nombre de logements pour les résidences autonomie

Source : FINESS au 1er décembre 2016 pour la Nouvelle-Aquitaine, au 31/12/2015 pour la France

Réalisation ARS Nouvelle-Aquitaine, Pôle études, statistiques et évaluation

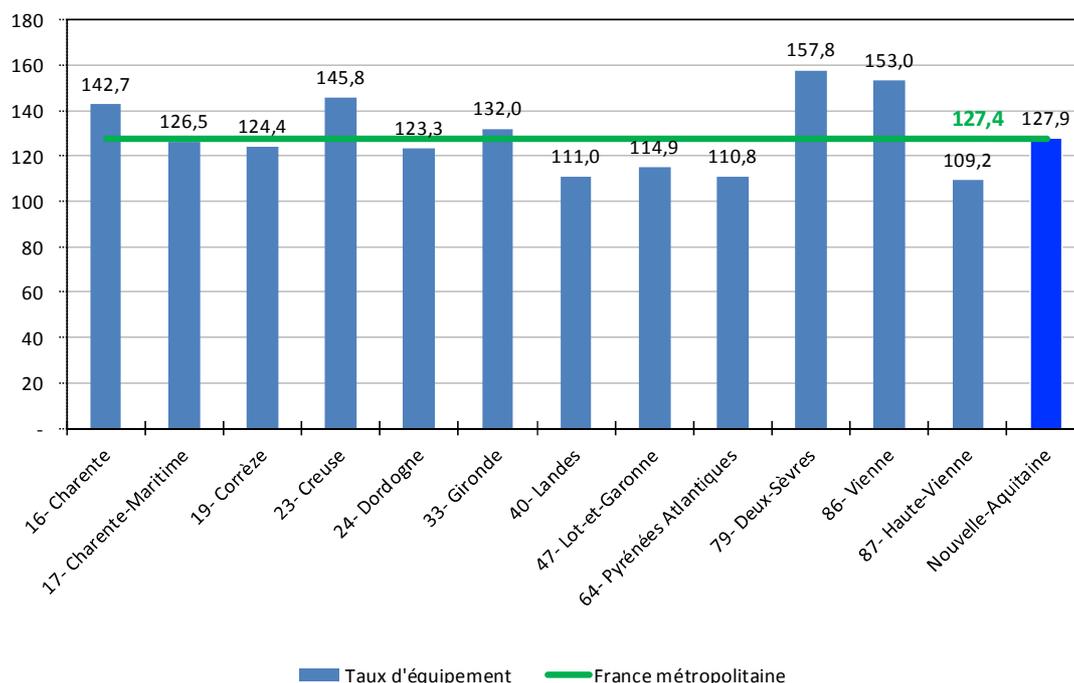
En nombre de places, la Gironde est le département le mieux doté, suivi des départements de la Charente-Maritime et des Pyrénées-Atlantiques.

Sur la période 2011-2016, dans la région Nouvelle-Aquitaine, le nombre de personnes âgées ayant augmenté plus fortement (8,8 %) que le nombre de places (5 000 places supplémentaires, soit une augmentation de 6,0 %), le taux d'équipement global, calculé pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus, continue de décroître, passant de 131,3 à 127,9 et reste légèrement supérieur au taux métropolitain (127,4).

#### **7.1.4. Trois départements moins médicalisés que la moyenne nationale**

De fortes disparités départementales sont constatées (amplitude proche de 49 places pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus) : la Haute-Vienne, les Pyrénées-Atlantiques et les Landes sont sous-équipés par rapport aux Deux-Sèvres et à la Vienne. Tous types de places confondus, sept des douze départements de la région présentent un niveau d'équipement inférieur au national.

**Figure 205. Taux d'équipement pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus, tous types d'établissements confondus en Nouvelle-Aquitaine**



Sources : FINESS au 1er décembre 2016 pour la Nouvelle-Aquitaine, au 31/12/2015 pour la France

INSEE, recensement 2013 pour la population de 75 ans ou plus

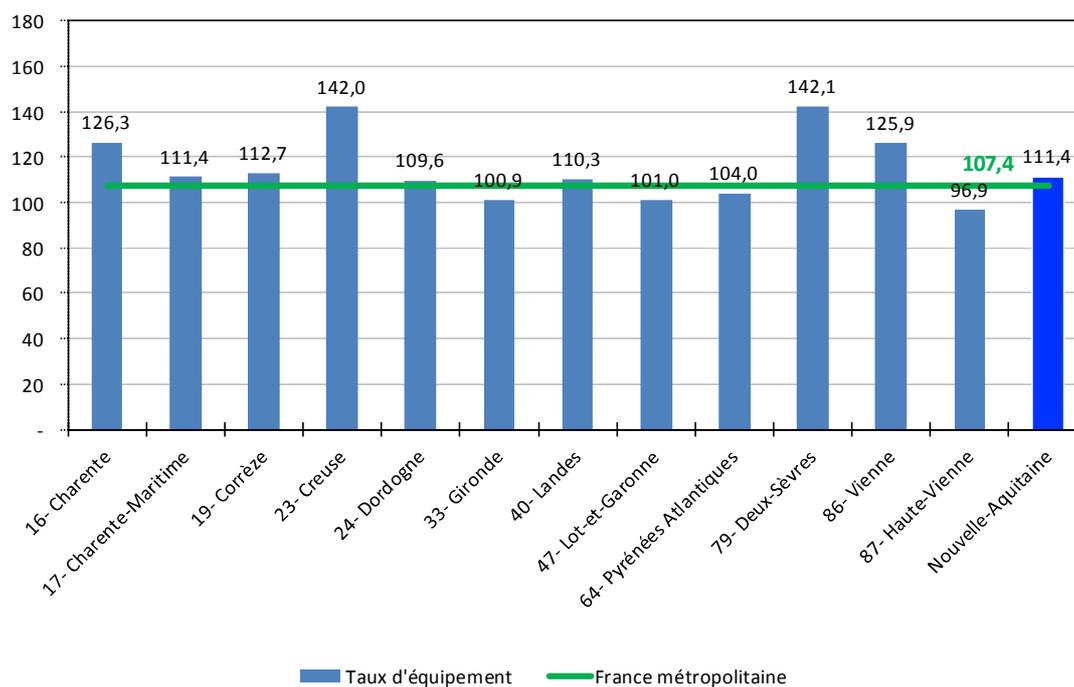
Réalisation ARS Nouvelle-Aquitaine, Pôle études, statistiques et évaluation

Les disparités d'équipement régressent légèrement (amplitude de 45 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ou plus) lorsqu'on se limite à l'offre spécifique de prise en charge des personnes âgées dépendantes, y compris les malades Alzheimer (places médicalisées) : le taux d'équipement varie de 96,9 dans la Haute-Vienne à 142,1 dans les Deux-Sèvres. La position des départements, relativement à la moyenne nationale, s'améliore (quatre départements se situent au-dessous du niveau national).

Le mouvement de médicalisation des places d'hébergement pour personnes âgées a débuté dans les années 80 avec la création de places de sections de cure médicale ; celles-ci ont, depuis, disparu et à partir de 1999, la médicalisation s'organise autour d'une convention tripartite ; les établissements ayant signé cette convention deviennent des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), la totalité de leurs places étant médicalisées.

Les Unités de Soins de Longue Durée (USLD) ont connu deux réformes depuis 2006 : la première, organisationnelle, a conduit à diminuer significativement le nombre de lits en USLD dans le cadre d'une partition (conversion de 41 000 de ces lits en places supplémentaires dans les EHPAD, ramenant le nombre total de lits de long séjour à 31 000); une deuxième, tarifaire, a consisté à introduire un nouveau mode de tarification, comme pour les EHPAD, la tarification ternaire (tarifs dépendance, soins et hébergement). Par ailleurs, une refonte de l'enregistrement des établissements accueillant des personnes âgées a eu lieu dans FINESS en 2015 afin de pouvoir recenser simplement et automatiquement les EHPAD. Quatre catégories d'établissement sont désormais recensées : les EHPAD, les EHPA percevant des crédits d'assurance maladie, les EHPA ne percevant pas de crédits d'assurance maladie et les logements foyers, rebaptisés résidences autonomie avec l'entrée en vigueur de la loi d'adaptation de la société au vieillissement.

**Figure 206. Taux d'équipement en places médicalisées, en établissement, pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus en Nouvelle-Aquitaine**

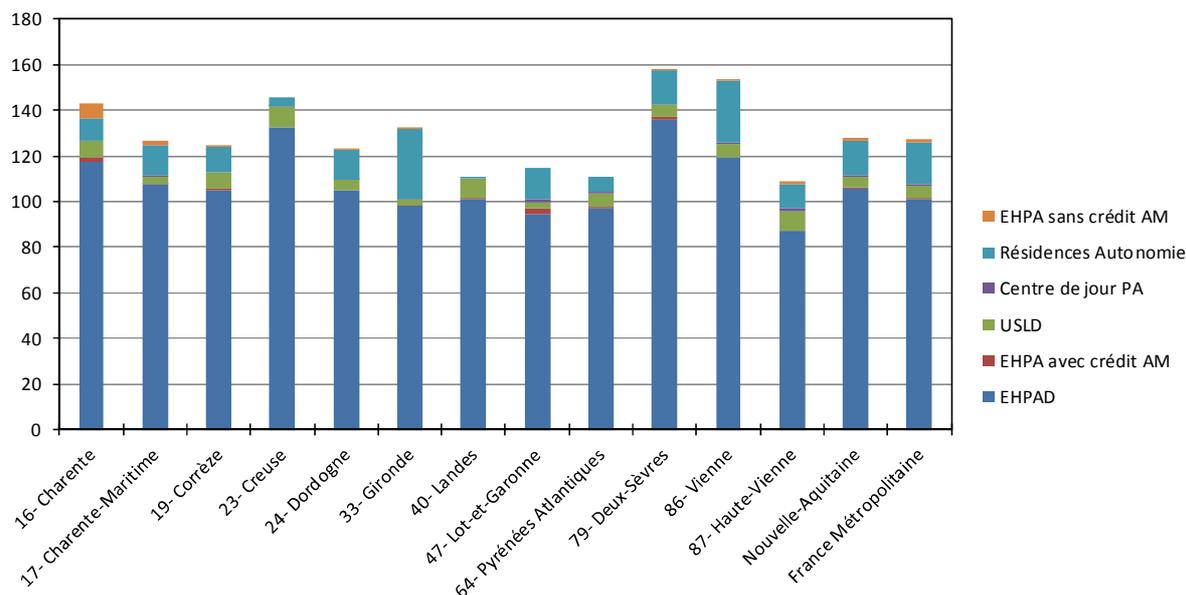


Sources : FINESS au 1er décembre 2016 pour la Nouvelle-Aquitaine, au 31/12/2015 pour la France  
 INSEE, recensement 2013 pour la population de 75 ans ou plus  
 Réalisation ARS Nouvelle-Aquitaine, Pôle études, statistiques et évaluation

### 7.1.5. Dans les départements, une offre contrastée.

L'examen des taux d'équipement par catégorie d'établissement permet de caractériser la plupart des départements

**Figure 207. Taux d'équipement pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus, par catégorie d'établissement en Nouvelle-Aquitaine**



Sources : FINESS au 1er décembre 2016 pour la Nouvelle-Aquitaine, au 31/12/2015 pour la France  
INSEE, recensement 2013 pour la population de 75 ans ou plus  
Réalisation ARS Nouvelle-Aquitaine, Pôle études, statistiques et évaluation

**Les Landes** ont le taux de médicalisation le plus important de la région (99,4 % des places) en raison de leur politique de transformation de logements foyers en EHPAD d'une part et d'un taux d'équipement en USLD le plus élevé de la région (8,9 places pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus, soit un taux deux fois supérieur au taux régional, à égalité avec la Creuse) d'autre part ; ce faible taux d'équipement en structures non médicalisées explique un taux d'équipement global moins élevé par rapport au taux régional.

A l'opposé, **la Gironde** se singularise par le taux d'équipement le plus important en résidences autonomie (30,7 places pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus, soit un taux 2 fois supérieur au taux régional) et le taux le plus faible en USLD (2,4 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus, soit un taux deux fois inférieur au taux régional). Ce taux d'équipement élevé en résidences autonomie contribue à un taux d'équipement global supérieur au taux régional mais aussi au taux de médicalisation le plus faible des douze départements (76,5 % de l'ensemble des places et 100,9 places médicalisées pour 1 000 personnes âgées).

**Les Deux-Sèvres** détiennent le taux d'équipement global le plus important (157,8 places pour 1 000 personnes âgées) ; celui-ci s'explique surtout par le taux d'équipement le plus élevé de la région en EHPAD (135,8 places pour 1 000 personnes âgées).

**La Creuse**, qui affiche le 3<sup>ème</sup> taux d'équipement par ordre décroissant se caractérise par l'équipement le plus important en USLD (8,9 places pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus), à égalité avec les Landes et un fort taux en EHPAD (132,8 places pour 1 000, le 2<sup>ème</sup> de la région, derrière les Deux-Sèvres) ; en revanche son taux d'équipement en résidences autonomie est l'un des plus faibles (3,8 places pour 1 000 personnes âgées), juste devant les Landes. La part de ses places médicalisées dans son parc d'hébergement est ainsi l'une des plus élevées de la région (97,4 %), juste derrière les Landes.

**La Vienne**, qui affiche globalement le 2<sup>ème</sup> taux d'équipement le plus haut, se distingue par un taux d'équipement particulièrement élevé en résidences autonomie (26,7 places pour 1 000 personnes âgées) et dans une moindre mesure en EHPAD (119,6 places pour 1 000 personnes âgées). Son taux de médicalisation est l'un des plus faibles de la région (82,3 %), devant la Gironde.

**La Haute-Vienne** est le département le moins équipé de la région en structures d'hébergement pour personnes âgées (109,2 places pour 1 000 personnes âgées), qui s'explique principalement par le taux d'équipement en EHPAD le plus faible des douze départements (87,5 places pour 1 000 personnes âgées) ; toutefois, son taux d'équipement en USLD est l'un des plus élevés de la région (8,1 places pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus).

Les autres départements ne se distinguent pas particulièrement mais la Charente se singularise par les taux d'équipement les plus élevés pour les EHPA, qu'ils aient ou non des crédits assurance maladie (8,4 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus).

Si l'accueil en hébergement permanent, tous types d'établissements confondus, reste largement majoritaire (96 % des places), ce sont les places en hébergement temporaire et en accueil de jour qui progressent le plus sur la période 2011-2016 : leur part respective est passée de 1,5 à 2 points dans l'offre totale néo-aquitaine. Près d'un EHPAD sur quatre dispose désormais d'une unité d'accueil de jour en fonctionnement, cette proportion variant de 9 % dans la Creuse à 40 % dans les Landes.

#### **7.1.6. La capacité de maintien à domicile s'affirme grâce à 14 000 places de SSIAD**

Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) sont destinés à offrir aux personnes âgées ou handicapées les conditions d'une réelle alternative à l'hospitalisation tout en différant l'entrée en institution. Ils peuvent intervenir auprès de personnes âgées de 60 ans ou plus, malades ou dépendantes et aussi de personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap ou atteintes de pathologies chroniques ou d'affections de longue durée. Leur activité peut aussi s'intégrer au sein de services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) qui assurent à la fois les missions d'un service d'aide à domicile (SAD) et d'un service de soins infirmiers à domicile. Les SPASAD existent depuis 2004 et sont amenés à se développer avec la loi d'adaptation de la société au vieillissement.

Au 1er décembre 2016, 205 SSIAD ou SPASAD participent au maintien à domicile des personnes âgées ou Alzheimer en Nouvelle-Aquitaine. Ces services offrent 13 910 places installées dont 13 370 pour les personnes âgées et 540 réservées aux malades Alzheimer.

*Figure 208. Services et nombre de places installées pour les personnes âgées et Alzheimer par département de Nouvelle-Aquitaine*

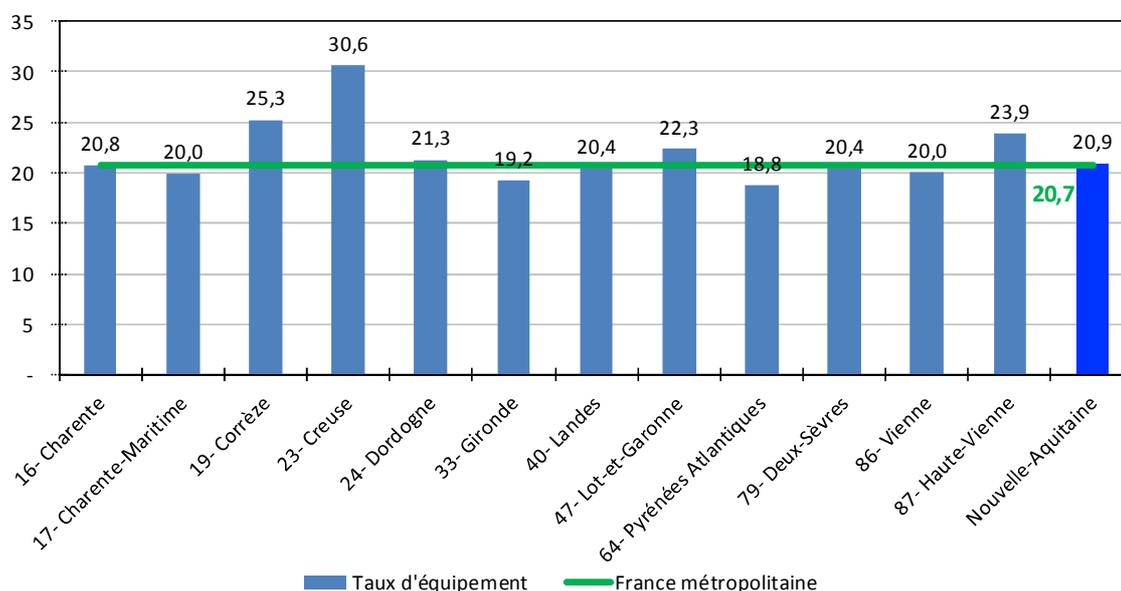
	Nombre de services en activité	Nombre de places installées pour personnes âgées	Nombre de places installées pour Alzheimer	Nombre total de places
Charente	4	860	30	890
Charente-Maritime	11	1 514	50	1 564
Corrèze	24	830	20	850
Creuse	11	564	20	584
Dordogne	21	1 152	60	1 212
Gironde	27	2 485	120	2 605
Landes	18	877	40	917
Lot-et-Garonne	23	926	30	956
Pyrénées-Atlantiques	26	1 399	60	1 459
Deux-Sèvres	16	848	30	878
Vienne	4	885	30	915
Haute-Vienne	20	1 030	50	1 080
<b>Nouvelle-Aquitaine</b>	<b>205</b>	<b>13 370</b>	<b>540</b>	<b>13 910</b>
<b>France métropolitaine</b>	<b>2 140</b>	<b>117 066</b>	<b>5 030</b>	<b>122 096</b>

Sources : FINESS au 1er décembre 2016 pour la Nouvelle-Aquitaine, au 31/12/2015 pour la France

Réalisation ARS Nouvelle-Aquitaine, Pôle études, statistiques et évaluation

Le taux d'équipement régional s'établit à 20,9 places pour 1 000 personnes âgées, quasiment identique au taux constaté en France Métropolitaine (20,7). Il a progressé de 0,8 point par rapport à 2011.

**Figure 209. Taux d'équipement en places de SSIAD pour personnes âgées et Alzheimer pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus par département de Nouvelle-Aquitaine**



Sources : FINESS au 1er décembre 2016 pour la Nouvelle-Aquitaine, au 31/12/2015 pour la France  
 INSEE, recensement 2013 pour la population de 75 ans ou plus  
 Réalisation ARS Nouvelle-Aquitaine, Pôle études, statistiques et évaluation

La Creuse se distingue par un taux d'équipement très élevé, supérieur de 10 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus par rapport au taux régional, suivie de la Corrèze et de la Haute-Vienne, les différences entre les autres départements n'étant pas aussi marquées. Les départements les plus urbains, où l'offre infirmière libérale est la plus concentrée sont les moins équipés en offre de SSIAD.

### 7.1.7. Les dispositifs Alzheimer : focus sur les mesures du 3<sup>ème</sup> plan Alzheimer

Depuis 2001, trois plans de santé publique consacrés à la maladie d'Alzheimer se sont succédés : les deux premiers plans (2001-2005 puis 2004-2007) avaient pour objectifs de faciliter le diagnostic, la prise en charge et l'amélioration de la qualité de vie des patients et de leur entourage. Le troisième plan (2008-2012) a marqué une étape supplémentaire dans la lutte contre la maladie : il a articulé au même niveau d'importance les volets de la santé, de l'accompagnement médico-social et de la recherche, en mettant tout particulièrement l'accent sur cette dernière et sur l'organisation de la continuité de la prise en charge médicale. Pas moins de quinze mesures ont visé à approfondir et à compléter les initiatives déjà engagées de manière, en particulier, à faciliter l'implication des professionnels libéraux de santé dans le suivi à domicile et à renforcer les possibilités de soins d'unités spécialisées au sein des services de soins de suite et de réadaptation et de ceux de longue durée. Ce troisième plan a cherché à mettre en place des dispositifs innovants davantage centrés sur les réponses à apporter aux difficultés des familles et des soignants souvent désemparés devant cette affection et son évolution.

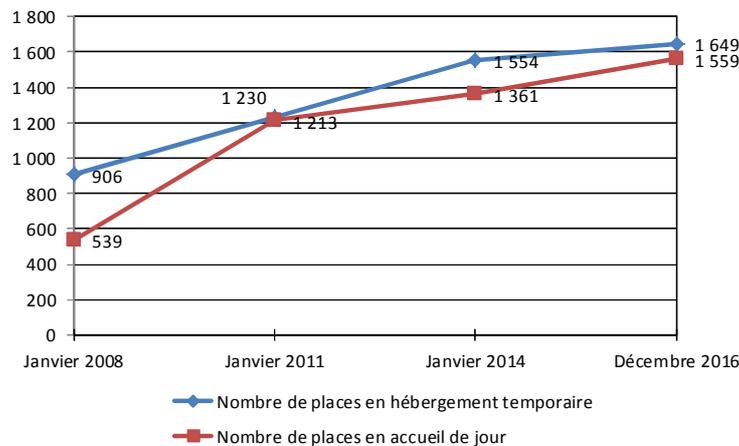
La première mesure prévoyait la mise en place d'une palette diversifiée de structures de répit correspondant aux besoins de patients et aux attentes des aidants, en garantissant l'accessibilité à

ces structures. Ainsi, un rythme ambitieux de création de places en accueil de jour et en hébergement temporaire a été décidé.

### 7.1.8. Un doublement de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire en huit ans

En Nouvelle-Aquitaine, le nombre de **places en accueil de jour et en hébergement temporaire** s'établit à 3 208, tous types d'établissements confondus. Ce mode d'accueil s'est développé rapidement sur la période 2008-2016 même si le rythme se ralentit.

*Figure 210. Évolution du nombre de places en hébergement temporaire et accueil de jour en Nouvelle-Aquitaine*



*Source : FINESS au 1er janvier en 2008, 2011 et 2014 - FINESS au 1er décembre en 2016  
Réalisation ARS Nouvelle-Aquitaine, Pôle études, statistiques et évaluation*

### 7.1.9. Pas de Plateforme d'accompagnement et de répit (PFR) en Creuse

Formules innovantes pour les aidants, les PFR ont été créées à l'origine pour aider les proches qui accompagnent au quotidien une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. Depuis, elles ont étendu leur soutien à l'ensemble des proches accompagnant une personne âgée en perte d'autonomie, quelle que soit sa maladie. En Nouvelle-Aquitaine, seize structures disposent d'une plateforme ; un seul département, la Creuse, en est dépourvu tandis que cinq départements (Dordogne, Gironde, Landes, Pyrénées-Atlantiques et Haute-Vienne) bénéficient de deux plateformes.

### 7.1.10. Des dispositifs MAIA sur la presque totalité du territoire

Pour renforcer la coordination entre tous les intervenants, la mesure n°4 du plan prévoyait le développement de **maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA)** sur tout le territoire national. En Nouvelle-Aquitaine, 43 dispositifs MAIA sont enregistrés et la région est quasiment couverte à 100 % : 152 communes sur les 4 502 que compte la région ne sont pas couvertes : elles se situent principalement en Dordogne (partie Sud-Est autour de Sarlat) faute de porteur de projet et, pour quelques-unes, en Gironde.

Figure 211. Les dispositifs MAIA en Nouvelle-Aquitaine en 2016

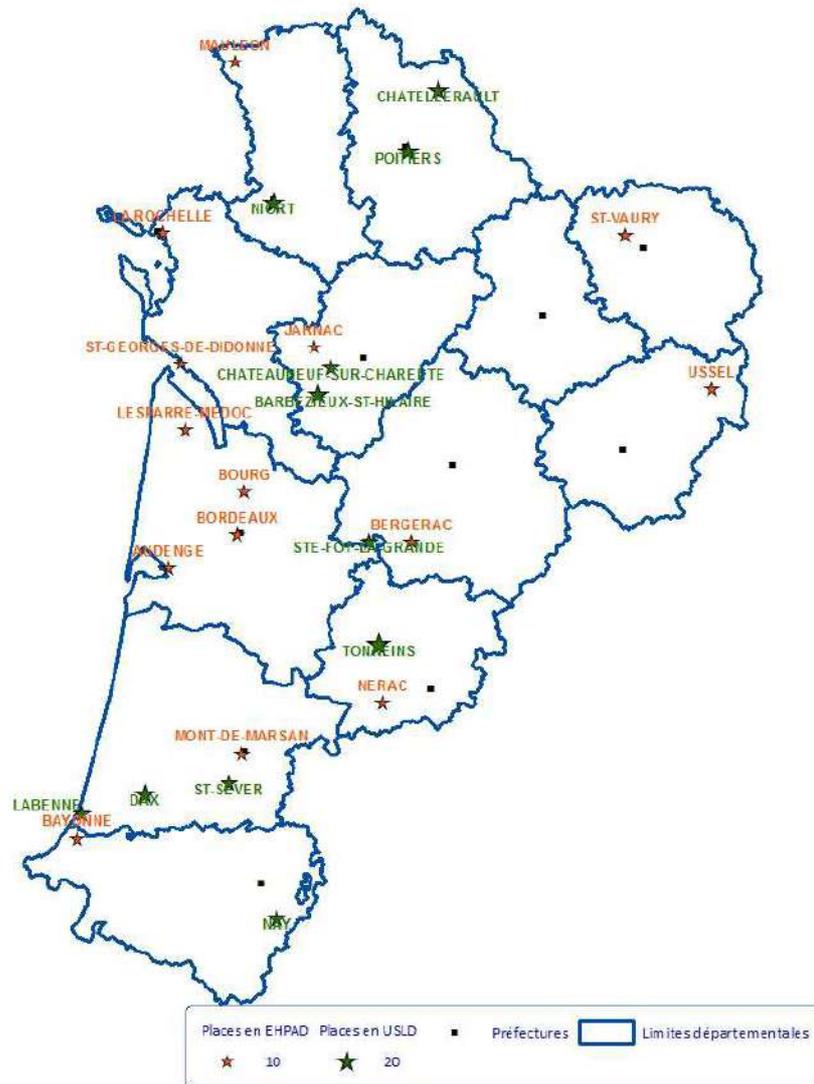


Source : Information DOSA en décembre 2016  
 Cartographie : Fonds IGN 2015 / Arcgis®  
 Réalisation : ARS Nouvelle Aquitaine - DPSA Pôle études, statistiques et évaluation

### 7.1.11. Les unités d'hébergement renforcé (UHR) en proportion proches dans les USLD et les EHPAD

En matière d'hébergement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, la mesure n°16 prévoyait la création, au sein des EHPAD et des Unités de Soins de Longue Durée, **d'unités d'hébergement renforcé (UHR)** qui proposent, sur une période limitée, des soins et des activités sociales et thérapeutiques à des résidents souffrant de troubles sévères du comportement. Les deux tiers des UHR devaient être créées dans le secteur sanitaire, l'autre tiers dans le secteur médico-social. En Nouvelle-Aquitaine 24 UHR, offrant 367 places, sont réparties sur onze départements, la Haute-Vienne n'en disposant pas. 44 % d'entre-elles (soit 11 UHR) se situent dans les unités de soins de longue durée. C'est donc une proportion différente de l'objectif initial.

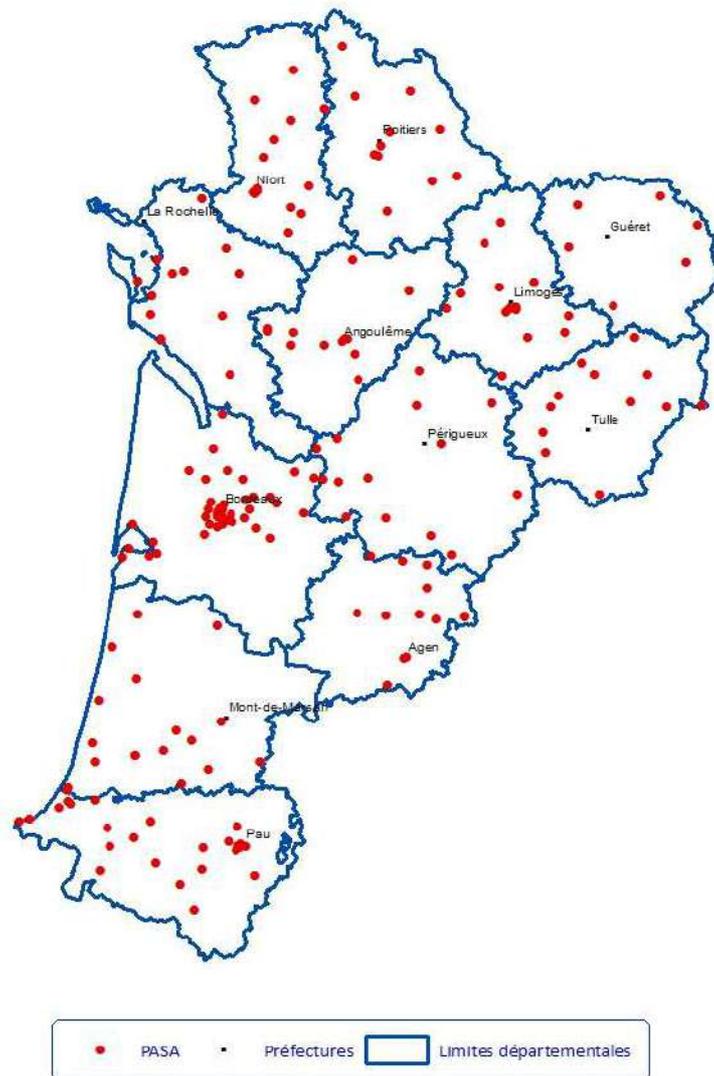
Figure 212. Les UHR en Nouvelle-Aquitaine en 2016



### 7.1.12. Un PASA dans un EHPAD sur cinq

**Les pôles d'activités et de soins adaptés (PASA)** font également partie des autres structures introduites par le Plan : ils apportent durant la journée des activités adaptées aux personnes présentant des troubles du comportement suffisamment modérées pour ne pas nécessiter des conditions d'hébergement spécifiques. 198 PASA sont dénombrés sur le territoire régional et couvrent l'ensemble des douze départements.

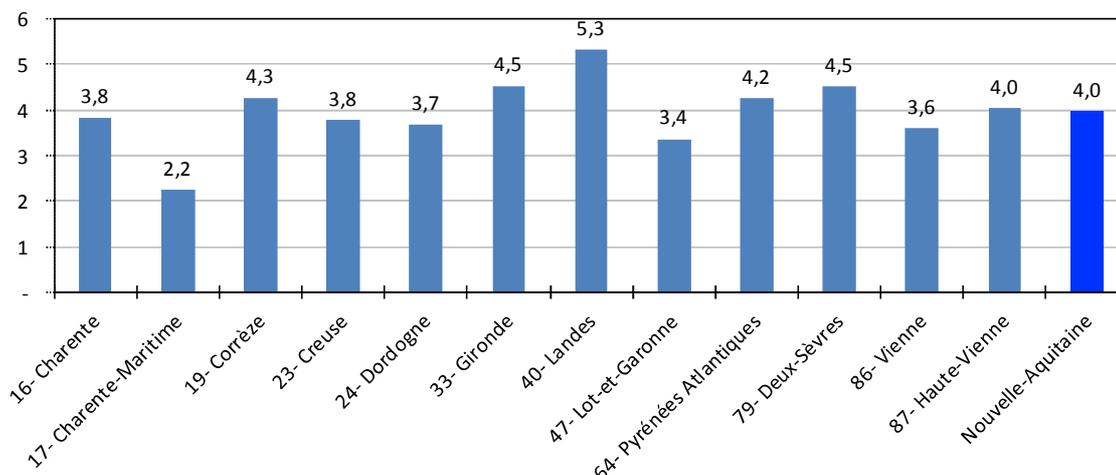
Figure 213. Les PASA en Nouvelle-Aquitaine en 2016



Source : FINES au 1er décembre 2016, implantations autorisées  
 Cartographie : Fonds IGN 2015 / Arcgis®  
 Réalisation : ARS Nouvelle-Aquitaine - DPSP, Pôle études, statistiques et évaluation

Un peu plus d'un EHPAD sur cinq dispose désormais d'un PASA en Nouvelle-Aquitaine mais cette proportion varie fortement selon les départements : de 11 % en Charente-Maritime à 37 % dans la Haute-Vienne. Les PASA comptent 12 ou 14 places selon les établissements (pour une file active de 25 à 40 résidents) : le taux d'équipement en Nouvelle-Aquitaine s'établit à 4 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus, avec des disparités départementales : la Charente-Maritime est ainsi quasiment deux fois moins équipée que la région, les Landes, à l'opposé, étant le département le mieux équipé (5,3 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus).

**Figure 214. Taux d'équipement en PASA pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus en Nouvelle-Aquitaine**



Sources : FINESS au 1er décembre 2016 - INSEE, recensement 2013 pour la population de 75 ans ou plus  
Réalisation ARS Nouvelle-Aquitaine, Pôle études, statistiques et évaluation

### 7.1.13. Au sein des SSIAD, 48 équipes spécialisées Alzheimer (ESA)

Concernant plus particulièrement les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer, la mesure n°6 du plan Alzheimer a prévu la possibilité pour les SSIAD de recourir à de nouveaux professionnels, **les équipes spécialisées Alzheimer (ESA)**, formées spécifiquement aux soins d'accompagnement et de réhabilitation. Ces équipes se composent d'un infirmier coordinateur, d'un ergothérapeute et d'assistants de soins en gérontologie.

48 ESA interviennent dans tous les départements de la région pour une capacité totale de 540 places.

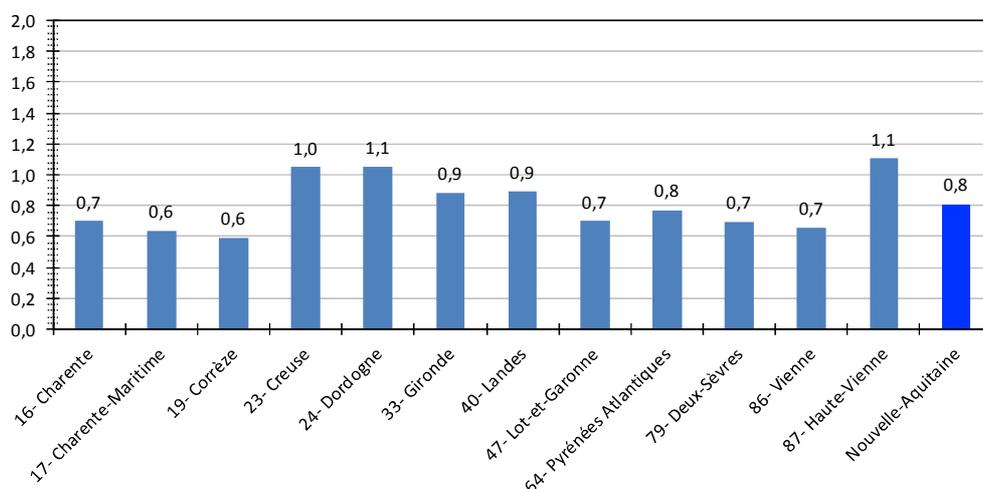
**Figure 215. ESA : nombre d'équipes et places installées pour les personnes Alzheimer en Nouvelle-Aquitaine**

	Nombre d'équipes	Nombre de places installées
Charente	2	30
Charente-Maritime	4	50
Corrèze	2	20
Creuse	2	20
Dordogne	6	60
Gironde	12	120
Landes	4	40
Lot-et-Garonne	3	30
Pyrénées-Atlantiques	5	60
Deux-Sèvres	2	30
Vienne	2	30
Haute-Vienne	4	50
<b>Nouvelle-Aquitaine</b>	<b>48</b>	<b>540</b>

Source : FINESS au 1er décembre en 2016  
Réalisation ARS Nouvelle-Aquitaine, Pôle études, statistiques et évaluation

L'examen des taux d'équipement montre un sous-équipement en Charente-Maritime et Corrèze alors que la Dordogne et la Haute-Vienne sont les plus dotés mais les disparités entre les départements sont à relativiser compte-tenu des effectifs.

**Figure 216. Taux d'équipement en places d'ESA pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus en Nouvelle-Aquitaine**



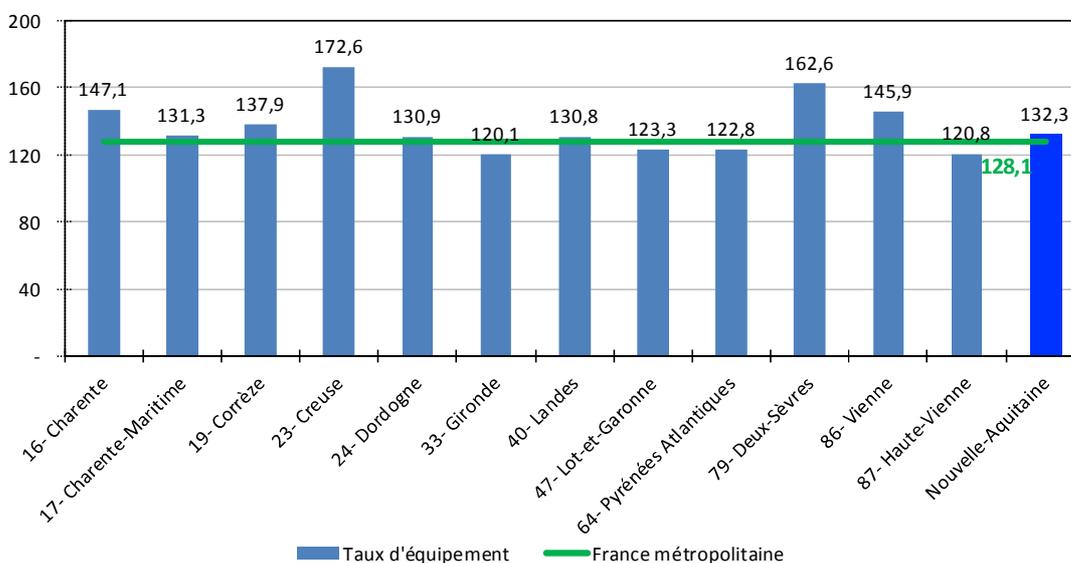
Sources : FINESS au 1er décembre 2016 pour la Nouvelle Aquitaine - INSEE, recensement 2013 pour la population de 75 ans ou plus  
Réalisation ARS Nouvelle Aquitaine, Pôle études, statistiques et évaluation

#### **7.1.14. Une capacité de prise en charge supérieure à une personne âgée sur huit.**

Tous établissements et services confondus, ce sont 13 % des personnes âgées qui bénéficient des dispositifs médico-sociaux pour personnes âgées.

La région Nouvelle-Aquitaine offre ainsi une diversité des modes d'accueil et de la prise en charge des personnes âgées dépendantes mais des inégalités géographiques sont constatées. En cumulant l'ensemble des dispositifs médicalisés, si le taux d'équipement régional s'établit à 132,3 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus, les disparités départementales sont marquées (amplitude proche de 71 places pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus), entre la Gironde et la Haute-Vienne, d'une part, et la Creuse d'autre part qui se distingue par un taux d'équipement très élevé.

**Figure 217. Taux d'équipement en places médicalisées dans les établissements et services pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus en Nouvelle-Aquitaine**



## 7.2. Personnes handicapées

### 7.2.1. Allocations et prestations aux personnes handicapées

En Nouvelle-Aquitaine, **près de 138 000 personnes sont indemnisées avec une allocation au titre du handicap**. 26 500 foyers perçoivent l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH).

109 000 personnes bénéficient de l'allocation pour adulte handicapé (AAH), soit plus de 3 allocataires pour 100 adultes âgés de 20 à 64 ans, un peu plus qu'en France métropolitaine (2,8). La répartition de l'AAH est inégale sur le territoire régional.

La Creuse et la Haute-Vienne sont les départements qui en concentrent le plus avec respectivement 4,4 et 4,0 bénéficiaires pour 100 adultes âgés de 20 à 64 ans. Seule la Vienne enregistre un taux légèrement inférieur au taux national (2,4 allocataires contre 2,8).

Entre 2010 et 2016, le nombre d'allocataires a augmenté de 17 % en région et de 20 % en France métropolitaine. Il a fortement progressé dans les Landes (+ 41 %) et en Deux-Sèvres (+ 29 %). En Vienne et en Charente, le nombre d'allocataires reste stable (respectivement -0,7 % et + 1,4 %).

Par ailleurs, 28 800 personnes bénéficient d'une prestation de compensation du handicap ou d'une allocation compensatrice pour tierce personne soit environ 5 % de la population régionale, tout comme au niveau national.

**Figure 218. Allocations et prestations aux personnes handicapées en Nouvelle-Aquitaine**

	Allocation Adulte Handicapé		Prestation de Compensation du Handicap (PCH) & Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP)	
	Nombre d'allocataires au 31.12.2015	Allocataires de l'AAH / 100 personnes de 20 à 64 ans <sup>(1)</sup>	Nombre d'allocataires PCH + ACTP au 31.12.2014 <sup>(2)</sup>	Nombre d'allocataires PCH + ACTP / 1 000 personnes sur la population générale <sup>(1)</sup>
Charente	6 887	3,5	2 192	6,2
Charente-Maritime	11 353	3,3	3 471	5,4
Corrèze	4 939	3,8	1 098	4,6
Creuse	2 794	4,4	535	4,5
Dordogne	7 585	3,4	2 006	4,8
Gironde	26 797	3,0	6 802	4,4
Landes	6 443	2,9	1 354	3,3
Lot-et-Garonne	6 388	3,6	1 502	4,5
Pyrénées-Atlantiques	14 442	3,8	3 019	4,5
Deux-Sèvres	7 344	3,6	2 749	7,4
Vienne	5 831	2,4	1 854	4,3
Haute-Vienne	8 283	4,0	2 221	5,9
<b>Nouvelle-Aquitaine</b>	<b>109 086</b>	<b>3,3</b>	<b>28 803</b>	<b>4,9</b>
<b>France métropolitaine</b>	<b>1 027 127</b>	<b>2,8</b>	<b>310 108</b>	<b>4,8</b>

(1) Indicateurs sociaux départementaux

(2) Départements 19, 15, 18, 95, 46, 66, 05, 84 et total France métropolitaine estimés

Source : STATISS 2016, réalisation ARS Nouvelle Aquitaine, Pôle études, statistiques et évaluation

## 7.2.2. Accueil des personnes handicapées

Fin 2016, les établissements et services médico-sociaux en Nouvelle-Aquitaine proposent près de 50 000 places dans 1 185 structures accompagnant des personnes en situation de handicap.

Les personnes en situation de handicap sont orientées par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) de leur département vers un établissement ou un service médico-social, selon la forme d'accueil ou d'accompagnement préconisé. Les établissements permettent d'assurer une fonction d'hébergement, par opposition aux services, qui accompagnent les personnes sur leurs lieux de vie (domicile, lieux scolaires, loisirs, ...).

Si, pour les enfants, la prise en charge dans un établissement est exclusive, ce n'est pas le cas pour les adultes : une même personne handicapée adulte peut occuper simultanément plusieurs places, par exemple dans un établissement ou un service d'aide par le travail en journée, et dans un foyer d'hébergement en soirée et la nuit.

### 7.2.2.1. L'offre dans les services poursuit son développement

Le nombre de places offertes par rapport à 2010 a augmenté plus vite que la population totale (+ 8,2 % contre + 1,7 %).

L'offre continue de se développer plus rapidement dans les services que dans les établissements pour les enfants (+ 26,4 % contre + 0,7 %). Pour les adultes, cette tendance est inversée en Nouvelle-Aquitaine par rapport à la France métropolitaine : respectivement + 7,1 % et + 15,0 % pour les services contre + 9 % et + 7 % pour les établissements. Les services offrent une

série de prestations parmi lesquelles l'assistance, le suivi éducatif et psychologique, ou encore l'aide à la réalisation des actes quotidiens et à l'accomplissement des activités de la vie domestique et sociale. Ils concourent à l'amélioration de la participation sociale des personnes en situation de handicap, notamment à la scolarisation des enfants en milieu ordinaire.

**Figure 219. Évolution 2010-2016 de l'offre d'accueil des personnes handicapées en région par catégorie de structures en Nouvelle-Aquitaine**

	Nombre de structures				Nombre de places installées			
	2016	2010	Evolution Nouvelle-Aquitaine 2010-2016 (en %)	Evolution France Métropole 2010-2016 (en %)	2016	2010	Evolution Nouvelle-Aquitaine 2010-2016 (en %)	Evolution France Métropole 2010-2016 (en %)
<b>Ensemble des structures</b>	<b>1 185</b>	<b>1 107</b>	<b>7,0</b>	<b>14,2</b>	<b>49 684</b>	<b>45 928</b>	<b>8,2</b>	<b>7,3</b>
<b>Etablissements pour enfants dont</b>	<b>214</b>	<b>202</b>	<b>5,9</b>	<b>15,6</b>	<b>10 395</b>	<b>10 324</b>	<b>0,7</b>	<b>1,2</b>
Instituts médico-éducatifs (IME)	104	108	-3,7	9,9	6 106	6 230	-2,0	-0,2
Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP)	59	57	3,5	20,1	2 249	2 262	-0,6	2,0
Etablissements enfants ou adolescents polyhandicapés	17	16	6,3	7,7	497	437	13,7	1,9
Instituts d'éducation motrice (IEM)	14	13	7,7	8,5	777	827	-6,0	-2,5
Etablissements pour jeunes déficients sensoriels (1)	8	8	0,0	0,0	592	568	4,2	-1,4
<b>Services pour enfants (SESSAD) (2)</b>	<b>183</b>	<b>161</b>	<b>13,7</b>	<b>11,8</b>	<b>4 334</b>	<b>3 429</b>	<b>26,4</b>	<b>19,6</b>
<b>Etablissements pour adultes dont</b>	<b>637</b>	<b>593</b>	<b>7,4</b>	<b>13,9</b>	<b>28 452</b>	<b>26 102</b>	<b>9,0</b>	<b>6,7</b>
Etablissements et services d'aide par le travail (ESAT)	155	144	7,6	10,7	11 467	11 125	3,1	2,8
Centres de formation et d'orientation professionnelle (3)	14	12	16,7	23,2	1 382	1 421	-2,7	-1,1
Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS)	69	60	15,0	20,0	2 943	2 488	18,3	19,4
Foyers d'Accueil Médicalisé (FAM)	82	56	46,4	36,5	2 570	1 416	///	///
Foyers de vie (y compris foyers occupationnels)	174	168	3,6	12,9	5 077	4 273	///	///
Foyers d'hébergement	121	122	-0,8	8,2	4 169	4 193	///	///
Foyers polyvalents	10	19	-47,4	-20,8	551	893	///	///
<b>Services pour adultes (SAVS et SAMSAH) (4)</b>	<b>151</b>	<b>151</b>	<b>0,0</b>	<b>16,5</b>	<b>6 503</b>	<b>6 073</b>	<b>7,1</b>	<b>15,0</b>

(1) Instituts pour déficients visuels, établissements pour déficients auditifs, instituts d'éducation sensorielle pour enfants sourds/aveugles

(2) Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)

(3) Centres de préorientation pour adultes handicapés (CPO), centres de rééducation professionnelle (CRP), unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle (UEROS)

(4) Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)

/// : les taux ne sont pas affichés car les évolutions entre 2010 et 2016 pour ces structures sont biaisées par des modifications de nomenclatures dans FINESS et ne représentent pas la réalité de terrain.

Source : FINESS au 1er octobre 2016 et STATISS au 01/01/2011,

réalisation ARS Nouvelle Aquitaine, Pôle études, statistiques et évaluation

Les départements de la Gironde, des Pyrénées-Atlantiques et de la Charente-Maritime cumulent 44 % des places installées dans l'ensemble des structures de la Nouvelle-Aquitaine, accueillant des personnes handicapées.

**Figure 220. Offre d'accueil des personnes handicapées par catégorie de structure et département en 2016 en Nouvelle-Aquitaine**

	Nombre de structures					Nombre de places installées				
	Ensemble des structures	Etablissements pour enfants	Services pour enfants (SESSAD) (1)	Etablissements pour adultes	Services pour adultes (SAVS et SAMSAH) (2)	Ensemble des structures	Etablissements pour enfants	Services pour enfants (SESSAD) (1)	Etablissements pour adultes	Services pour adultes (SAVS et SAMSAH) (2)
Charente	78	18	12	38	10	2 657	671	236	1 417	333
Charente-Maritime	127	19	11	75	22	4 632	1 011	384	2 730	507
Corrèze	70	7	11	47	5	3 233	345	235	1 993	660
Creuse	37	7	6	21	3	1 433	296	107	894	136
Dordogne	82	19	14	41	8	3 879	625	333	2 646	275
Gironde	225	56	36	106	27	10 815	3 196	889	5 452	1 278
Landes	65	11	10	32	12	2 717	456	249	1 600	412
Lot-et-Garonne	68	13	9	34	12	2 684	505	178	1 569	432
Pyrénées-Atlantiques	141	29	30	78	4	6 286	1 150	514	3 642	980
Deux-Sèvres	84	8	14	46	16	3 490	632	343	1 995	520
Vienne	121	17	20	67	17	4 174	898	594	2 261	421
Haute-Vienne	87	10	10	52	15	3 684	610	272	2 253	549
<b>Nouvelle Aquitaine</b>	<b>1 185</b>	<b>214</b>	<b>183</b>	<b>637</b>	<b>151</b>	<b>49 684</b>	<b>10 395</b>	<b>4 334</b>	<b>28 452</b>	<b>6 503</b>
<b>France métropolitaine</b>	<b>11 540</b>	<b>2 213</b>	<b>1 635</b>	<b>6 380</b>	<b>1 312</b>	<b>471 223</b>	<b>102 580</b>	<b>48 321</b>	<b>275 119</b>	<b>45 203</b>

(1) Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)

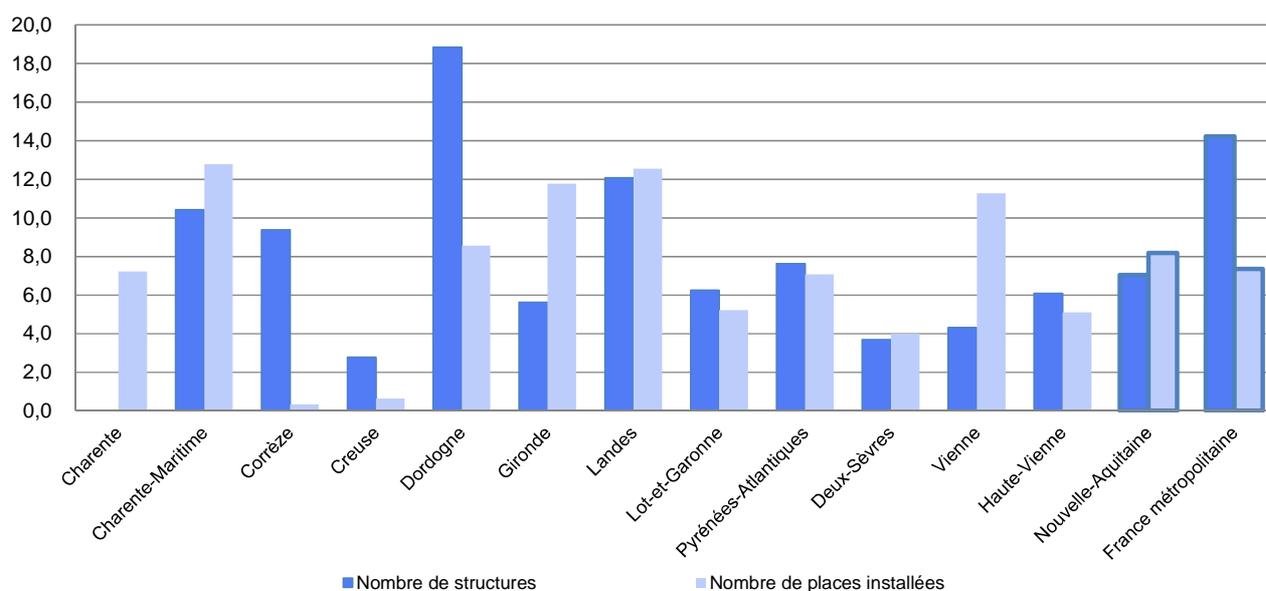
(2) Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)

Source : FINESS au 1er octobre 2016,

réalisation ARS Nouvelle Aquitaine, Pôle études, statistiques et évaluation

Entre 2010 et 2016, en Nouvelle-Aquitaine, le nombre de structures a progressé de + 7 % (+ 14 % au niveau national). Sur cette période, ce nombre a le plus fortement évolué en Dordogne (+ 18,8 %) suivi par les Landes (+ 12,1 %). La Charente-Maritime et les Landes sont les deux départements de la région où le nombre de places a le plus progressé avec une évolution de plus de 12 %.

*Figure 221. Évolution en % entre 2010 et 2016 du nombre d'établissements et services accueillant des personnes handicapées et du nombre de places installées en Nouvelle-Aquitaine*



Source : FINESS au 01/10/2016, réalisation ARS Nouvelle-Aquitaine, Pôle Etudes, statistiques, évaluation

### 7.2.3. Accueil des enfants et adolescents handicapés

En Nouvelle-Aquitaine, fin 2016, 400 structures médico-sociales accompagnent des enfants ou adolescents handicapés, généralement âgés de moins de 20 ans. Elles disposent d'un peu plus de 14 700 places.

Ces structures se différencient en deux types : 214 établissements d'éducation spéciale qui accueillent les enfants handicapés sous forme d'hébergement ou d'accueil de jour (71 % des places) et 183 services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) avec 29 % des places, soit 24 places en moyenne par service (30 places en moyenne en France métropolitaine).

**Figure 222. Offre d'accueil des enfants et adolescents handicapés par catégorie de structure et département en Nouvelle-Aquitaine**

	Nombre de structures						Services pour enfants (SESSAD) (2)	Nombre de places installées						
	Etablissements pour enfants	dont Instituts médico-éducatifs (IME)	dont Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP)	dont Etablissements enfants ou adolescents polyhandicapés	dont (Instituts d'éducation motrice (IEM)	dont Etablissements pour jeunes déficients sensoriels (1)		Etablissements pour enfants	dont Instituts médico-éducatifs (IME)	dont Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP)	dont Etablissements enfants ou adolescents polyhandicapés	dont Instituts d'éducation motrice (IEM)	dont Etablissements pour jeunes déficients sensoriels (1)	Services pour enfants (SESSAD) (2)
Charente	18	10	2	3	1		12	671	525	60	48	18		236
Charente-Maritime	19	13	4	2			11	1 011	736	151	124			384
Corrèze	7	4	2	1			11	345	234	57	54			235
Creuse	7	5	2				6	296	257	39				107
Dordogne	19	8	6	1	1		14	625	391	142	28	8		333
Gironde	56	21	22	2	4	5	36	3 196	1 266	1 075	72	309	464	889
Landes	11	5	5		1		10	456	337	109	10			249
Lot-et-Garonne	13	8	3	2			9	505	393	75	37			178
Pyrénées-Atlantiques	29	12	9	3	4		30	1 150	572	333	48	177		514
Deux-Sèvres	8	6	1	1			14	632	538	75	19			343
Vienne	17	8	2	1	1	2	20	898	556	66	28	79	124	594
Haute-Vienne	10	4	1	1	2	1	10	610	301	67	39	176	4	272
<b>Nouvelle-Aquitaine</b>	<b>214</b>	<b>104</b>	<b>59</b>	<b>17</b>	<b>14</b>	<b>8</b>	<b>183</b>	<b>10 395</b>	<b>6 106</b>	<b>2 249</b>	<b>497</b>	<b>777</b>	<b>592</b>	<b>4 334</b>
<b>France métropolitaine</b>	<b>2 213</b>	<b>1 233</b>	<b>443</b>	<b>197</b>	<b>140</b>	<b>111</b>	<b>1 635</b>	<b>102 580</b>	<b>66 611</b>	<b>15 111</b>	<b>5 371</b>	<b>7 138</b>	<b>7 065</b>	<b>48 321</b>

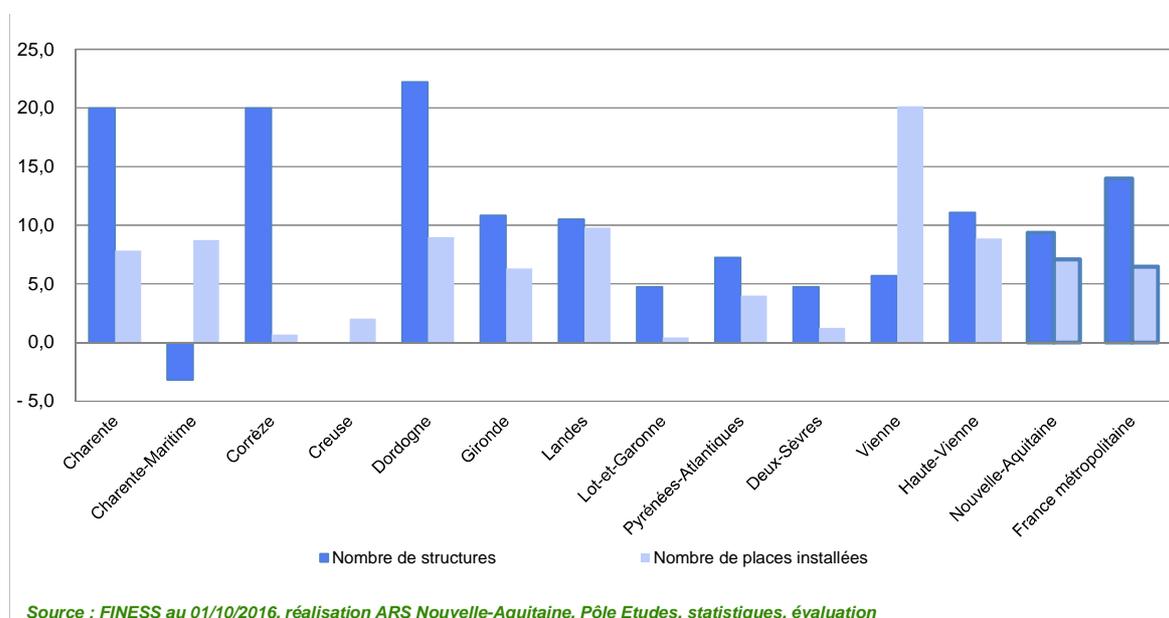
(1) Instituts pour déficients visuels, établissements pour déficients auditifs, instituts d'éducation sensorielle pour enfants sourds/aveugles

(2) Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)

Source : FINESS au 1er octobre 2016 et STATISS au 01/01/2011, réalisation ARS Nouvelle-Aquitaine, Pôle études, statistiques et évaluation

Globalement, le nombre de places installées a augmenté de 7,1 % depuis 2010. Cette croissance est portée essentiellement par le développement accru des services à domicile favorisant le maintien des enfants handicapés à leur domicile. Entre 2010 et 2016, le nombre de places en SESSAD a augmenté de 26 % en région (contre 20 % en France métropolitaine), à la suite d'ouverture de nouveaux services (+ 14 %) mais aussi de la création de places supplémentaires dans les services existants.

**Figure 223. Évolution en % entre 2010 et 2016 du nombre d'établissements et services accueillant des enfants ou adolescents handicapés et du nombre de places installées en Nouvelle-Aquitaine**

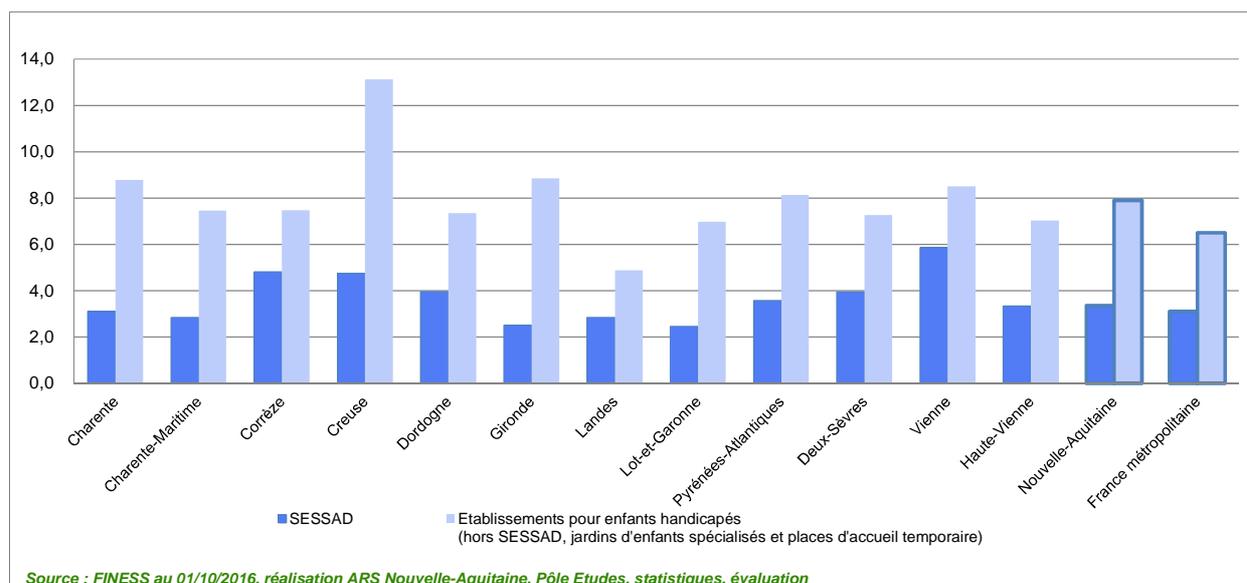


### 7.2.3.1. Une région plutôt bien équipée

Les taux d'équipement régionaux en services et en établissements pour enfants handicapés sont supérieurs aux nationaux : 3,3 pour 1 000 enfants ou adolescents de moins de 20 ans en SESSAD et 7,9 pour les établissements (respectivement 3,1 et 6,5 en France métropolitaine). La Creuse est le département le plus doté en places en établissements d'éducation spéciale avec un taux

d'équipement de 13,1 pour 1 000 enfants. La Vienne détient quant à elle le plus grand nombre de places en SESSAD rapporté à la population avec un taux d'équipement de 5,9 pour 1 000 habitants de moins de 20 ans (3,3 en Nouvelle-Aquitaine) : ce département a favorisé le développement des SESSAD et compte deux structures à vocation interdépartementale. A l'inverse, les départements de la Gironde et de Lot-et-Garonne apparaissent comme les moins bien dotés en SESSAD avec un taux d'équipement de 2,5 pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans.

**Figure 224. Taux d'équipement au 1er octobre 2016 en établissements et services pour enfants et adolescents handicapés (places pour 1 000 habitants de moins de 20 ans) en Nouvelle-Aquitaine**



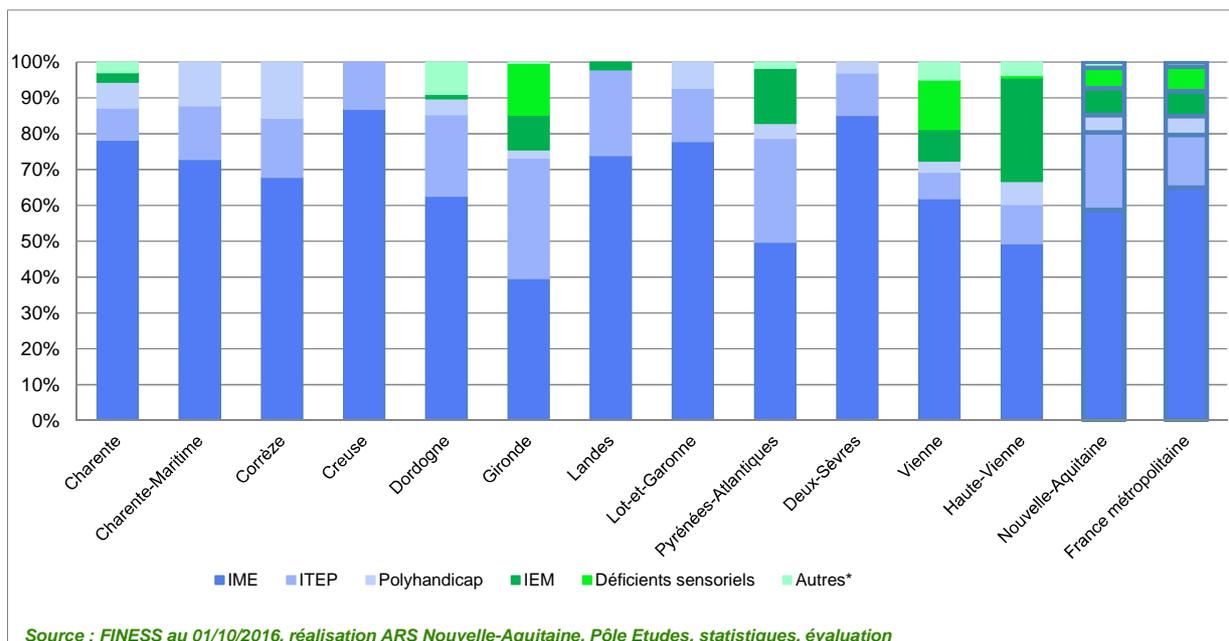
### 7.2.3.2. L'offre des places en IME prédomine

Les instituts médico-éducatifs (IME) sont les plus nombreux en 2016 (49 % sur l'ensemble des établissements d'éducation spéciale pour enfants et adolescents, soit 104 instituts) et rassemblent la plus forte proportion de places d'accueil (59 %, soit plus de 6 100 places installées). Dans les IME, 59 % des places sont en accueil de jour (69 % en France métropolitaine). Ce taux dépasse les 70 % en Charente, en Gironde et en Deux-Sèvres.

Les instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP) représentent quant à eux, environ 28 % des établissements d'accueil (soit 59 instituts) et 22 % des places installées fin 2016 (soit 2 250) (respectivement 20 % et 15 % au niveau national). En Gironde, 34 % des places sont installées en ITEP.

Ces taux varient fortement selon les départements de la région et plus particulièrement pour ceux ayant une offre d'accueil plus diversifiée avec des établissements pour enfants ou adolescents polyhandicapés, des instituts d'éducation motrice (IEM) et des établissements pour jeunes déficients sensoriels (visuels ou auditifs) qui sont moins fréquents et plutôt des spécificités départementales (18 % des places en établissements d'éducation spéciale leur sont dédiées contre 19 % en France métropole).

**Figure 225. Répartition des places installées par catégorie d'établissements d'éducation spéciale pour enfants et adolescents handicapés au 1er octobre 2016 en Nouvelle-Aquitaine**

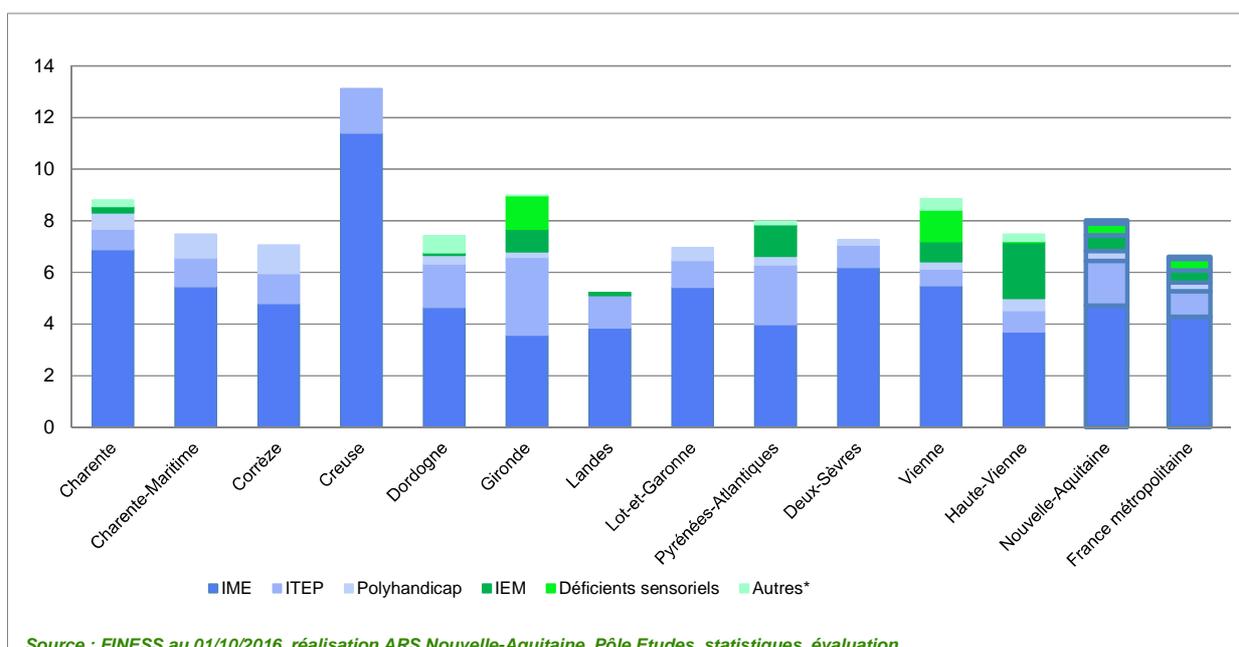


Source : FINESS au 01/10/2016, réalisation ARS Nouvelle-Aquitaine, Pôle Etudes, statistiques, évaluation

Autres \* : Places installées dans les établissements expérimentaux et les foyers d'hébergement

Les taux d'équipement par catégorie d'établissement sont également très disparates selon les départements de la région. La Creuse se démarque avec un taux d'équipement en IME de 11,4 places pour 1 000 habitants de moins de 20 ans contre 4,7 en Nouvelle-Aquitaine.

**Figure 226. Taux d'équipement au 1er octobre 2016 par catégorie d'établissements pour enfants et adolescents handicapés (places pour 1 000 habitants de moins de 20 ans) en Nouvelle-Aquitaine**



Source : FINESS au 01/10/2016, réalisation ARS Nouvelle-Aquitaine, Pôle Etudes, statistiques, évaluation

Autres \* : Places installées dans les établissements expérimentaux et les foyers d'hébergement

Les jeunes handicapés sont majoritairement pris en charge dans des établissements d'éducation spéciale mais ils sont de plus en plus nombreux à être accompagnés par les 183 SESSAD (plus de

4 300 places, soit 29 % de l'ensemble des places pour enfants handicapés). Contrairement aux établissements d'éducation spéciale qui accueillent les enfants en internat ou pour des journées entières, les SESSAD interviennent au cours de séances auxquelles se rend l'enfant. Ils peuvent intervenir aussi sur le lieu de vie et d'activité de l'enfant ou adolescent : familles, écoles. Ils dispensent des soins, un accompagnement éducatif et favorisent l'intégration scolaire en milieu ordinaire ou adapté. Les agréments, bien que plus hétérogènes que dans les établissements d'éducation spéciale, sont majoritairement donnés pour des places pour enfants déficients intellectuels ou psychique (62 %). En Corrèze et en Vienne, 40 % des places des établissements et services accueillant des enfants ou adolescents handicapés sont installées en SESSAD.

*Figure 227. Établissements<sup>(1)</sup> pour enfants et adolescents handicapés - Places installées par catégorie de handicap au 1er octobre 2016 en Nouvelle-Aquitaine*

	Déficiences intellectuelles	Polyhandicap	Déficiences psychiques	Déficiences motrices	Déficiences sensorielles	Autistes	Autres types de déficiences
Charente	463	48	63	18		79	0
Charente-Maritime	680	74	151	16		90	0
Corrèze	202	71	57			15	0
Creuse	243	10	39			4	0
Dordogne	363	28	130	8		96	0
Gironde	1 208	147	1 075	229	464	53	20
Landes	287	5	109	5		50	0
Lot-et-Garonne	354	34	75			42	0
Pyrénées-Atlantiques	531	90	333	135		61	0
Deux-Sèvres	522	19	75			16	0
Vienne	498	57	78	79	124	39	23
Haute-Vienne	283	39	67	176	4	41	0
<b>Nouvelle Aquitaine</b>	<b>5 634</b>	<b>622</b>	<b>2 252</b>	<b>666</b>	<b>592</b>	<b>586</b>	<b>43</b>

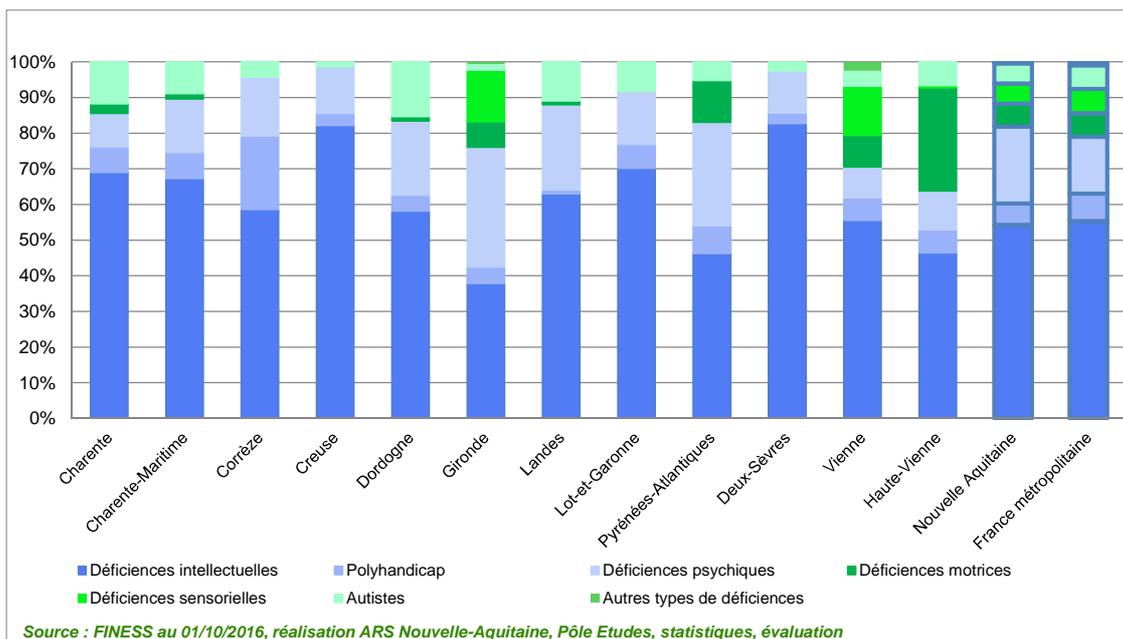
(1) Hors SESSAD

Source : FINESS au 1er octobre 2016, réalisation ARS Nouvelle Aquitaine, Pôle études, statistiques et évaluation

En Nouvelle-Aquitaine, 76 % des places installées en établissements sont agréées pour accompagner des enfants ou adolescents présentant une déficience intellectuelle ou psychique (en Deux-Sèvres et en Creuse, ce taux avoisine les 95 % compte tenu d'une offre peu diversifiée), 6 % pour des personnes déficientes motrices, 6 % pour des personnes souffrant d'un polyhandicap, 6 % pour des personnes ayant une déficience sensorielle et près de 6 % pour des personnes autistes. Le reste des places est destiné à accueillir les personnes cérébro-lésées ou n'est pas dédié à la prise en charge d'une déficience en particulier.

En Charente, en Dordogne et dans les Landes, plus de 10 % des places sont agréées pour des enfants autistes.

**Figure 228. Répartition des places installées dans les établissements d'éducation spéciale<sup>(1)</sup> pour enfants et adolescents handicapés par type de déficience au 1er octobre 2016 en Nouvelle-Aquitaine**

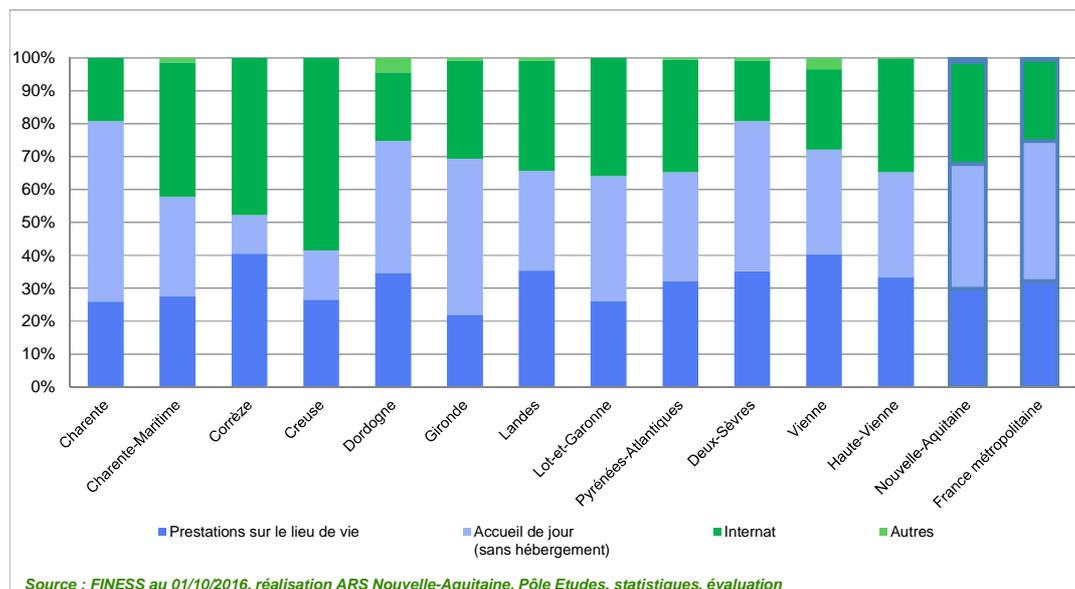


(1) Hors SESSAD

Dans les établissements d'éducation spéciale pour enfants, l'accueil de jour est privilégié avec 54 % des capacités d'accueil (62 % en France métropolitaine). Ce taux atteint plus de 70 % en Charente et en Deux-Sèvres.

D'une manière plus générale, les places agréées dans les établissements et services pour enfants et adolescents handicapés se répartissent sur l'accueil de jour (38 %), l'internat (31 %) et les prestations sur le lieu de vie (30 %). Les prestations sur le lieu de vie sont privilégiées en Corrèze et en Vienne avec 40 % des places agréées en corrélation avec l'offre spécifique en places en SESSAD. En Creuse, 59 % des places sont des places d'internat. En Charente, 55 % des places sont en accueil de jour.

**Figure 229. Répartition des places installées dans les établissements et services pour enfants et adolescents handicapés par mode d'accueil au 1er octobre 2016 en Nouvelle-Aquitaine**



### 7.2.3.3. Les CAMSP et les CMPP

La Nouvelle-Aquitaine dispose de :

- 24 CAMSP, centres d'action médico-sociale précoce, antennes comprises. Ces CAMSP sont le plus souvent polyvalents, 2 ont une orientation déficiences sensorielles, 2 autisme/TED et 1 déficience motrice.
- 61 CMPP, centres médico-psycho-pédagogiques, antennes comprises. La moitié d'entre eux s'adressent à des enfants et adolescents présentant des troubles du comportement, les autres n'ont pas d'orientation particulière spécifiées dans leur agrément.

**Figure 230. CAMSP et CMPP par département en Nouvelle-Aquitaine au 1<sup>er</sup> décembre 2016**

Département	Nombre de structures	
	CAMPS	CMPP
16 Charente	2	7
17 Charente-Maritime	2	7
19 Corrèze	1	6
23 Creuse	1	3
24 Dordogne	3	3
33 Gironde	2	4
40 Landes	1	2
47 Lot-et-Garonne	4	10
64 Pyrénées-Atlantiques	2	4
79 Deux-Sèvres	1	5
86 Vienne	3	4
87 Haute-Vienne	2	6
<b>Nouvelle-Aquitaine</b>	<b>24</b>	<b>61</b>

Source : Finess au 1<sup>er</sup> décembre 2016

En 2014, la file active des CAMSP néo-aquitains (hormis le CAMSP audiolgique de Bordeaux) comptait 4 510 enfants et celles des CMPP 18 620 enfants et adolescents.

L'enquête ES<sup>69</sup> ne décrit pas les jeunes accompagnés par ces dispositifs en termes de troubles ou de déficiences.

Les délais d'attente pour accéder à ces dispositifs et pour démarrer un accompagnement sont souvent très importants et variables d'un département à l'autre.

*Figure 231. Délais moyens entre le 1<sup>er</sup> contact, la 1<sup>ère</sup> consultation et le début du suivi en Nouvelle-Aquitaine*

	CAMSP	CMPP
Délai moyen entre le 1 <sup>er</sup> contact et la 1 <sup>ère</sup> consultation	2 mois	3,7 mois
Délai moyen entre la 1 <sup>ère</sup> consultation et le début du suivi	3,3 mois	5,4 mois
Délai total	5,3 mois	9,1 mois

Source : DREES ES2014 – Exploitation : CREAI Aquitaine

#### 7.2.4. Accueil des adultes handicapés

En Nouvelle-Aquitaine, la prise en charge médico-sociale des personnes adultes handicapées s'appuie sur deux types de structures selon qu'elles les accueillent dans des établissements ou qu'elles les assistent à leur domicile.

En Nouvelle-Aquitaine en 2016, 637 structures offrent près de 28 500 places d'hébergement ou d'accueil de jour (81 % des places). Parallèlement, 6 500 adultes handicapés accompagnés sont maintenus à domicile par 117 services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et 34 services d'accompagnement médico-social (SAMSAH), dont les prestations sont également médicales, soit 47 places en moyenne par SAVS et 30 places par SAMSAH (respectivement 38 et 24 places en moyenne en France métropolitaine).

La Gironde et les Pyrénées-Atlantiques cumulent 32 % des places installées de la région.

<sup>69</sup> L'enquête ES handicap conduite tous les 4 ans par la DREES auprès des établissements et services pour personnes handicapées est une enquête exhaustive qui permet de dresser un bilan de l'activité des ESMS et de décrire les principales caractéristiques des personnes accueillies ainsi que du personnel. L'enquête ES constitue un outil d'aide à la planification des places dans le médico-social en décrivant, au moins quantitativement, les moyens mis en œuvre et les besoins couverts par ce système de prise en charge.

**Figure 232. Offre d'accueil des adultes handicapés par catégorie de structure et département en Nouvelle-Aquitaine**

	Nombre de structures					Nombre de places installées				
	Etablissements pour adultes	dont Etablissements et services d'aide par le travail (ESAT)	dont Centres de formation et d'orientation professionnelle (1)	dont Foyers (2)	Services pour adultes (SAVS et SAMSAH) (3)	Etablissements pour adultes	dont Etablissements et services d'aide par le travail (ESAT)	dont Centres de formation et d'orientation professionnelle (1)	dont Foyers (2)	Services pour adultes (SAVS et SAMSAH) (3)
Charente	38	10	0	27	10	1 417	686	0	726	333
Charente-Maritime	75	23	0	52	22	2 730	1 142	0	1 588	507
Corrèze	47	13	0	34	5	1 993	694	0	1 299	660
Creuse	21	5	0	16	3	894	358	0	536	136
Dordogne	41	8	1	31	8	2 646	823	341	1 437	275
Gironde	106	30	3	72	27	5 452	2 499	325	2 618	1 278
Landes	32	9	0	20	12	1 600	624	0	942	412
Lot-et-Garonne	34	9	1	23	12	1 569	550	48	941	432
Pyrénées-Atlantiques	78	18	2	57	4	3 642	1 476	242	1 874	980
Deux-Sèvres	46	6	2	38	16	1 995	849	33	1 113	520
Vienne	67	12	0	52	17	2 261	896	0	1 258	421
Haute-Vienne	52	12	5	34	15	2 253	870	393	978	549
<b>Nouvelle Aquitaine</b>	<b>637</b>	<b>155</b>	<b>14</b>	<b>456</b>	<b>151</b>	<b>28 452</b>	<b>11 467</b>	<b>1 382</b>	<b>15 310</b>	<b>6 503</b>
<b>France métropolitaine</b>	<b>6 380</b>	<b>1 464</b>	<b>154</b>	<b>4 629</b>	<b>1 312</b>	<b>275 119</b>	<b>115 719</b>	<b>10 768</b>	<b>145 636</b>	<b>45 203</b>

(1) Centres de préorientation pour adultes handicapés (CPO), centres de rééducation professionnelle (CRP), unités d'évaluation, de réentrainement et d'orientation sociale et professionnelle (UEROS)

(2) Foyers occupationnels et foyers de vie, foyers d'hébergement, foyers d'accueil polyvalent, maison d'accueil spécialisées (MAS), foyers d'accueil médicalisés (FAM)

(3) Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)

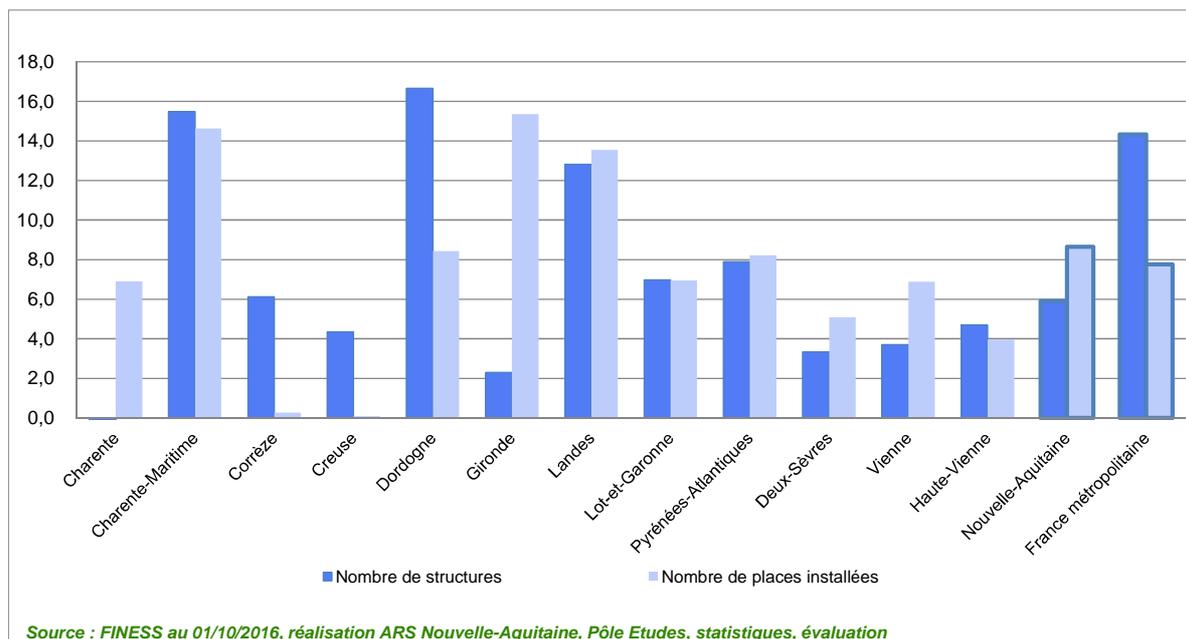
Source : FINESS au 1er octobre 2016 et STATISS au 01/01/2011, réalisation ARS Nouvelle Aquitaine, Pôle études, statistiques et évaluation

#### 7.2.4.1. La capacité d'accueil progresse surtout dans les structures médicalisées et les services

Depuis 2010, dans l'ensemble des structures centrées sur l'hébergement, la capacité d'accueil pour les adultes handicapés a progressé de 15,4 %, soit environ 2 000 places créées. La majorité l'est dans les structures médicalisées (foyers d'accueil médicalisé (FAM) et maisons d'accueil spécialisées (MAS) : plus de 1 600 places en 6 ans. L'offre en foyers de vie ou occupationnels a également augmenté de 19 % sur cette période (+ 800 places) alors que celle en foyer d'hébergement est resté stable. Suite aux changements de nomenclatures FINESS sur cette période, ces résultats doivent cependant être nuancés (notamment pour les FAM, les foyers de vie et les foyers polyvalents) car liés aux catégories d'établissements et pas aux disciplines.

De 2010 à 2016, l'accompagnement des personnes handicapées en milieu ordinaire se développe également (+ 7 %, soit 400 places) mais moins qu'au niveau national (+ 15 %), avec la création de places supplémentaires dans les services existants.

**Figure 233. Évolution en % entre 2010 et 2016 du nombre d'établissements et services accueillant des adultes handicapés et du nombre de places installées en Nouvelle-Aquitaine**

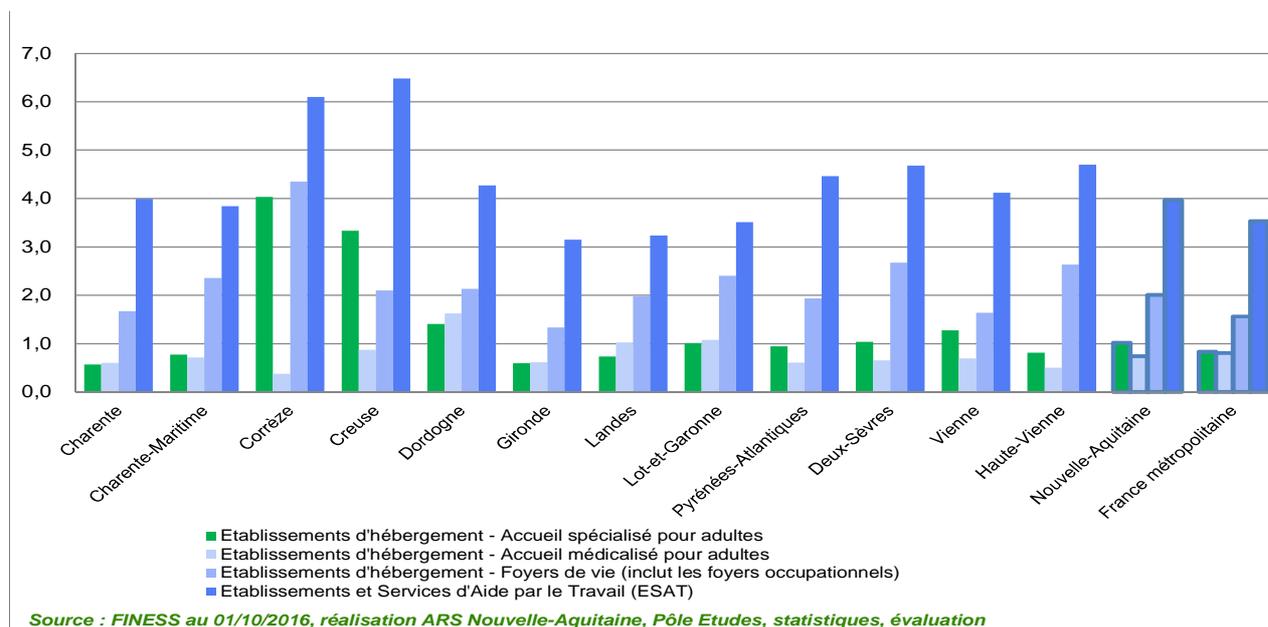


#### 7.2.4.2. Une région aussi bien équipée que la France métropolitaine

La région Nouvelle-Aquitaine est relativement bien équipée en établissements pour adultes handicapés au regard des résultats nationaux. A fin 2016, le taux d'équipement en places d'accueil spécialisé atteint 1 place pour 1 000 habitants âgés de 20 à 59 ans, 0,7 en accueil médicalisé et 2 places en foyer de vie ou occupationnel (contre respectivement 0,8, 0,8 et 1,6 en France métropolitaine). En ESAT, il est de 4 places (3,5 en France métropolitaine).

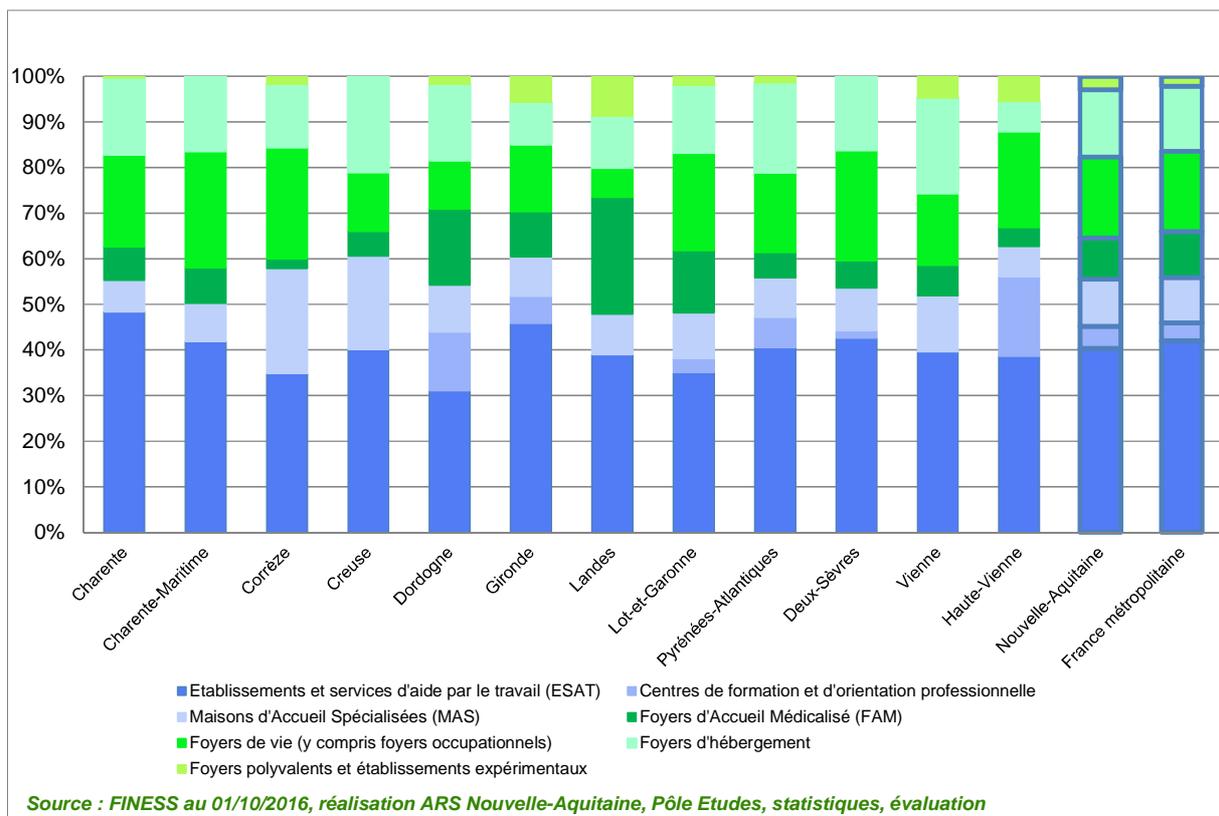
La Creuse et la Corrèze sont les départements les mieux dotés en places en ESAT et en accueil spécialisé pour adultes. La Corrèze se distingue également en taux d'équipement en places en foyers de vie et occupationnels. La Gironde semble moins bien dotée que les autres départements de la région.

**Figure 234. Taux d'équipement au 1er octobre 2016 en établissements d'hébergement pour adultes handicapés (selon les disciplines) et dans les ESAT (places pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans) en Nouvelle-Aquitaine**



En 2016, 40 % des places sont proposées aux adultes handicapés au sein des ESAT et 54 % dans les différents foyers. Les foyers d'hébergement pour adultes handicapés (15 % des places) assurent l'hébergement et l'entretien des adultes handicapés qui exercent une activité pendant la journée, en milieu ordinaire, dans un établissement ou un service d'aide par le travail (ESAT), ou dans une entreprise adaptée. Les foyers de vie occupationnels (18 % des places) permettent aux personnes de se livrer à des activités occupationnelles quotidiennes, ludiques et éducatives. Les structures médicalisées (maisons d'accueil spécialisées (MAS) et foyers d'accueil médicalisé (FAM)) occupent 19 % des places. Elles sont destinées à accueillir jour et nuit les personnes les plus lourdement handicapées, dans l'impossibilité totale d'exercer une activité et dont l'état nécessite le recours à une tierce personne pour les actes de la vie courante, une surveillance médicale et des soins constants. En région, 250 places d'accueil temporaire se répartissent dans toutes les catégories d'établissement. Ce type d'accueil a progressé de 80 % en 6 ans.

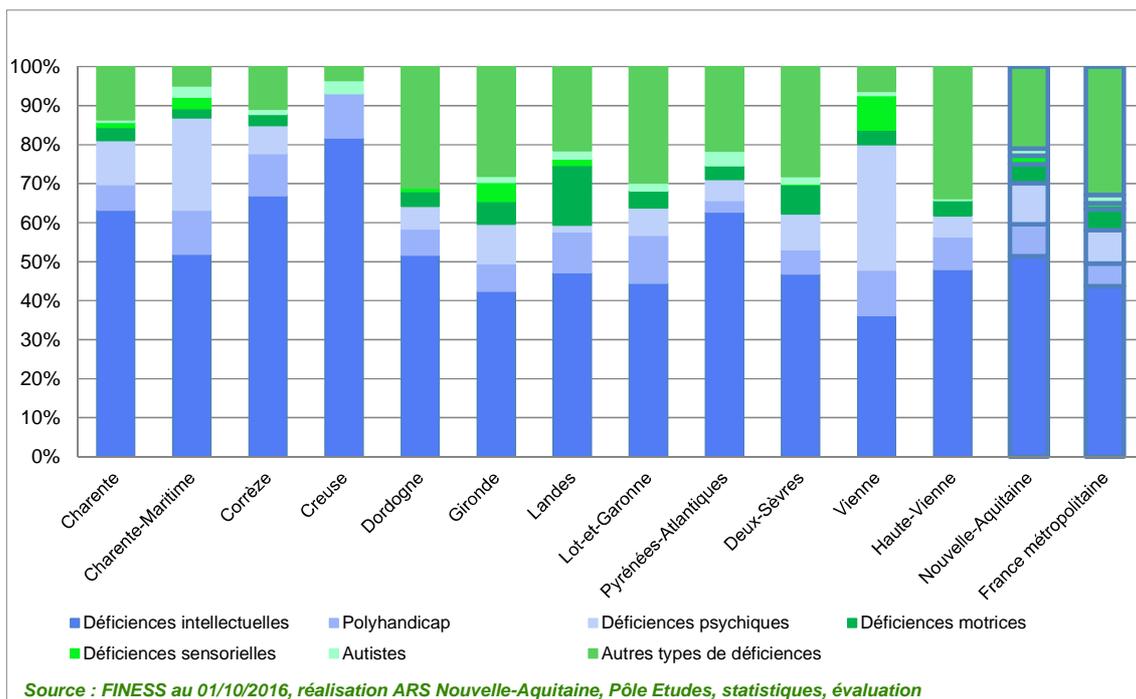
**Figure 235. Répartition des places installées par catégorie d'établissements pour adultes handicapés au 1er octobre 2016 (hors services) en Nouvelle-Aquitaine**



En 2016, en Nouvelle-Aquitaine, 62 % des places installées en établissements sont agréées pour accompagner des adultes présentant une déficience intellectuelle ou psychique (73 % en ESAT et plus de 80 % en Creuse compte tenu d'une offre peu diversifiée), 8 % pour des personnes souffrant d'un polyhandicap, 5 % pour des personnes déficientes motrices, 2 % pour des personnes ayant une déficience sensorielle et près de 2 % pour des personnes autistes. Le reste des places est destiné à accueillir des personnes cérébro-lésées, des personnes âgées ou n'est pas dédié à la prise en charge d'une déficience en particulier.

En SAMSAH, 50 % de places sont agréées pour personnes avec des troubles du comportement alors que dans les SAVS une place sur deux est réservée aux déficients intellectuels.

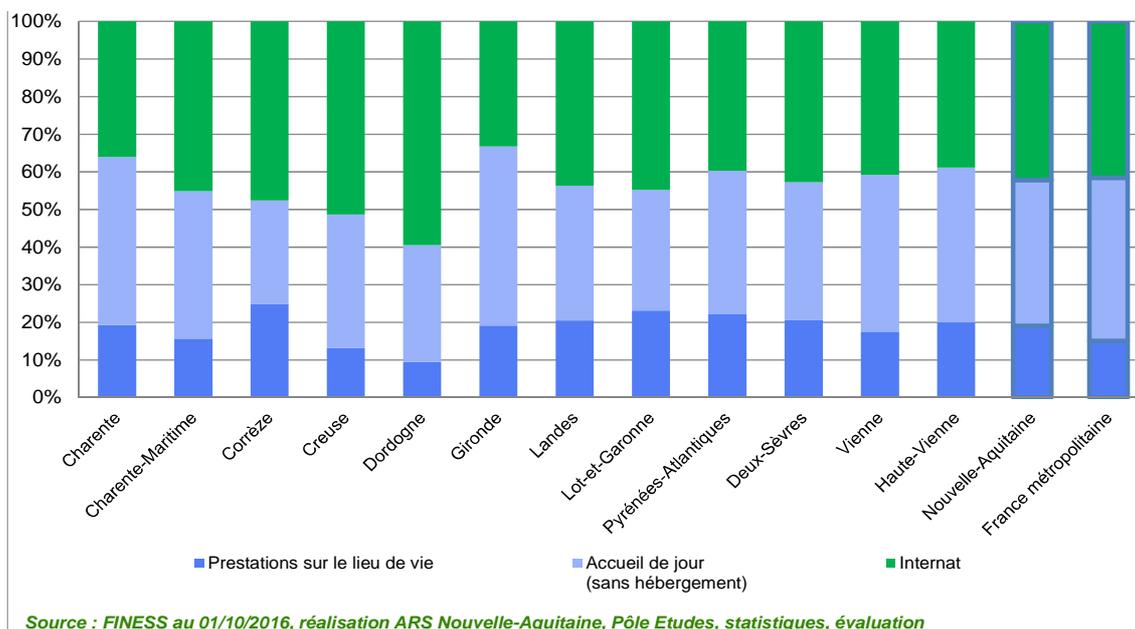
**Figure 236. Répartition des places installées dans les établissements<sup>(1)</sup> et services pour adultes handicapés par type de déficience agréée au 1er octobre 2016 en Nouvelle-Aquitaine**



(1) Hors foyers d'hébergement dont la quasi-totalité des occupants sont travailleurs d'ESAT, y compris SAMSAH SAVS

Dans les établissements et services d'accueil pour adultes handicapés, en région, l'internat est privilégié avec 42 % des capacités d'accueil mais est suivi de près par l'accueil de jour (39 % des places). En France, à l'opposé, l'accueil de jour prédomine sur l'internat (respectivement 43 % et 42 %). Le taux de places en internat atteint près de 60 % en Dordogne et plus de 50 % en Creuse.

**Figure 237. Répartition des places installées dans les établissements et services pour adultes handicapés par mode d'accueil au 1er octobre 2016 en Nouvelle-Aquitaine**



## 7.3.FOCUS : l'accompagnement des enfants et adolescents avec autisme ou autres troubles envahissants du développement

### 7.3.1. Les principaux résultats

En Nouvelle-Aquitaine, **1 600 enfants et adolescents avec autisme/TED ont été accompagnés en 2014 par une structure médico-sociale**, effectif que l'on peut presque doubler si l'on y ajoute les enfants identifiés comme présentant une psychose infantile (au total près de 2 700 enfants).

Les enfants avec « autisme et autres TED » occupent **11 % des places médico-sociales pour enfants**. La grande majorité est accueillie en IME (63 %) ou suivie par un SESSAD (22 %). Et bien que le nombre de places spécifiquement dédiées à l'accompagnement des particularités de l'autisme a progressé depuis 2010 (+40 %), un peu plus d'un tiers seulement des enfants avec autisme/TED bénéficie d'un accompagnement sur ce type de place (le nombre d'enfants autistes accompagnés ayant parallèlement augmenté de 30 % en 4 ans).

Les trois quarts des enfants porteurs de ce handicap et accompagnés par le secteur médico-social présentent au moins une déficience intellectuelle, dont 20% un retard mental profond. Ils présentent aussi des difficultés de comportement et/ou des limitations en termes de communication plus fortes que l'ensemble des usagers des structures spécialisées pour enfants : ainsi, 62 % se mettent en danger par leur comportement contre 42 % pour les autres usagers quel que soit le handicap.

**Ces enfants du secteur médico-social bénéficient par ailleurs moins souvent d'une scolarisation** : 20 % des usagers autistes/TED de 3 à 16 ans ne connaissent aucune forme de scolarisation (contre 10 % pour l'ensemble des enfants recensés à l'occasion de l'enquête ES 2014). Par ailleurs, **la scolarisation en milieu ordinaire est moins fréquente**, seuls 16 % des enfants avec un trouble du spectre de l'autisme de cette classe d'âge bénéficient d'une intégration scolaire collective type ULIS (vs 21 % pour les autres enfants handicapés) et 11 % une intégration scolaire individuelle (vs 18 %). Les jeunes avec « autisme/TED » ne présentent pas de caractéristiques particulières en termes d'âge par rapport à l'ensemble des publics accueillis. Néanmoins ils sont un peu plus représentés parmi ceux qui sont sous amendement Creton (7 % contre 5 % pour l'ensemble des jeunes handicapés

accompagnés dans une structure médico-sociale). Alors que le nombre total de jeunes sous amendement Creton a diminué en 4 ans en Nouvelle-Aquitaine, on dénombre 28 jeunes adultes autistes supplémentaires dans cette situation portant ainsi l'effectif à **120 jeunes adultes autistes/TED sous amendement Creton** (dont 38 % sur le seul territoire de la Gironde).

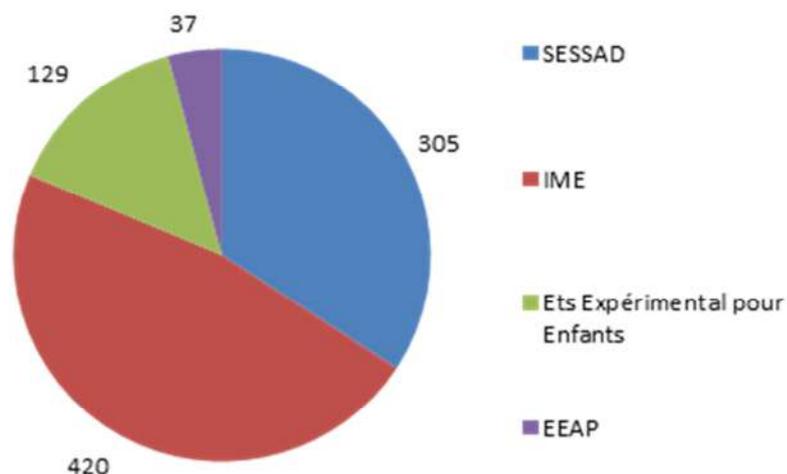
La MDPH préconise une orientation en MAS ou FAM pour une cinquantaine d'entre eux, en foyer occupationnel ou en accueil de jour pour une quarantaine d'entre eux et une orientation en ESAT (avec ou sans hébergement) pour 25 d'entre eux. Parmi les jeunes autistes de 20 ans ou plus sortis d'un établissement en 2014 (une quarantaine), près de la moitié est orientée en ESAT et un quart vers d'autres établissements médico-sociaux pour adultes (FO, FAM, MAS).

Au-delà des enfants et adolescents autistes/TED accompagnés par le secteur médico-social, le secteur de la pédopsychiatrie en Nouvelle-Aquitaine suit également de nombreux enfants (de 0 à 19 ans) porteurs de ce handicap, environ 3 400 selon le RIM-P 2015. Par ailleurs, des enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme sont scolarisés en milieu ordinaire sans pour autant bénéficier d'un accompagnement médico-social ou d'un suivi psychiatrique : 800 enfants avec un accompagnement en libéral et une centaine sans aucun accompagnement ont ainsi été repérés. **Au total, on estime à près de 6 000 le nombre d'enfants et adolescents porteurs d'autisme ou autres TED en Nouvelle-Aquitaine et à près de 7 500 si l'on y ajoute les enfants décrits comme atteints d'une psychose infantile (dans ES 2014).**

### 7.3.2. Les places médicosociales agréées à l'accueil des enfants avec autisme/TED

En Nouvelle-Aquitaine, 891 places sont dédiées à l'accompagnement des enfants porteurs de TED, dont près de la moitié en IME et plus d'un tiers en SESSAD. Ces places dédiées représentent 6 % des places autorisées à l'accompagnement des enfants en Nouvelle-Aquitaine avec des disparités selon les départements : seulement 2 % de places en Gironde sont agréées Autisme/TED et jusqu'à 13 % dans les Landes.

*Figure 238. Répartition des places agréées autisme/TED par catégorie de structures en Nouvelle-Aquitaine*



Source : FINESS au 1<sup>er</sup> janvier 2017 Traitement : ARS Nouvelle-Aquitaine, DPSP

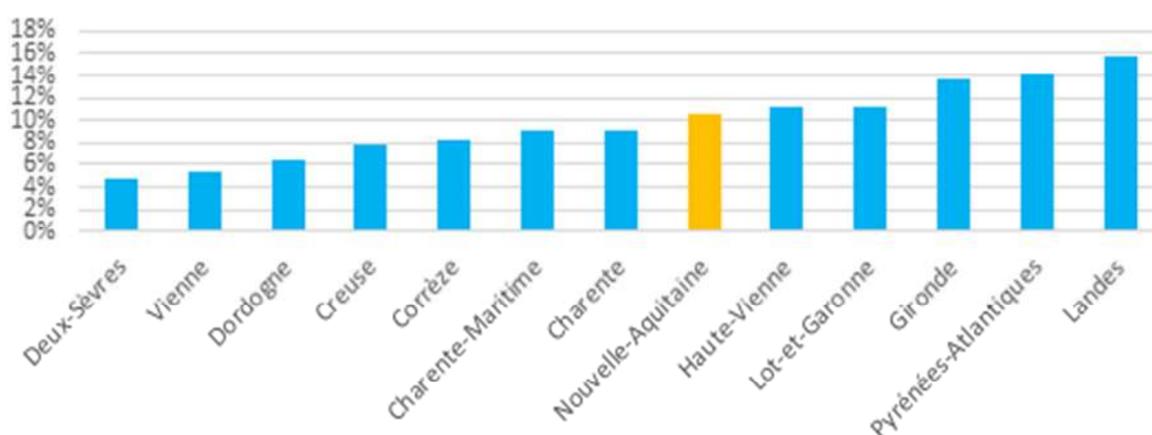
Sur les 60 structures de la Nouvelle-Aquitaine ayant des places agréées autisme/TED, 24 sont entièrement dédiées à l'accompagnement de ce public spécifique soit : 5 IME pour 91 places ; 11

SESSAD pour 168 places et 8 établissements expérimentaux pour 129 places. Hormis les places SESSAD qui permettent un accompagnement sur les différents lieux de vie des enfants (« Prestation en milieu ordinaire »), les établissements proposent des modes d'accueil diversifiés : Ainsi, 60 % des places dédiées sont des places d'accueil de jour et 29 % sont des places d'accueil en hébergement. Les **unités d'enseignement en maternelles Autisme/TED (UEMA)** sont des dispositifs prévus au plan autisme 2013/2017. Il s'agit de dispositifs médico-sociaux implantés dans une école maternelle. La Région dispose, à la rentrée 2016, de 7 UEMA sur son territoire : 3 sur l'académie de Bordeaux, 2 sur l'académie de Poitiers et 2 sur l'académie de Limoges. En France, 100 UEMA ont été ouvertes au cours des deux dernières années.

### 7.3.3. La scolarisation des enfants

Près de 22 400 enfants en situation de handicap étaient scolarisés en milieu ordinaire durant l'année 2015-2016. Plus de 10 % de ces élèves présentent des troubles du spectre de l'autisme soit environ 2 400 enfants.

*Figure 239. Part des élèves avec des troubles autistiques parmi les élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire*



Source : Rectorat Nouvelle-Aquitaine

Traitement : CREA

Plus des deux tiers des enfants de 3 à 16 ans avec autisme/TED (68 %) sont scolarisés essentiellement en milieu ordinaire, un quart est scolarisé au sein d'établissements médico-sociaux ou hospitaliers, le plus souvent (20 %) sur des temps assez courts inférieurs à un mi-temps et 8 % de cette tranche d'âge ne sont pas du tout scolarisés.

Il apparaît qu'une centaine d'élèves avec autisme/TED suit une scolarisation en milieu ordinaire malgré une prescription de scolarisation exclusive en ESMS faite par la CDAPH. Cette situation peut être révélatrice d'une absence de réponses mobilisables sur le territoire et/ou d'une orientation qui n'est pas jugée satisfaisante par les familles. Notons malgré tout que pour 1 enfant autiste sur 5 concerné par cette situation, une solution de scolarisation partagée a pu être mise en place.

### 7.3.4. Les enfants suivis dans le secteur sanitaire

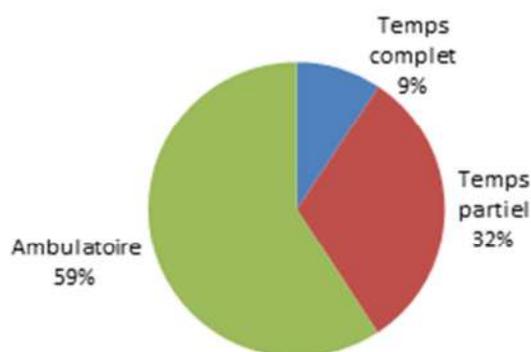
**En 2015, plus de 3 400 enfants âgés de 0 à 19 ans ont été suivis dans le secteur sanitaire** sur l'ensemble de la Nouvelle-Aquitaine, pour un syndrome d'autisme ou de troubles envahissants du développement. La Gironde est le territoire de santé qui enregistre le plus grand nombre de suivis (plus d'1/3 des enfants suivis dans le sanitaire. Au-delà de la Gironde, le nombre d'enfants suivis par

département ou territoire de santé est disparate et compris entre le territoire Béarn-Soule qui suit 12 % des effectifs et la Corrèze qui en suit moins de 1 %.

Près de 3 enfants sur 5 ont été suivis en ambulatoire (en CMP, CATTP, consultations externes,...).

Pour les enfants hospitalisés, la prise en charge en hospitalisation de jour ou en atelier thérapeutique intervient quatre fois plus souvent que l'hospitalisation complète

*Figure 240. Répartition des enfants autisme/TED suivis en psychiatrie selon leur mode de prise en charge*



Source : RIM-P 2015

Traitement : ARS Nouvelle-Aquitaine, DPSP

Plus d'un tiers des enfants suivis ont un « trouble envahissant du développement non spécifié » (36 %). Lorsque le diagnostic est précisé, l'autisme infantile concerne 1 enfant sur 4 et l'autisme atypique (en raison de l'âge de survenue, de la symptomatologie, ou des deux ensembles) près d'1 enfant sur 5.

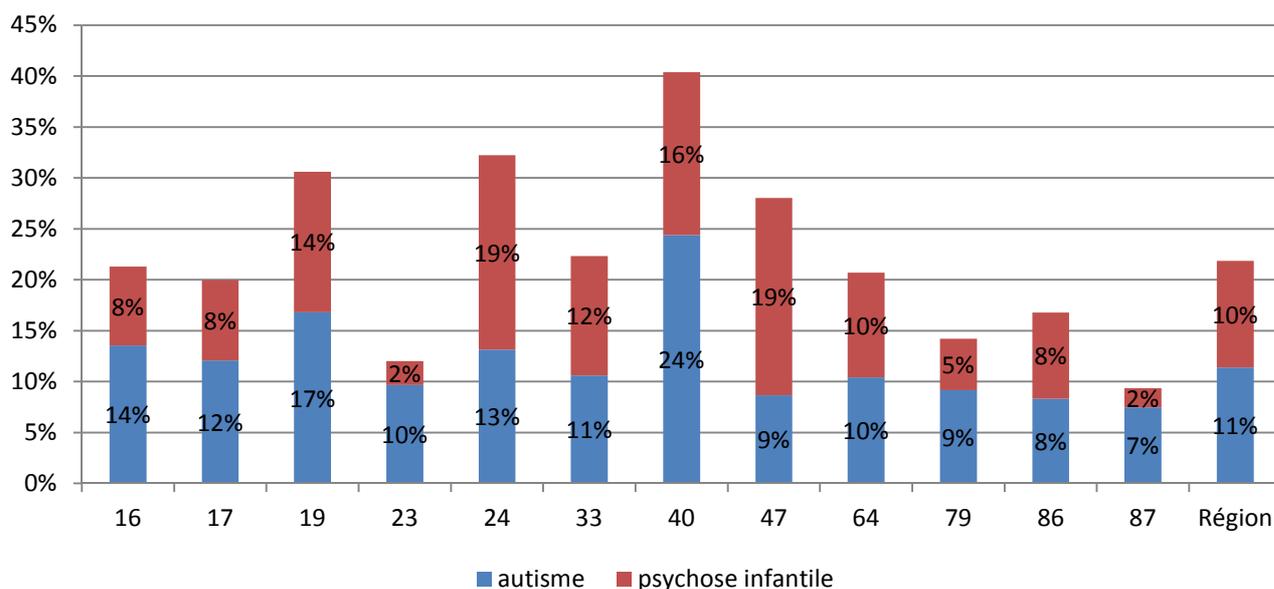
### 7.3.5. Les enfants suivis dans le secteur médico-social en 2014

#### 7.3.5.1. Données générales

L'enquête ES 2014 recense, à la fin de l'année 2014, **plus de 1 600 enfants avec autisme et autres TED<sup>70</sup>** dans les différentes catégories d'établissements et services pour enfants (soit 11 %), mais aussi près de 1 500 enfants décrits comme présentant une « psychose infantile » dans ces mêmes structures (10 %).

<sup>70</sup> Dans l'enquête ES, le repérage des personnes présentant un autisme ou autre TED présente certaines limites qui reposent notamment sur la façon dont le diagnostic est posé (absence de dépistage ; diagnostic sur l'autisme pour certaines personnes ou préférence de certains médecins d'une qualification des troubles en « psychose infantile ») et sur la qualité du remplissage (et donc de la disponibilité du personnel médical et/ou de la capacité du personnel administratif à retrouver cette information dans le dossier de la personne). Ainsi, les personnes pour lesquelles il a été renseigné, la « pathologie à l'origine du handicap », un « autisme ou autres TED » constituent certainement les effectifs planchers du nombre réel d'enfants (et adultes) avec autisme ou autres TED accompagnés par les structures médico-sociales – Rapport sur les personnes en situation de handicap complexe accompagnées par les structures médico-sociales françaises (repérables dans l'enquête ES 2010. CEDIAS-CREAI IDF, mai 2014).

**Figure 241. Part des usagers avec autisme/TED ou psychoses infantiles dans les ESMS pour enfants, par département en Nouvelle-Aquitaine**



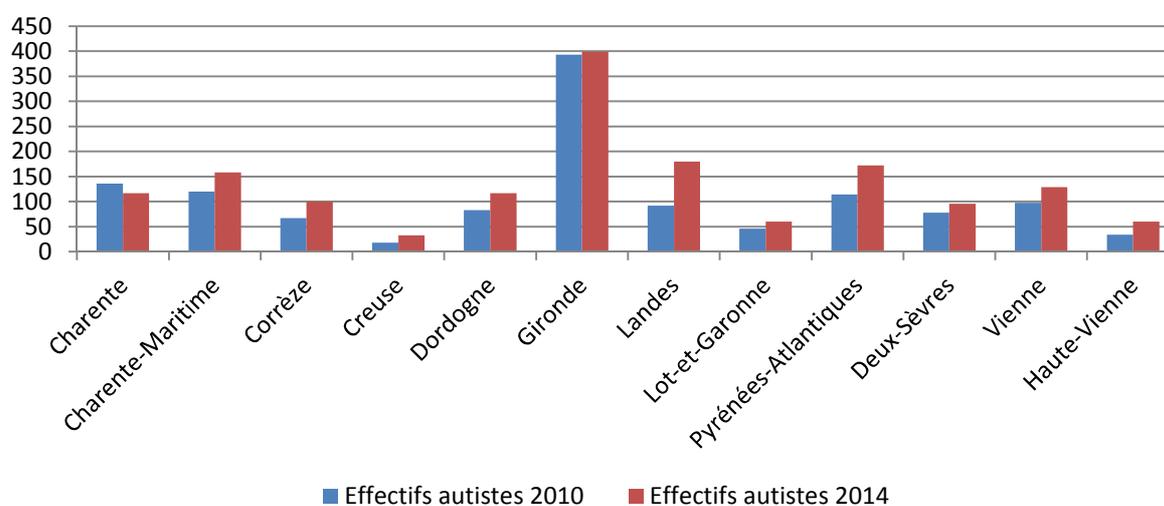
Source : Enquête ES 2014 Traitement : CREA

### 7.3.5.2. L'évolution des effectifs 2010-2014

Quel que soit le type de handicap, les effectifs des ESMS en Nouvelle-Aquitaine sont stables depuis 2010. En lien avec une meilleure inclusion scolaire, les effectifs des établissements ont diminué (-3 % en IME et -9 % dans les autres catégories d'établissements) au profit des SESSAD qui enregistrent une progression de 13 %.

En revanche, les effectifs d'enfants porteurs d'autisme/TED accompagnés ont augmenté de près de 30 % (+1 % s'agissant des psychoses infantiles). En parallèle, le nombre de places installées dédiées à l'accueil de ce public a également augmenté de 39 % (+23 % en IME et +83 % en SESSAD).

**Figure 242. L'évolution des effectifs autisme/TED par département en Nouvelle-Aquitaine**



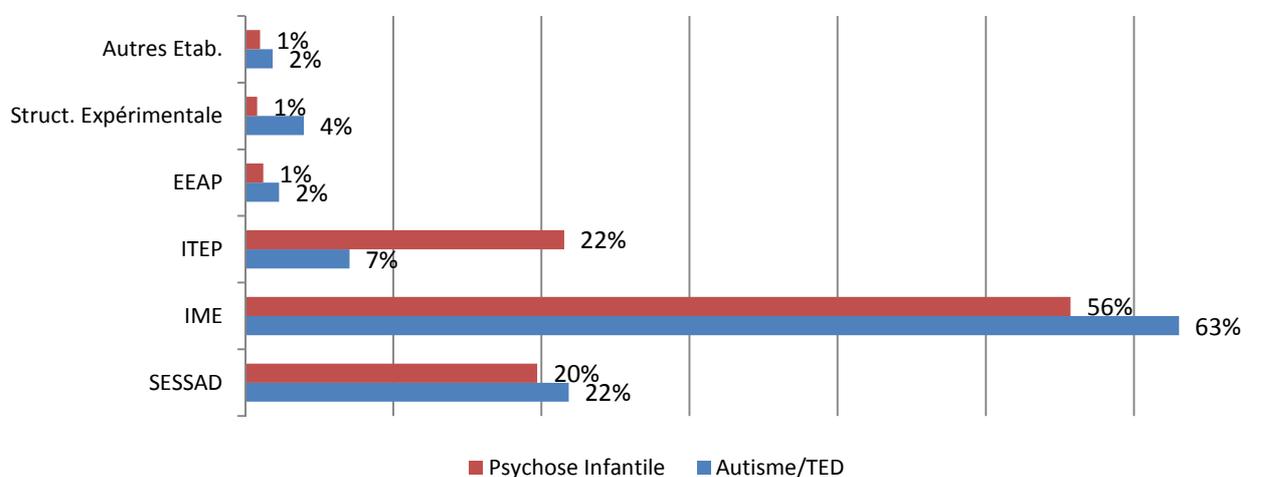
Source : Enquête ES 2014 Traitement : CREA

Chaque département a vu ses effectifs d'enfants autistes/TED augmenter en 4 ans hormis la Charente (-14 %). Cette progression n'est pas uniforme : si la Gironde enregistre une légère progression (+2 %), les effectifs d'enfants autistes/TED accompagnés en ESMS ont doublé dans les Landes (+96 %).

### 7.3.5.3. Les dispositifs qui accompagnent les enfants avec autisme ou autres TED

La grande majorité des jeunes avec autisme et autres TED est accueillie en IME (63 %) ou en SESSAD (22%). Les jeunes présentant une psychose infantile sont eux aussi principalement accueillis en IME (56 %) et suivis en SESSAD (20 %). Ils se différencient par un accueil 3 fois plus fréquent en ITEP (22 % contre 7 %).

Figure 243. Répartition des enfants et adolescents avec autisme/TED ou psychose infantile par catégorie d'établissements ou services

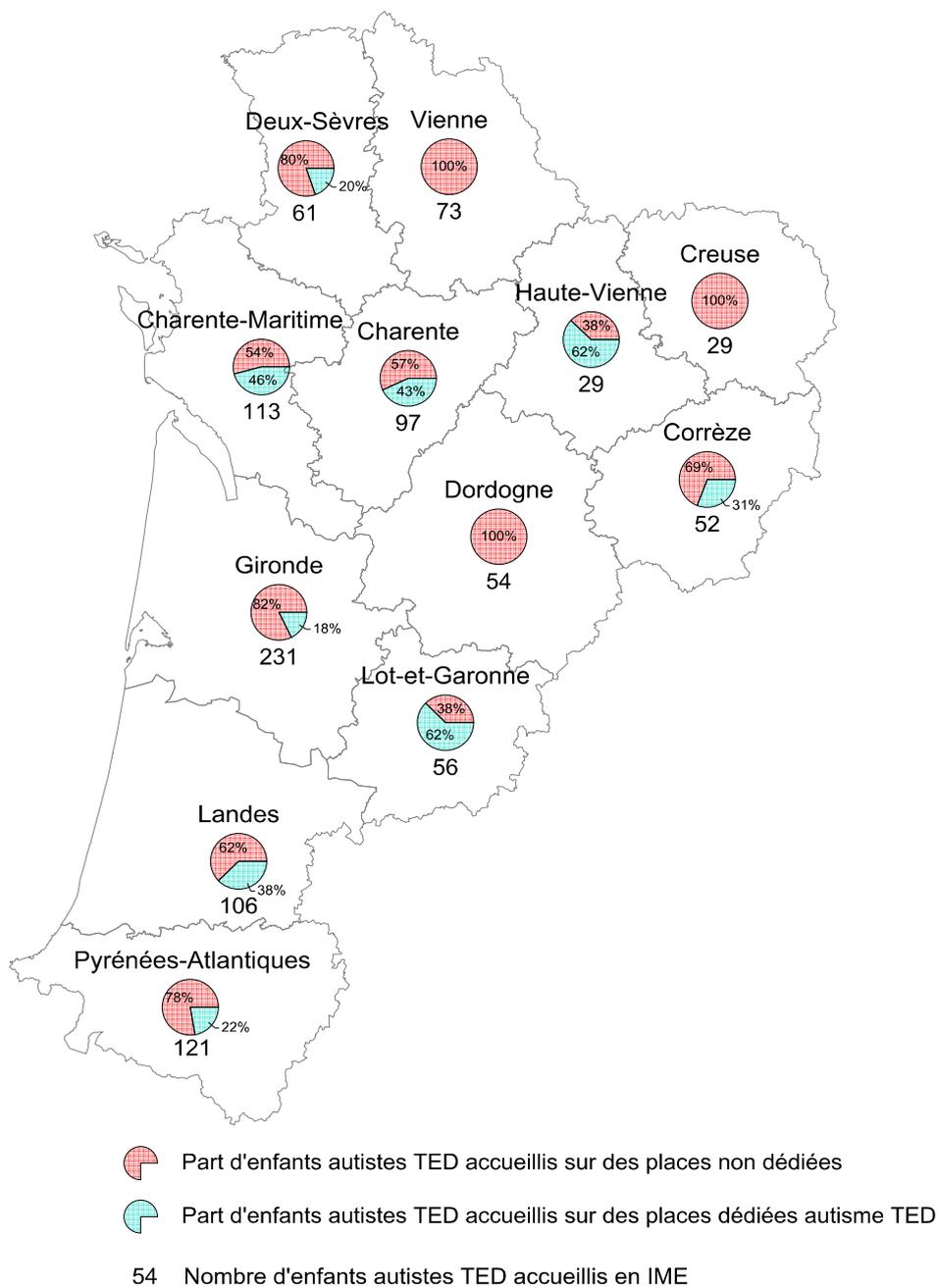


Source : Enquête ES 2014 Traitement : CREA I

Parmi les 1 600 enfants autistes/TED (35 %) recensés dans les ESMS de Nouvelle-Aquitaine seuls 566 enfants sont accueillis sur des places agréées Autisme TED. Les deux tiers des enfants porteurs de ce handicap sont accompagnés sur des places non dédiées, quelle que soit la catégorie d'établissement. On notera que ces derniers occupent notamment 13 % des places IME, 6 % des places ITEP et 4 % des places SESSAD non dédiées.

En Nouvelle-Aquitaine, 72 % des jeunes autistes accueillis en IME le sont sur des places dont le projet ne s'adresse pas spécifiquement aux publics avec « autisme et autres TED ».

**Figure 244. Accueil des jeunes présentant un autisme/TED en IME, par département en Nouvelle-Aquitaine**

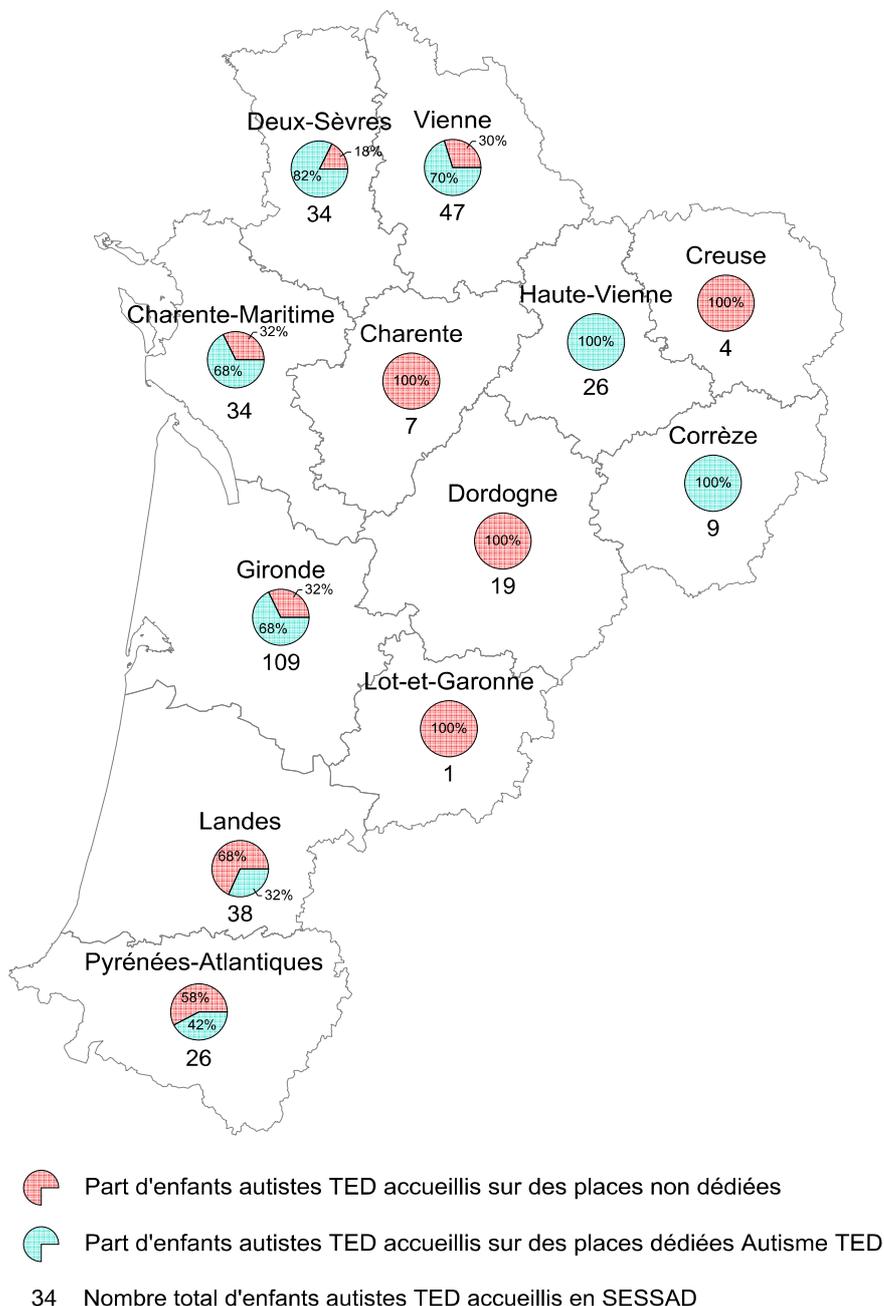


CREAI Nouvelle Aquitaine ALPC - © Artique

Source : Enquête ES 2014    Traitement : CREAI

En Nouvelle-Aquitaine, 61 % des jeunes autistes accueillis en SESSAD le sont sur des places dont le projet s'adresse spécifiquement à ce type de handicap.

**Figure 245. Proportion des jeunes avec autisme/TED accueillis en SESSAD avec places « dédiées », par département en Nouvelle-Aquitaine**



CREAI Nouvelle Aquitaine ALPC - © Artique

Source : Enquête ES 2014 Traitement : CREAI

Si 80 % des places « agréées autisme/TED » sont occupées par des enfants porteurs de cette pathologie, les structures ou unités spécifiquement dédiées peuvent accueillir d'autres profils de handicap. Ainsi, sur les places dites dédiées, 5 % des enfants ont été décrits comme présentant une psychose infantile et 14 % une autre pathologie dont plus de la moitié une pathologie génétique (anomalie chromosomique notamment).

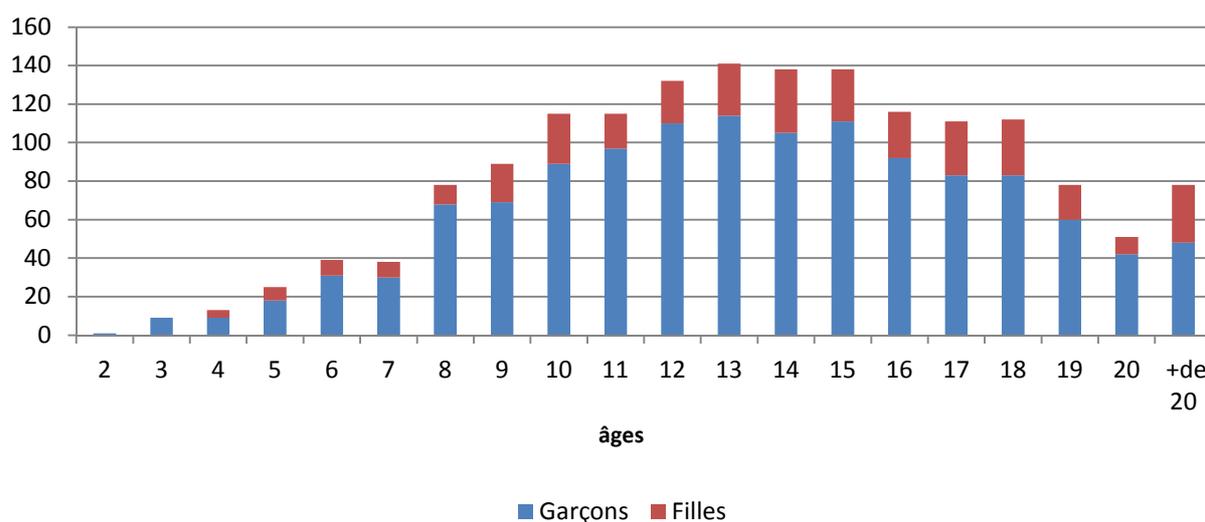
### 7.3.6. Les grandes caractéristiques des enfants avec autisme ou autres TED, une surreprésentation de garçons

Ce sont les garçons qui sont davantage représentés parmi les jeunes avec autisme et TED soit 78 % (contre 66 %, toutes pathologies confondues) et de façon plus marquée dans les structures dédiées (81 %). La répartition par âge des enfants avec « autisme ou autres TED » est sensiblement la même que pour l'ensemble des jeunes accueillis dans les établissements et services pour enfants handicapés (13,6 ans contre 13,2 en moyenne).

Ils sont légèrement plus jeunes au sein des équipements spécifiquement agréés autisme/TED (12,7 ans en moyenne contre 14,1 ans pour les jeunes « autistes/TED » présents sur des places « non dédiées »).

Notons que 8 % des enfants avec autisme ou TED sont âgés de 20 ans ou plus contre 5 % pour l'ensemble des jeunes accueillis. L'enquête ES recense **650 jeunes sous aménagement Creton en Nouvelle-Aquitaine dont 120 avec « autisme et TED »** (18 % des « Creton » alors qu'ils ne représentent que 11 % de l'ensemble des jeunes accueillis).

*Figure 246. Répartition par sexe et âge des jeunes autistes accompagnés dans le médico-social en Nouvelle-Aquitaine*

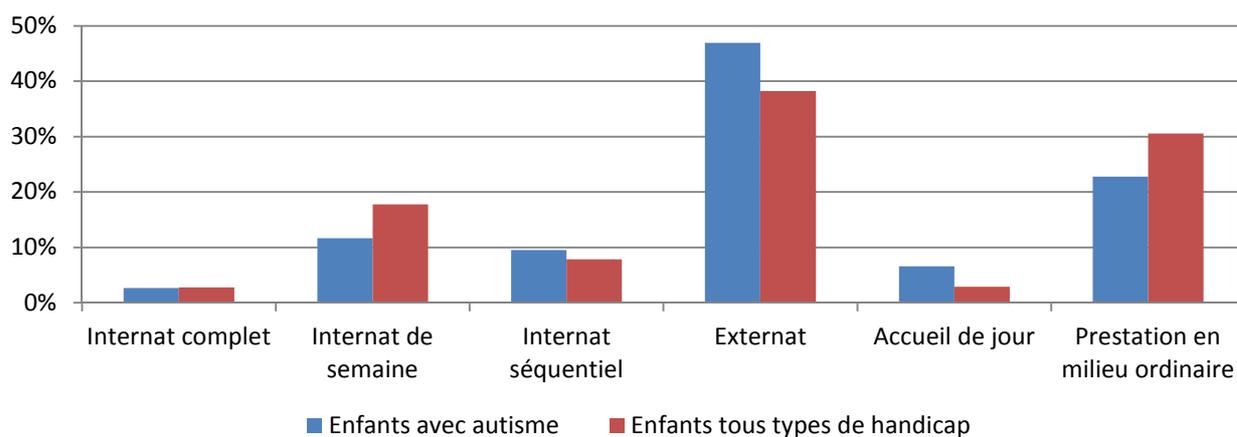


Source : Enquête ES 2014 Traitement : CREAI

### 7.3.7. Les modes d'accueil

Les jeunes avec « autisme ou autres TED » sont davantage accueillis dans un établissement en externat et moins accompagnés en milieu ordinaire de vie (en SESSAD principalement) que les enfants porteurs d'autres pathologies recensés par l'enquête ES 2014 (47 % des enfants autistes/TED sont en externat et 23 % sont suivis par un SESSAD contre respectivement 38 % et 31 %). La proportion d'enfants autistes en internat est légèrement moins importante que les autres publics (24 % contre 28 %)

**Figure 247. Répartition des enfants selon leur mode d'accueil**



Source : Enquête ES 2014    Traitement : CREAI

### 7.3.8. Autisme et déficiences

Près des trois quarts des jeunes avec autisme et autres TED présentent au moins une déficience intellectuelle (soit 74% : 22 % présentent un retard mental profond et 52 % un retard léger à moyen). La proportion d'enfants présentant au moins une déficience intellectuelle dont ceux avec retard mental sévère ou profond varie selon le mode d'accueil. Ainsi, c'est au sein des IME dédiés, que plus d'un enfant autiste/TED sur 2 présente un retard mental profond. Au-delà, les troubles psychiques sont également présents chez 58 % des enfants avec autisme/TED, dont 30 % présentant des troubles graves de la personnalité et des capacités relationnelles, hors TCC (troubles de la conduite et du comportement) isolés.

Les troubles de la parole et du langage qui sont présents pour 13 % des jeunes avec autisme et TED, sont souvent associés à une autre déficience « principale » quelle qu'elle soit.

Au total, 60 % des enfants avec autisme cumulent plusieurs déficiences ou troubles (contre 48 % pour l'ensemble des jeunes accueillis)

### 7.3.9. Autisme et incapacités

Parmi les jeunes avec autisme ou autres TED en ESMS, trois limitations apparaissent de manière plus marquée que l'ensemble des jeunes accueillis en structure médico-sociale :

- 62 % se mettent en danger par leur comportement (contre 42 % pour les autres publics toutes pathologies confondues).
- 40 % ont un comportement anormalement agressif (contre 27 % pour les autres publics toutes pathologies confondues).
- 34 % ne peuvent communiquer avec autrui sans l'aide d'un tiers (contre 14 % pour les autres publics toutes pathologies confondues).

Par ailleurs, on s'aperçoit aussi que les structures dont le projet s'adresse spécifiquement aux enfants avec autisme ou autres TED reçoivent le plus souvent des jeunes présentant des limitations plus importantes (entre catégories de structures comparables)

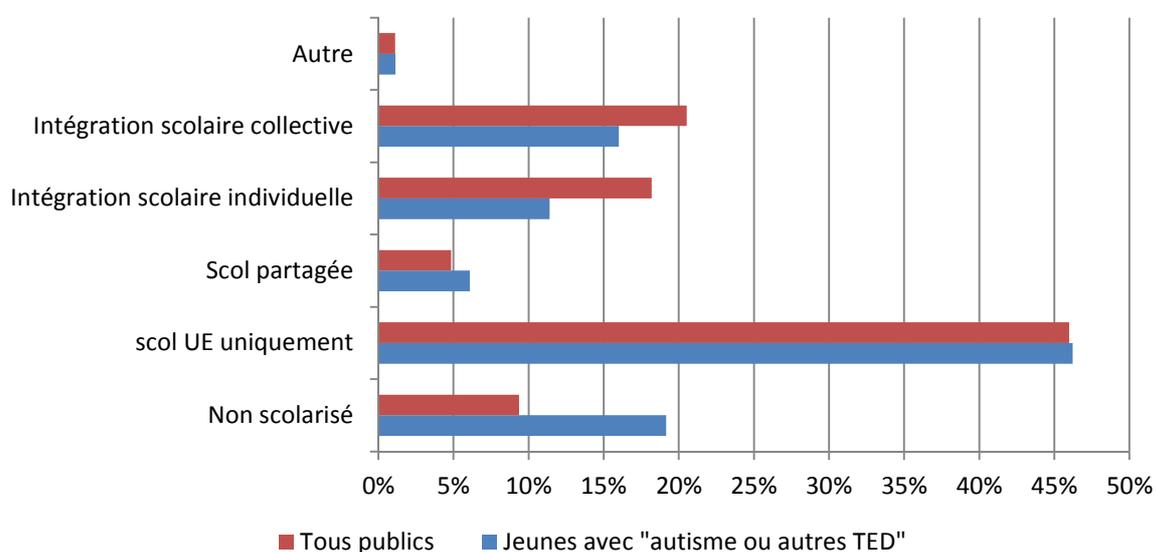
### 7.3.10. La scolarité des enfants autistes

Les jeunes autistes bénéficient moins souvent d'une scolarisation

Selon l'enquête ES 2014, près de 20 % des jeunes avec « autisme ou autre TED » ne connaissent aucune forme de scolarisation (contre 10 % pour l'ensemble des jeunes toutes pathologies confondues). Comme l'ensemble des enfants en situation de handicap, ils sont 46 % à suivre une scolarisation dans une unité d'enseignement.

L'enseignement en milieu ordinaire est moins fréquent comparé à l'ensemble des enfants. Seuls 11 % des jeunes avec autisme bénéficient d'une intégration scolaire individuelle - hors ULIS, SEGPA, EREA - (contre 18 % pour l'ensemble) et un tiers d'entre eux est à temps partiel (contre 1 sur 9 pour l'ensemble des jeunes handicapés). De la même manière, ils sont moins nombreux à bénéficier d'une intégration scolaire collective type ULIS, SEGPA, EREA (16 % contre 21 %). Les trois quarts des élèves avec « autisme/TED » âgés de 12 à 16 ans n'ont pas atteint le niveau scolaire du 2<sup>nd</sup> degré.

**Figure 248. Répartition des enfants de 3 à 16 ans selon leur mode de scolarisation en Nouvelle-Aquitaine**

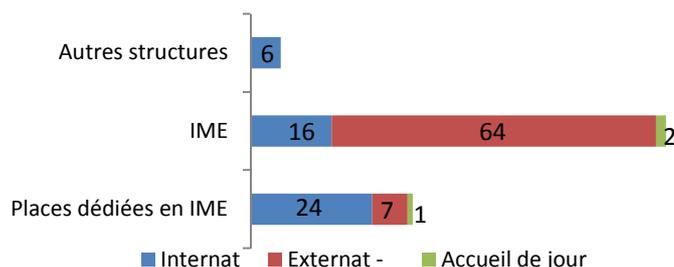


Source : Enquête ES 2014    Traitement : CREA1

### 7.3.11. Les jeunes autistes/TED sous amendement Creton

Au 31/12/2014, la Nouvelle-Aquitaine accueille 650 jeunes adultes sous amendement Creton. Parmi eux 120 jeunes présentent un autisme ou TED. Si le nombre total d'« amendements Creton » a baissé en 4 ans (-4 % environ depuis ES 2010), le nombre de jeunes adultes autistes/TED en amendement Creton a, quant à lui, augmenté : la Nouvelle-Aquitaine enregistre 28 situations supplémentaires par rapport à 2010 (+30 %). Les jeunes adultes autistes représentent 18 % de l'ensemble des personnes en amendement Creton (vs 14 % en 2010). Ils représentent par ailleurs 7 % des jeunes porteurs d'un syndrome d'autisme/TED accueillis dans le secteur médico-social (évolution nulle entre 2010 et 2014). Plus d'un quart d'entre eux occupe une place dédiée aux spécificités de l'autisme. La moyenne d'âge est de 21,6 ans.

**Figure 249. Répartition des enfants atteints de TED sous amendement Creton selon la catégorie d'établissement et modalités d'accueil en Nouvelle-Aquitaine**



Source : Enquête ES 2014 Traitement : CREAI

### 7.3.12. Les flux en 2014 les entrées

273 jeunes présentant un autisme ou autre TED sont entrés dans une structure médico-sociale au cours de l'année 2014 soit 17 % des enfants autistes/TED accueillis et 10 % de l'ensemble des enfants entrés en 2014. Les enfants avec autisme/TED, quelle que soit l'année d'entrée, sont admis dans un ESMS, en moyenne dans leur 10<sup>ème</sup> année.

En proportion, ces « nouveaux entrants » sont moins nombreux à présenter au moins une déficience intellectuelle (62 % contre 74 %) mais **plus nombreux avec au moins un trouble du psychisme** soit 65 % (vs 58 %) et notamment une part toujours importante de troubles graves de la personnalité (34 % contre 30 %). Ils présentent aussi, proportionnellement, moins de difficultés de communication : 74 % d'entre eux peuvent communiquer avec autrui sans l'aide d'un tiers (contre 66% pour l'ensemble). Ils sont répartis sur des places spécifiques et non spécifiques dans des proportions sensiblement identiques à l'ensemble des publics avec autisme (soit un peu plus d'un tiers sur des places « autisme » et deux tiers sur des places non spécifiques). En revanche, **l'accueil en SESSAD est beaucoup plus privilégié** : 19 % sont accompagnés par des SESSAD dédiés (contre 14 % pour l'ensemble) et 19 % par des SESSAD non spécifiques (contre 8 %). Ils sont proportionnellement moins nombreux à être accueillis en internat (14 % contre 24 %)

Concernant la scolarisation et en lien avec un accompagnement SESSAD plus fréquent, on constate que ces jeunes âgés de 3 à 16 ans sont **plus souvent en intégration scolaire dans un établissement de l'Éducation Nationale** que ce soit individuellement (18 % contre 11 % pour l'ensemble des « autistes » présents de 3-16 ans) que de manière collective (21 % contre 16 %). Ces « nouveaux accueillis » ne sont par ailleurs que 8 % à ne pas connaître de scolarisation (vs 19 %). Au final, ces jeunes entrants avec autisme/TED présentent des types de scolarisation identiques à l'ensemble des publics accueillis quel que soit le handicap.

#### 7.3.12.1. Les flux en 2014 les sorties

2 690 enfants sont sortis d'un établissement ou service médico-social de la Nouvelle-Aquitaine en 2014, dont **195 enfants avec autisme ou TED** (soit 7 %). Près d'un tiers de ces derniers sortent d'un établissement ou service totalement ou partiellement dédiés à l'accompagnement spécifique de ce public.

On constate un « pic de réorientation » vers l'âge de 12 ans – âge du passage au collège – proportionnellement plus important pour les enfants avec autisme TED que pour les enfants avec tout type de handicap. Parmi les jeunes de moins de 20 ans sortis d'établissements (85 enfants), près de la moitié sont réorientés vers une structure de l'enfance handicapée principalement en IME et

près d'un quart poursuivent leur scolarité dans un établissement scolaire, dont 15 % avec un accompagnement SESSAD. Les plus âgés intègrent une structure médico-sociale pour adultes (12 %). Parmi les jeunes de moins de 20 ans sortis de SESSAD (70 enfants), si plus de la moitié sont réorientés au sein du secteur médico-social pour enfants (en IME et en SESSAD), un tiers des enfants poursuivent leur scolarité en enseignement général ou professionnel sans accompagnement SESSAD (en moyenne à l'âge de 14,1 ans).

Les jeunes autistes/TED de 20 ans ou plus représentent 20% des « sorties Autistes » (40 personnes). Ils sont très peu nombreux à sortir d'un SESSAD (8). Près de la moitié des jeunes sortant d'établissement sont orientés en ESAT et près d'un quart dans un autre établissement médico-social pour adultes.

### **7.3.13. Estimation du nombre d'enfants avec autisme et autres TED, en Nouvelle-Aquitaine**

Au total, ce sont près de 6 000 jeunes présentant un autisme ou autres TED qui sont recensés par les différentes enquêtes, en Nouvelle-Aquitaine :

- Plus de la moitié dans le secteur sanitaire (57 %),
- et plus d'un quart dans le secteur médico-social (27 %).
- 1 enfant autiste/TED sur 6 est par ailleurs repéré par l'Éducation Nationale en scolarité ordinaire (non accompagné par la pédopsychiatrie ni par une structure médico-sociale).

De surcroît, près de 1 500 enfants décrits comme présentant une « psychose infantile » ont été identifiés dans les établissements médico-sociaux pour enfants 2014.

Ces données fournies par les différentes sources en Nouvelle-Aquitaine apparaissent cohérentes avec l'estimation qui peut être calculée en appliquant à la population des jeunes enfants, le taux de prévalence donnée par la HAS (1/150), et qui conduit à environ 8 600 enfants autistes dans la Région

## 7.4.FOCUS : les personnes handicapées vieillissantes accompagnées par une structure médico-sociale en Nouvelle-Aquitaine

Les personnes handicapées vieillissantes sont des personnes qui ont connu leur situation de handicap avant de connaître les effets du vieillissement. En Nouvelle-Aquitaine, en 2014, plus de 8 000 Personnes handicapées vieillissantes (PHV) âgées de 50 ans ou plus sont prises en charge en établissement médico-social : 7 500 sont accueillies par des établissements et services en faveur des personnes handicapées (soit 30 % de l'ensemble des personnes accueillies) et environ 600 personnes handicapées en établissements pour personnes âgées.

### 7.4.1. L'accueil des PHV en établissements et services pour personnes handicapées

La région Nouvelle-Aquitaine doit faire face au vieillissement de sa population qui concerne également les personnes handicapées qui y sont accueillies. Il est ainsi nécessaire d'ajuster l'offre d'hébergement et d'accompagnement aux besoins de cette population en augmentation. Le nombre de places dédiées aux personnes handicapées vieillissantes de 60 ans ou plus a augmenté de plus de 70 % entre 2010 et 2014, pour atteindre 878 places dédiées en 2014. Cependant, le nombre de personnes handicapées vieillissantes accueillies ayant rapidement augmenté, cet effort ne semble pas suffisant pour couvrir les besoins effectifs en termes d'accueil de personnes handicapées vieillissantes.

De plus, cette offre reste très inégalement répartie sur le territoire de Nouvelle-Aquitaine. Le nombre PHV de plus de 60 ans réellement accueillies pour 1 place dédiée est de 2,1 pour la région (878 places dédiées pour 1 823 PHV accueillies) et oscille entre 15,0 en Vienne et 1,1 en Charente.

*Figure 250. Nombre de places dédiées PHV de 60 ans ou plus comparé à l'accueil effectif des PHV de 60 ans ou plus au 31/12/2014 en Nouvelle-Aquitaine*

	Nombre de personnes PHV pour 1 place dédiée
Charente	1,1
Charente-Maritime	12,6
Corrèze	1,4
Creuse	2,2
Dordogne	2,8
Gironde	2,3
Landes	5,5
Lot-et-Garonne	1,5
Pyrénées-Atlantiques	1,9
Deux-Sèvres	1,5
Vienne	15,0
Haute-Vienne	2,1
<b>Nouvelle-Aquitaine</b>	<b>2,1</b>

Source : CREA I - DREES ES 2014

*Figure 251. Localisation des établissements ayant des places dédiées de PHV en Nouvelle-Aquitaine*



CREAI Nouvelle Aquitaine ALPC - © Articque

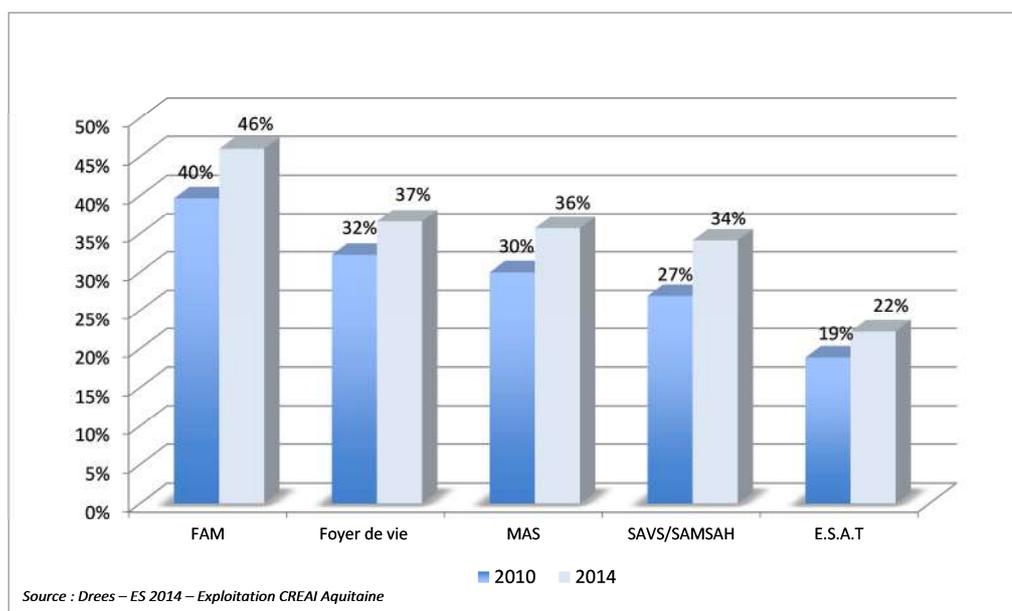
Cette offre disparate doit s'adapter à un public confronté à une accumulation des difficultés. En effet, aux handicaps et déficiences s'ajoutent les incapacités liées au vieillissement. Dans chaque département est implanté au moins un établissement avec des places dédiées. Cependant, le maillage territorial des places réservées PHV met en avant une répartition inégale de ces places sur le territoire. En effet, les Pyrénées-Atlantiques, les Deux-Sèvres et la Corrèze regroupent, à eux seuls, plus de la moitié des établissements qui ont des places réservées PHV sur la Nouvelle-Aquitaine. A l'inverse, la Creuse, la Vienne et la Dordogne sont des départements très peu couverts par les établissements ayant des places réservées PHV. Cette population handicapée vieillissante se répartit au sein de différents établissements et services médico-sociaux pour adultes handicapés qui offrent chacun un accompagnement spécifique. En Nouvelle-Aquitaine, en 2014, 46 établissements bénéficient de places réservées aux personnes handicapées vieillissantes. Les foyers d'accueil médicalisés (FAM), qui ont notamment été créés afin

de prendre en charge la population vieillissante des foyers de vie/occupationnels et leurs problèmes de santé croissants, sont parmi les catégories d'établissements les mieux dotées en places dédiées après les foyers de vie/occupationnels. Près de 70 % des SAMSAH accompagnent ces personnes. Les SAVS ne bénéficient que de 17 places dédiées PHV sur la région (majoritairement en Haute-Vienne) pour un accueil effectif de 349 personnes handicapées vieillissantes.

#### 7.4.2. Typologie des PHV accueillies en établissements et services pour personnes handicapées

En Nouvelle-Aquitaine, la **proportion de personnes handicapées âgées de 50 ans ou plus accompagné dans le médico-social** est passée de 26 % en 2010 à **30 % en 2014**. Cette évolution a impacté chaque catégorie d'établissement. La Corrèze détient le taux le plus élevé de Nouvelle-Aquitaine de PHV accueillies dans les établissements pour adultes handicapés (37 %).

*Figure 252. Taux de personnes âgées de 50 ans et plus accueillies en établissement pour personnes handicapées par catégorie d'établissement en Nouvelle-Aquitaine*



Les FAM restent les établissements où le taux de personnes âgées vieillissantes est le plus important. A l'inverse, les ESAT sont ceux qui comptent le moins de PHV, en raison du départ à la retraite des travailleurs handicapés à la fin de leur carrière professionnelle.

L'évolution la plus significative a eu lieu au sein des services d'accompagnement en milieu ordinaire (SAVS et SAMSAH) où le taux de personnes âgées de 50 ans ou plus a augmenté de 7,2 points en quatre ans. Ces services jouent donc un rôle important pour répondre aux souhaits de personnes handicapées vieillissantes qui n'ont, le plus souvent, pas connu de prise en charge institutionnelle de poursuivre une vie à domicile. La demande en la matière va aller croissante rendant nécessaire le développement des SAVS et SAMSAH (ainsi que des autres dispositifs permettant le soutien à domicile comme les SSIAD et les SAD).

La grande majorité (79 %) des PHV se situe dans la tranche d'âge de 50 et 59 ans et 19 % ont entre 60 et 69 ans. Les personnes handicapées de 70 ans et plus ne sont que très peu présentes dans ces établissements et services (2 %). Les personnes de 60 ans et plus sont essentiellement accueillies en foyer de vie.

**La part des 60 ans et plus augmente progressivement.** Au vu des effectifs des personnes handicapées qui ont entre 50 et 60 ans, l'amplification du vieillissement va se poursuivre dans les années à venir. Une réflexion est donc nécessaire afin d'anticiper le vieillissement de la population handicapée et d'adapter l'offre à ces nouveaux besoins.

**Les hommes sont majoritaires (59%)** parmi les personnes handicapées de 50 ans ou plus, tout comme chez les moins de 50 ans.

**Une des pathologies les plus présentes** chez les personnes handicapées vieillissantes de 50 ans et plus, est liée à **l'autisme, à des TED ou à une psychose infantile** à hauteur de **18 %**.

*Figure 253. Répartition des pathologies des personnes handicapées vieillissantes accueillies dans des établissements pour adultes handicapés selon la catégorie d'établissement en Nouvelle-Aquitaine*

	E.S.A.T	Foyer Poly	MAS	FO	FAM	SAMSAH	SAVS
<i>Autisme, TED, psychose infantile</i>	<b>12,2 %</b>	<b>15,2 %</b>	<b>32,9 %</b>	<b>21,4 %</b>	<b>30,3 %</b>	0,6 %	5,6 %
<i>Psychose (dès adolescence)</i>	7,5 %	0,0 %	2,7 %	7,0 %	9,7 %	15,9 %	4,8 %
<i>Trisomie</i>	3,7 %	12,5 %	7,6 %	8,4 %	8,4 %	0,0 %	0,3 %
<i>Accidents périnataux</i>	5,2 %	8,9 %	15,7 %	9,4 %	13,5 %	2,5 %	2,5 %
<i>Traumatisme crânien</i>	4,1 %	2,7 %	10,1 %	3,8 %	13 %	19,3 %	3,2 %
<i>Pathologie génétique</i>	2,8 %	2,7 %	6,8 %	4,3 %	2,8 %	8,7 %	1 %
<i>Autres pathologies</i>	23,2 %	17,0 %	15,9 %	20,5 %	16,50 %	<b>48,3 %</b>	18,9 %
<i>Pathologie inconnue</i>	33,5 %	40,2 %	7,7 %	20,7 %	3,5 %	4,5 %	<b>57,4 %</b>
<i>Aucune pathologie</i>	7,9 %	0,9 %	0,6 %	4,6 %	1,8 %	0,3 %	6,3 %

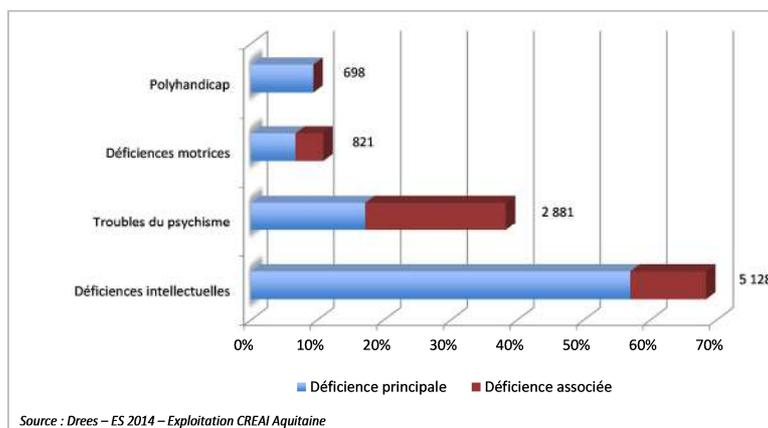
Source : Drees – ES 2014 – Exploitation CREAI Aquitaine

Près **de 70 % des personnes handicapées de 50 ans ou plus** souffrent de déficiences intellectuelles. Des troubles du psychisme sont observés pour près de 40 % d'entre elles.

Le polyhandicap et les déficiences motrices touchent chacun près de 10 % de cette population. Les troubles de la parole et du langage, les déficiences visuelles, le plurihandicap, les déficiences viscérales, métaboliques et nutritionnelles ne sont citées qu'à hauteur de moins de 5 % chacun. Cela ne signifie pas que les personnes handicapées vieillissantes ne souffrent pas de ces déficiences, mais qu'elles souffrent de déficiences plus importantes, laissant ces dernières au troisième plan<sup>71</sup>.

<sup>71</sup> L'enquête ES permet de répertorier la déficience principale, plus une autre déficience éventuelle associée.

**Figure 254. Nature des déficiences principales et associées des personnes de 50 ans ou plus accueillies dans un établissement pour adultes handicapés en Nouvelle-Aquitaine**



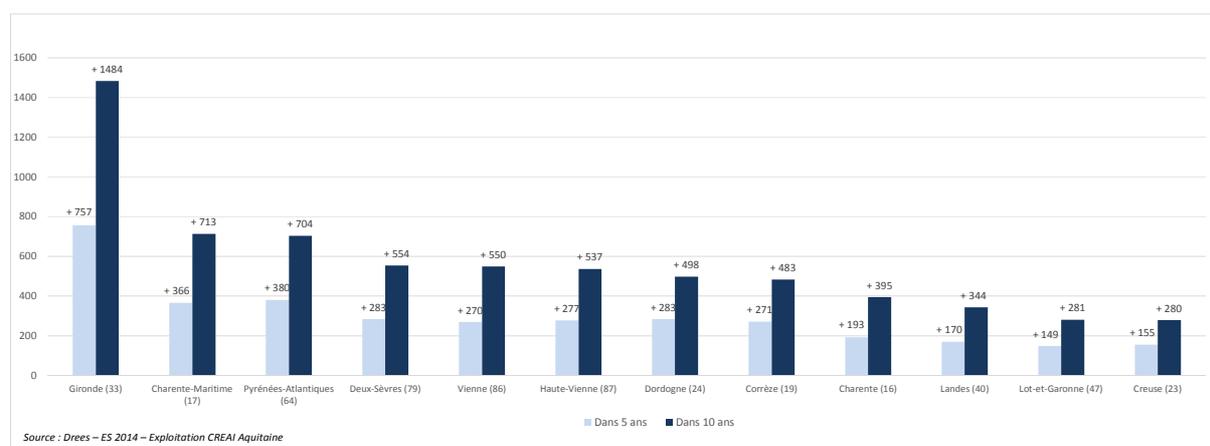
La pathologie pèse sur le niveau de dépendance des personnes et leur besoin d'accompagnement mis en œuvre par les établissements médico-sociaux. En fonction de l'établissement dans lequel elles sont accueillies, les personnes handicapées vieillissantes présentent des incapacités plus ou moins importantes pour accomplir des actes de la vie quotidienne.

Les MAS et les FAM sont les structures où les personnes handicapées vieillissantes sont les plus dépendantes.

### 7.4.3. Projection sur l'évolution démographique des PHV accueillies en établissements et services pour personnes handicapées en région

Au vu des effectifs des personnes handicapées de 40 ans et plus accueillies en 2014 dans les établissements médico-sociaux pour adultes handicapés en Nouvelle-Aquitaine, des projections sur l'évolution démographique des PHV peuvent être réalisées. Ainsi, en 2024, en l'absence de décès et de migrations, en Nouvelle-Aquitaine, 6 800 personnes handicapées seront âgées de 50 ans et plus et s'ajouteront aux 7 500 déjà accompagnées en 2014, soit pratiquement un doublement des effectifs actuels.

**Figure 255. Évolution du nombre de PHV de 50 ans ou plus par département en Nouvelle-Aquitaine**



#### 7.4.4. Les adultes handicapés accueillis en établissement pour personnes âgées

En Nouvelle-Aquitaine, environ 600 personnes handicapées de 50 ans et plus sont accueillies dans des établissements pour personnes âgées, soit 7 % des PHV de la région. 29 % de ces adultes en situation de handicap sont accueillies dans des structures de Charente-Maritime. La grande majorité (92 %) est hébergée en EHPAD. 55 % des PHV accueillies en établissements pour personnes âgées sont âgées de 65 ans ou plus.

Un tiers des personnes handicapées accueillies en EHPAD présentent une perte d'autonomie très importante (évalués GIR<sup>72</sup> 1 ou 2). La plupart (41 %) ont des limitations pour les actes de la vie quotidienne mais conservent leurs capacités mentales et une partie de leur mobilité (GIR 3 et 4)

---

<sup>72</sup> Groupe Iso Ressource. La grille AGGIR est constituée de 6 GIR allant de la dépendance la plus lourde (GIR 1) à l'absence de perte d'autonomie (GIR 6)

## 8. PATHOLOGIES OU PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

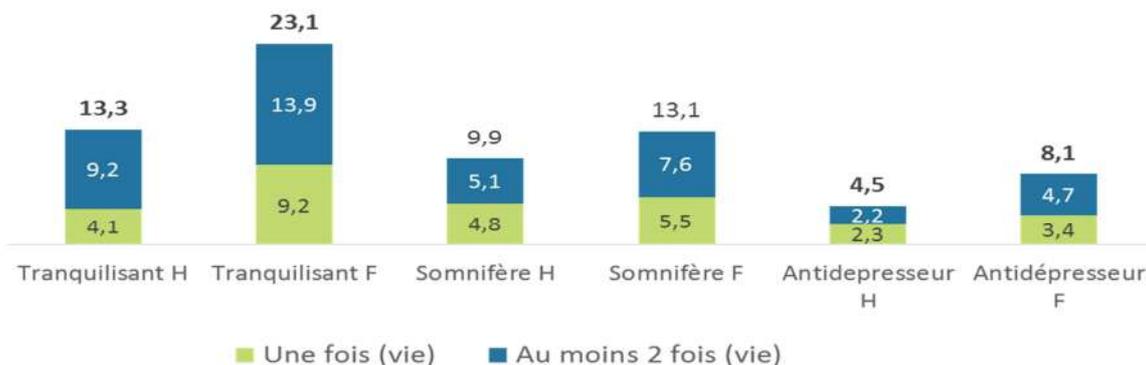
### 8.1. La santé mentale

#### 8.1.1. La santé mentale chez les jeunes

##### 8.1.1.1. La consommation de médicaments psychotropes

D'après l'enquête Escapad, un quart des jeunes de 17 ans de Nouvelle-Aquitaine déclare avoir déjà consommé un médicament psychotrope au cours de leur vie. Cette proportion est identique en France. Les tranquillisants sont plus fréquemment ingérés (17 %), suivis des somnifères (12 %) et des antidépresseurs (6 %). La consommation est plus élevée pour les filles (30 %) que chez les garçons (18 %), excepté pour les somnifères où les niveaux de consommation sont identiques.

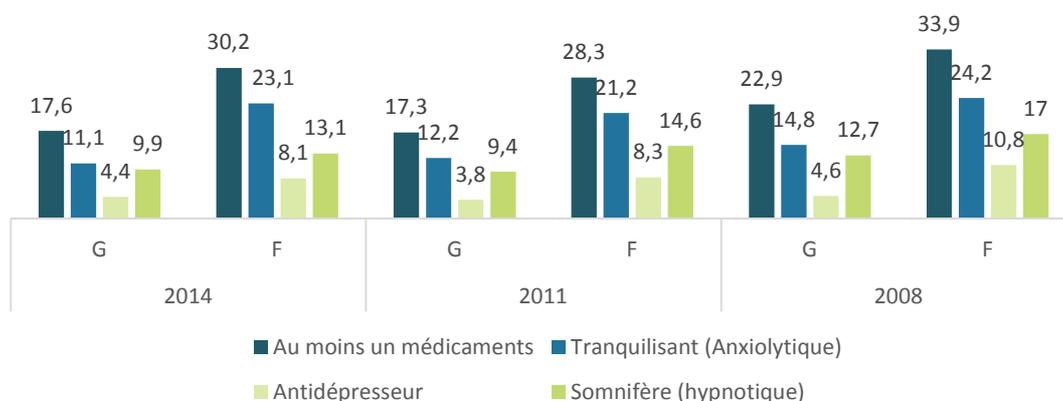
*Figure 256. Fréquence de consommation des médicaments psychotropes des jeunes de 17 ans de Nouvelle-Aquitaine selon le sexe et le médicament (en %)*



Source : Enquête Escapad 2014 et 2008, OFDT  
Exploitation ORS  
En gras : différence significative selon le sexe (à 5 %)

Chez les garçons comme chez les filles, la consommation de médicaments psychotropes a diminué entre 2008 et 2014, particulièrement pour les somnifères chez les deux sexes, les tranquillisants chez les garçons (15 % en 2008 à 11 % en 2014) et les antidépresseurs chez les filles (11 % en 2008, 8 % en 2011 et 2014).

**Figure 257. Évolution de la consommation des médicaments psychotropes des jeunes de 17 ans de Nouvelle-Aquitaine selon le sexe et le médicament entre 2008, 2011 et 2014 (en %)**



Source : Enquête Escapad 2014 2011 et 2008, OFDT  
Exploitation ORS

### Les tranquillisants sont les médicaments psychotropes les plus souvent remboursés chez les jeunes

En 2016, le remboursement de tranquillisants a concerné près de 24 000 jeunes de moins de 20 ans en Nouvelle-Aquitaine, soit 18 jeunes sur 1 000 de cette tranche d'âge. Environ 58 % de ces consommateurs sont des filles. Des différences départementales sont notées allant de 15 ‰ en Pyrénées Atlantiques à 24 ‰ en Charente.

### Les remboursements de neuroleptiques et d'antidépresseurs concernent 5 jeunes sur 1 000 en 2016 en Nouvelle-Aquitaine

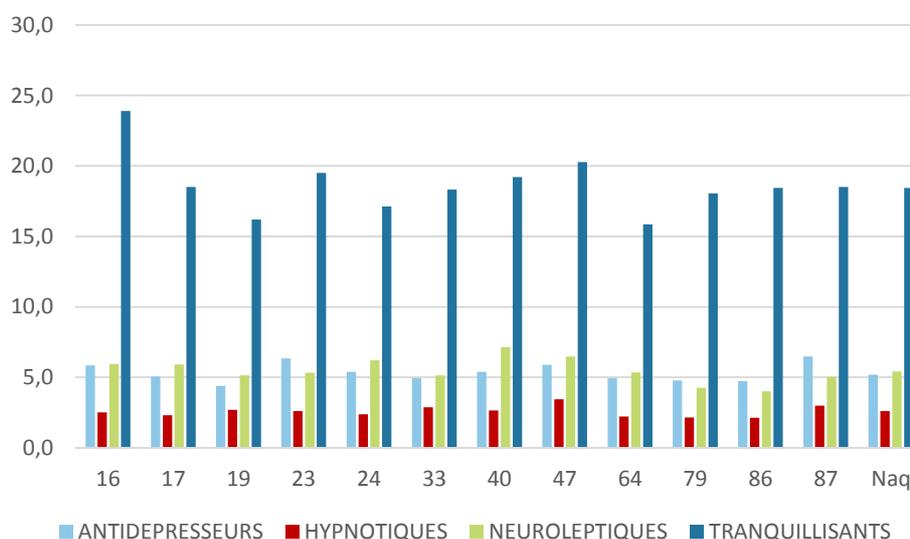
Un peu plus de 7 000 jeunes ont eu un remboursement de neuroleptiques en 2016 en Nouvelle-Aquitaine, soit 5,4 jeunes sur 1000 habitants du même âge. Plus de 7 remboursements sur 10 concernent des garçons. Par département, peu de différences sont notées, à part un taux brut élevé pour les Landes.

Plus de 6 700 jeunes ont eu un remboursement d'antidépresseurs en 2016 en Nouvelle-Aquitaine, soit 5,2 jeunes sur 1 000 habitants du même âge. Plus de 6 remboursements sur 10 concernent des filles. Par département, peu de différences sont notées.

### Le remboursement d'hypnotiques concerne également 2 jeunes sur 1 000 en 2016 en Nouvelle-Aquitaine

Plus de 3 300 jeunes ont eu un remboursement d'hypnotiques en 2016 en Nouvelle-Aquitaine, soit 2,6 jeunes sur 1000 habitants du même âge. Plus de la moitié (54 %) des remboursements concernent les filles. Par département, peu de différences sont notées.

**Figure 258. Taux bruts de résidents de Nouvelle-Aquitaine de moins de 20 ans ayant consommé des médicaments psychotropes selon le département et le type de psychotropes, en 2016 (pour 1 000 jeunes)**



Sources : ARS (données de remboursements inter-régimes 2015), Insee RP 2013  
Exploitation ORS

### 8.1.1.2. Les tentatives de suicides et la mortalité par suicide

#### Les déclarations de pensées suicidaires et de tentatives de suicide à 17 ans

Les enquêtes chez les jeunes sont nombreuses et complémentaires les unes des autres. Elles permettent d'estimer le phénomène suicidaire aussi bien en population générale qu'en milieu scolaire ou en apprentissage. Le tableau suivant recense de manière non exhaustive les différentes enquêtes chez les jeunes menées en partie ou en totalité sur le territoire de la Nouvelle-Aquitaine. Quelle que soit l'enquête, les déclarations d'idées suicidaires et de tentatives de suicides sont plus élevées chez les filles que chez les garçons. La proportion de tentatives de suicide déclarées est différente selon la filière scolaire dans certaines enquêtes. Ainsi, les filles de 17 ans<sup>73</sup> de la filière agricole sont près de 18 % à avoir fait au moins une tentative de suicide donnant lieu à une hospitalisation au cours de leur vie contre moins de 13 % chez celles en filière générale et technologique. Chez les garçons, en revanche, la différence n'est pas significative et ils sont environ 7 % à avoir fait au moins une tentative de suicide, toute filière confondue. Dans l'enquête ESPAD<sup>74</sup> en ex-Poitou-Charentes [6], les élèves issus des lycées professionnels ont également des proportions plus importantes de tentatives de suicides par rapport aux lycées généraux et technologiques (18 % vs 7 %). Dans l'étude sur les apprentis<sup>75</sup>, les proportions de pensées suicidaires ou de tentatives de suicide diffèrent selon la filière de formation et sont particulièrement élevées dans l'hôtellerie, la

<sup>73</sup> ESCAPAD est une enquête sur la santé, les consommations d'alcool, de tabac, d'autres drogues et les modes de vie. Elle a été proposée du 17 au 21 Mars 2014 à 20 000 jeunes de 17 ans appelés à la Journée Défense Citoyenneté, dans l'ensemble des centres du territoire français par l'OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies).

<sup>74</sup> ESPAD est une enquête quadriennale en milieu scolaire de renommée scientifique internationale. Elle concerne les élèves de lycées, publics comme privés, généraux et technologiques comme professionnels. En 2015, 3 régions bénéficient d'un sur-échantillon régional représentatif dont l'ex-Poitou-Charentes avec 25 établissements concernés, 50 classes et 1 318 élèves

<sup>75</sup> Enquête initiée et mise en place par l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS), l'Agence régionale de formation tout au long de la vie (ARFTLV), le Conseil régional et l'ORS Poitou-Charentes. L'enquête quantitative a eu lieu en 2012 sur 82 sites d'enseignement (CFA) auprès de 3 100 apprentis du Poitou-Charentes.

restauration, la production alimentaire et la cuisine. La proportion de jeunes ayant déclaré avoir fait plusieurs tentatives de suicides est de 3 %, proportion identique selon le sexe ou le type de lycée.

**Figure 259. Proportion de pensées suicidaires au cours de l'année et de tentatives de suicides au cours de la vie déclarées selon les enquêtes chez les jeunes menées intégralement ou partiellement sur le territoire Nouvelle-Aquitaine (en %)**

	Collégiens et lycéens 2007-2008 ex-Limousin [2]	Apprentis 2012 Poitou-Charentes [3]	INSERM 2013 [4]	ESCAPAD 2014 [5]	ESPAD 2015 Poitou-Charentes [6]
<b>Caractéristiques des enquêtés</b>	2 095 élèves de l'ex-Limousin en 4 <sup>ème</sup> , 2 <sup>nde</sup> et terminale	3 100 apprentis de 15-16 ans en ex-Poitou-Charentes	15 235 élèves de 13 à 18 ans (dont 4 000 de l'ex-Poitou-Charentes)	22 023 élèves de 17 ans (dont 1 930 en Nouvelle-Aquitaine)	1 318 lycéens de l'ex-Poitou-Charentes (1318)
<b>Proportion d'idées suicidaires (année)</b>					
Hommes	13,5 %	3,1 %	-	6,9%	9,1 % (*)
Femmes	24,6 %	6,8 %	-	14,0%	18,6 % (*)
<b>Proportion de tentatives de suicides déclarées (vie)</b>					
Hommes	4,6 %	5,3 %	7,0 %	1,7 %	6,9 %
Femmes	12,1 %	22,3 %	15,8 %	3,9 %	13,5 %

(\*) : il s'agit de ceux qui déclarent avoir envie de mourir - Exploitation ORS

En 2014, 14 % des filles et 7 % des garçons de 17 ans habitant en Nouvelle-Aquitaine ont déclaré avoir pensé au suicide au cours de l'année écoulée. Ces proportions sont identiques en France métropolitaine et ont diminué depuis 2008.

**Figure 260. Déclaration de pensées suicidaires ayant entraîné une consultation hospitalière selon le sexe en Nouvelle-Aquitaine en 2008, 2011 et 2014 (en %)**



Source : Enquête Escapad 2014, 2011 et 2008, OFDT  
Exploitation ORS

### Les déclarations de tentatives de suicides ayant entraîné une consultation à l'hôpital

En 2014, 4 % des filles et 2 % des garçons de 17 ans habitant en Nouvelle-Aquitaine ont déclaré avoir déjà fait une tentative de suicide ayant entraîné une consultation à l'hôpital. Ces proportions sont identiques en France métropolitaine et en 2008 et 2011.

## Les hospitalisations en MCO suite à une tentative de suicide

En 2015, près de 1 850 séjours hospitaliers pour une tentative de suicides ont été enregistrés pour des jeunes de 10 ans à moins de 20 ans résidant en Nouvelle-Aquitaine. Près de 80 % de ces séjours ont concerné des jeunes filles. Les séjours d'adolescents de 10-14 ans représentent un tiers de l'ensemble.

Les taux de séjour s'élèvent à 179 pour 100 000 jeunes de 10-14 ans et 379 à 15-19 ans. Ils sont nettement plus élevés que les taux nationaux (120 et 260 pour 100 000 soit environ + 50 %).

Les taux de séjours sont plus élevés chez les filles que les garçons. Le taux féminin est quatre fois plus élevé pour l'ensemble des jeunes 10-19 ans mais l'hospitalisation pour tentative de suicide est plus précoce chez les filles. Le taux féminin est en effet cinq fois plus élevé à 10-14 ans et l'écart diminue à 3,6 à 15-19 ans (3,1 en France).

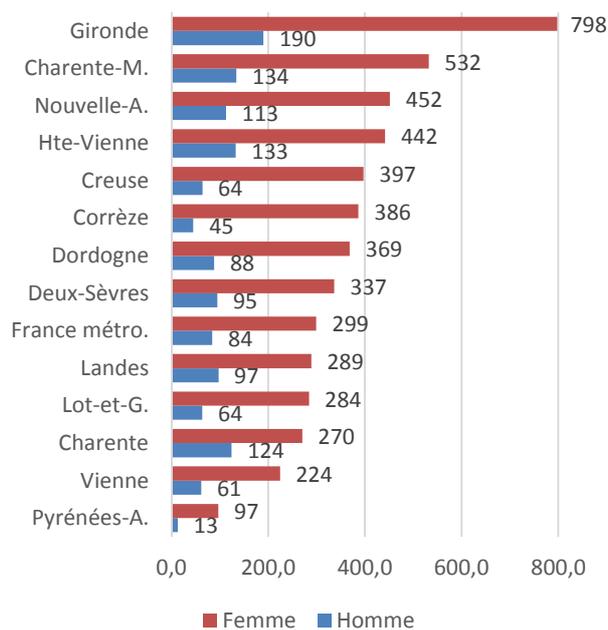
Les taux de séjours pour 100 000 garçons ou filles sont très différents selon les départements. Ils sont notamment très faibles dans les Pyrénées-Atlantiques et à l'opposé très élevés en Gironde. Ces écarts importants renvoient aux pratiques d'hospitalisation dans les territoires, certains services d'urgence orientant des patients vers les services de psychiatrie.

*Figure 261. Nombre de séjours hospitaliers en médecine et chirurgie pour tentative de suicide et taux bruts de recours à l'hospitalisation (pour 100 000 jeunes) en 2015*

	nb séjours 10-19 ans	taux 10-14 ans	taux 15-19 ans
Charente	76	123,6	271,1
Charente-Maritime	229	161,2	498,2
Corrèze	52	208,0	203,7
Creuse	26	162,6	283,6
Dordogne	98	126,1	331,9
Gironde	897	362,4	610,1
Landes	84	92,5	305,5
Lot-et-Garonne	63	119,9	227,5
Pyrénées-Atlantiques	40	21,0	86,7
Deux-Sèvres	91	77,5	368,7
Vienne	74	83,8	197,0
Haute-Vienne	118	189,9	373,1
Nouvelle-Aquitaine	1848	178,9	378,8
France métropolitaine	14653	120,0	260,2

Sources : Atih, Insee – Exploitation ORS

**Figure 262. Taux bruts de recours à l'hospitalisation en médecine ou chirurgie pour tentative de suicide, pour 100 000 garçons ou filles de 10-19 ans, en 2015**



Sources : Atih, Insee – Exploitation ORS

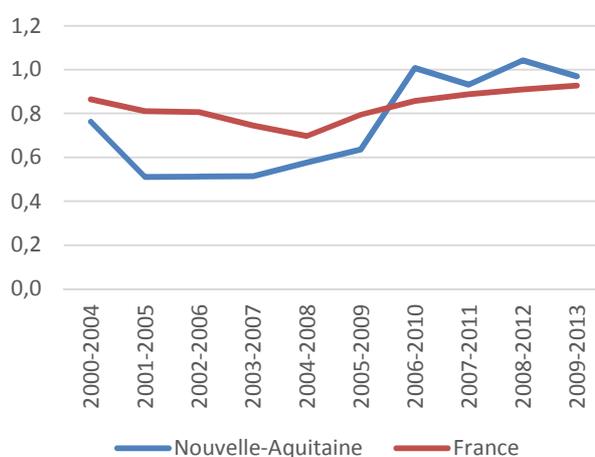
## La mortalité par suicide

Au cours de la période 2009-2013, 17 jeunes de Nouvelle-Aquitaine sont décédés chaque année en moyenne par suicide. 80 % de ces décès sont masculins et près de 20 % sont survenus chez des adolescents âgés de 10 à 14 ans.

Le taux de mortalité par suicide des adolescents de 10-14 ans reste en dessous de 1 pour 100 000. Mais alors que le taux diminuait au début des années 2000, il tend à augmenter depuis le milieu de la décennie.

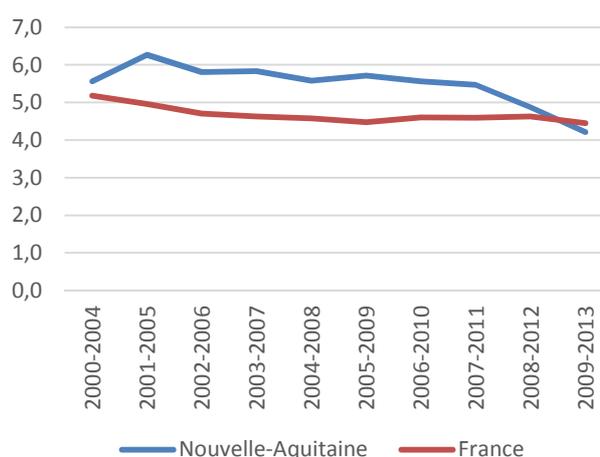
Chez les jeunes de 15-19 ans, le taux tend à diminuer cours de la période 2000-2013 et passe sous la barre des 5 pour 100 000 dans les années 2010.

**Figure 263. Taux de mortalité par suicides des jeunes de 10-14 ans (pour 100 000) en Nouvelle-Aquitaine**



Sources : CépiDC, Insee – Exploitation ORS

**Figure 264. Taux de mortalité par suicides des jeunes de 15-19 ans (pour 100 000) en Nouvelle-Aquitaine**



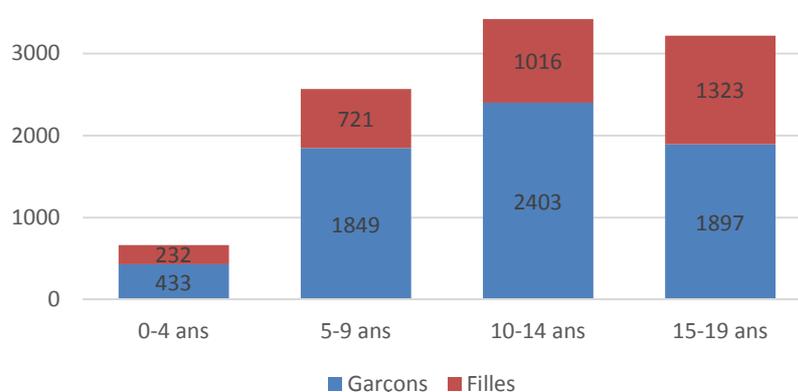
Sources : CépiDC, Insee – Exploitation ORS

### 8.1.1.3. Les affections psychiatriques de longue durée (ALD23)

#### La prévalence des ALD23

Au 31 décembre 2014, 9 870 jeunes de moins de 20 ans résidant en Nouvelle-Aquitaine sont inscrits dans le dispositif des affections de longue durée pour une affection psychiatrique (ALD23). Un tiers d'entre eux est âgé de moins de 10 ans. Le nombre de jeunes en ALD23 augmente avec l'âge jusqu'à 10-14 ans puis il diminue à 15-19 ans. Les garçons (6 580) représentent les deux tiers de l'ensemble des moins de 20 ans, mais environ 70 % des jeunes de moins de 15 ans et moins de 60 % de la classe d'âge des 15-19 ans.

**Figure 265. Jeunes de moins de 20 ans résidant en Nouvelle-Aquitaine bénéficiant d'une prise en charge en ALD pour affections psychiatriques au 31-12-2014, selon le sexe et l'âge**



Sources : Cnamts, CCMSA, RSI  
Exploitation ORS

Les pathologies les plus représentées sont les troubles du développement psychologique (37 %), essentiellement des troubles envahissant du développement (TED). Les retards mentaux, les malformations congénitales et anomalies chromosomiques rassemblent un quart des jeunes pris en charge au titre d'une ALD 23. Deux groupes de handicaps ou de maladies : les troubles du comportement ou émotionnels apparaissant dans l'enfance et l'adolescence et les troubles spécifiques de la personnalité regroupent chacun 13 % des personnes.

Deux groupes de pathologies ou handicaps dominant chez les plus jeunes enfants : les troubles du développement psychologiques et les anomalies chromosomiques. Chez les enfants de 5-9 ans, les troubles du développement psychologique sont majoritaires. Chez ceux de 10-14 ans, s'y ajoutent les troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant dans l'enfance et l'adolescence. Pour les personnes de 15-19 ans, les troubles du développement psychologique restent les plus nombreux mais les troubles spécifiques de la personnalité prennent du poids ainsi que d'autres causes, essentiellement les troubles de l'humeur et la schizophrénie.

Jeunes de moins de 20 ans résidant en Nouvelle-Aquitaine (n = 9 870) et en France (n = 112 350) bénéficiant d'une prise en charge en ALD pour affections psychiatriques au 31-12-2014, selon la famille de pathologies ou de handicaps et l'âge (pour 100)

**Figure 266. Jeunes de moins de 20 ans résidant en Nouvelle-Aquitaine (n = 9 870) et en France (n = 112 350) bénéficiant d'une prise en charge en ALD pour affections psychiatriques au 31-12-2014, selon la famille de pathologies ou de handicaps et l'âge (pour 100)**

Nouvelle-Aquitaine	0-4 ans	5-9 ans	10-14 ans	15-19 ans	0-19 ans
Tr. du développement psychologique et des acquisitions	40,0	51,7	39,9	21,5	36,9
Retard mental, malformations congénitales*	52,5	25,4	21,8	21,4	24,7
Tr. du comportement et émotionnels apparaissant dans l'enfance et l'adolescence	3,3	10,9	16,6	12,6	13,0
Tr. de la personnalité et du comportement	2,1	7,6	13,0	18,7	12,7
Autres	2,1	4,4	8,7	25,8	12,7
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

France	0-4 ans	5-9 ans	10-14 ans	15-19 ans	0-19 ans
Tr. du développement psychologique et des acquisitions	37,4	49,1	39,2	23,0	36,9
Retard mental et malformations congénitales	58,0	34,6	31,0	30,6	34,3
Tr. du comportement et émotionnels apparaissant dans l'enfance et l'adolescence	1,3	6,1	11,3	15,5	10,2
Tr. de la personnalité et du comportement	2,0	6,9	10,5	7,3	7,8
Autres	1,3	3,3	8,0	23,6	10,8
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Sources : Cnamts, CCMSA, RSI

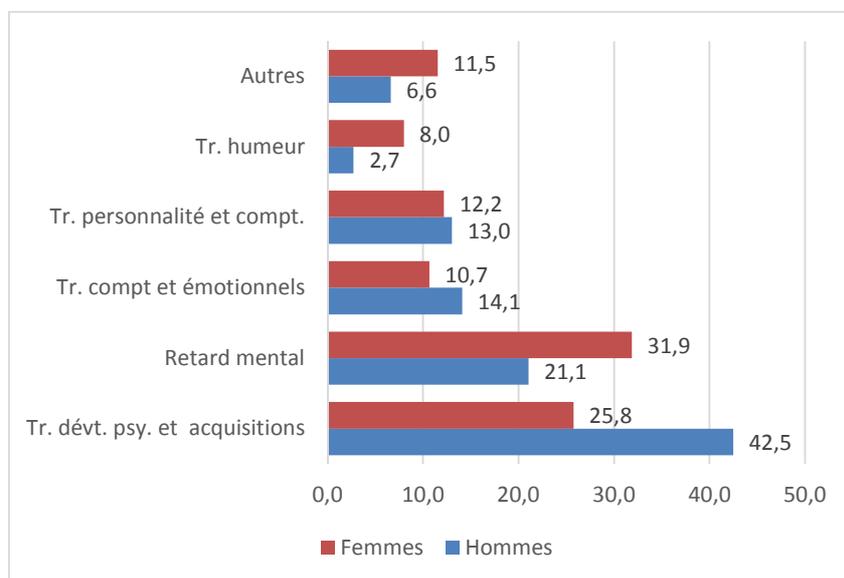
Exploitation ORS

\*et anomalies chromosomiques

Garçons et filles ne présentent pas les mêmes troubles. Les troubles du développement psychologique et des acquisitions et les troubles du comportement et émotionnels apparaissant dans l'enfance et l'adolescence sont plus représentés chez les garçons. Chez les filles, les retards mentaux, malformations congénitales et anomalies chromosomiques ont un poids plus important, ainsi que les troubles de l'humeur et, parmi les autres causes, les troubles des conduites alimentaires et les troubles névrotiques liés à des facteurs de stress et somatoformes.

Des écarts du même ordre sont observés entre garçons et filles à l'échelle nationale.

**Figure 267. Jeunes de moins de 20 ans résidant en Nouvelle-Aquitaine bénéficiant d'une prise en charge en ALD pour affections psychiatriques au 31-12-2014, selon la famille de pathologies ou de handicaps et le sexe (n = 9 874), pour 100 garçons et 100 filles**



Sources : Cnamts, CCMSA, RSI

Exploitation ORS

\*Troubles du comportement et émotionnels apparaissant dans l'enfance et l'adolescence

Les 9 874 jeunes correspondent à un taux standardisé de personnes en ALD23 égal à 776,7 pour 100 000 jeunes de moins de 20 ans, taux supérieur au taux national (707,0). Le taux est plus élevé chez les garçons (1006,7) que les filles (534,6) et dans les deux cas supérieur au taux national correspondant (926,8 et 476,4).

Les écarts d'intensité du taux sont très importants à l'échelle des départements. Les taux les plus élevés de l'ordre de 1 050 pour 100 000 observés dans la Creuse et en Gironde correspondent au double des plus faibles, de l'ordre de 450 pour 100 000, observés dans la Haute-Vienne et la Vienne. Les taux sont supérieurs à la valeur moyenne nationale dans quatre départements, équivalent dans trois et inférieurs dans les cinq autres.

Ces écarts d'intensité entre territoires sont plus marqués chez les garçons que chez les filles.

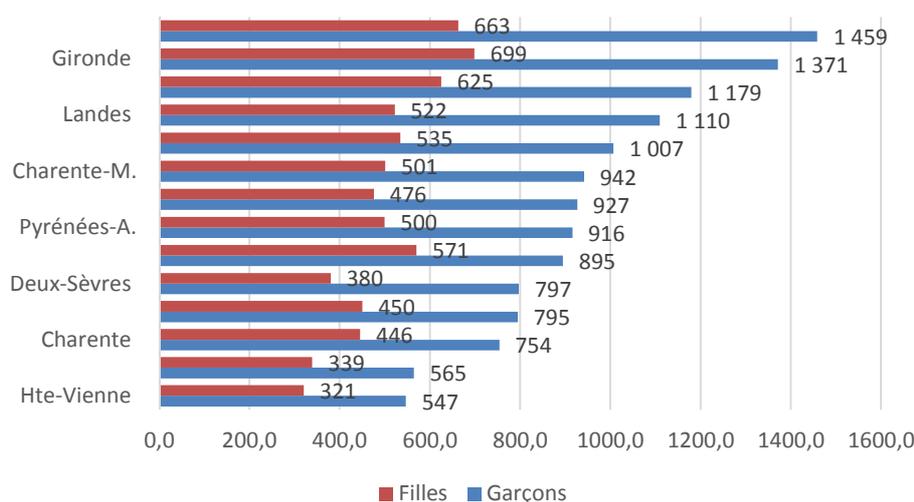
**Figure 268. Nombre de jeunes de moins de 20 ans résidant en Nouvelle-Aquitaine bénéficiant d'une prise en charge en ALD pour affections psychiatriques et taux standardisé, au 31-12-2014 (pour 100 000)**

	Nombre	Taux standardisé	Significativité*
Haute-Vienne	346	436,0	Sig. inf.
Vienne	449	453,9	Sig. inf.
Deux-Sèvres	500	595,0	Sig. inf.
Charente	449	605,0	Sig. inf.
Corrèze	304	629,6	Sig. inf.
France	<b>11 0335</b>	<b>707,0</b>	-
Pyrénées-Atlantiques	1 015	713,3	Non sig.
Charente-Maritime	972	728,5	Non sig.
Dordogne	612	736,2	Non sig.
Nouvelle-Aquitaine	<b>9 874</b>	<b>776,7</b>	<b>Sig. sup.</b>
Landes	707	823,5	Sig. sup.
Lot-et-Garonne	650	909,7	Sig. sup.
Gironde	3 628	1042,6	Sig. sup.
Creuse	242	1078,1	Sig. sup.

Sources : Cnamts, CCMSA, RSI  
Exploitation ORS

\* Sig sup ou Sig inf indiquent un écart significatif à la valeur de France métropolitaine au seuil de 5 %, sup lorsque le taux standardisé est supérieur au taux national, inf lorsqu'il lui est inférieur ; Non sig indique un écart non significatif (test du chi2)

**Figure 269. Taux standardisé de jeunes de moins de 20 ans résidant en Nouvelle-Aquitaine bénéficiant d'une prise en charge en ALD pour affections psychiatriques, au 31-12-2014, selon le sexe (pour 100 000)**

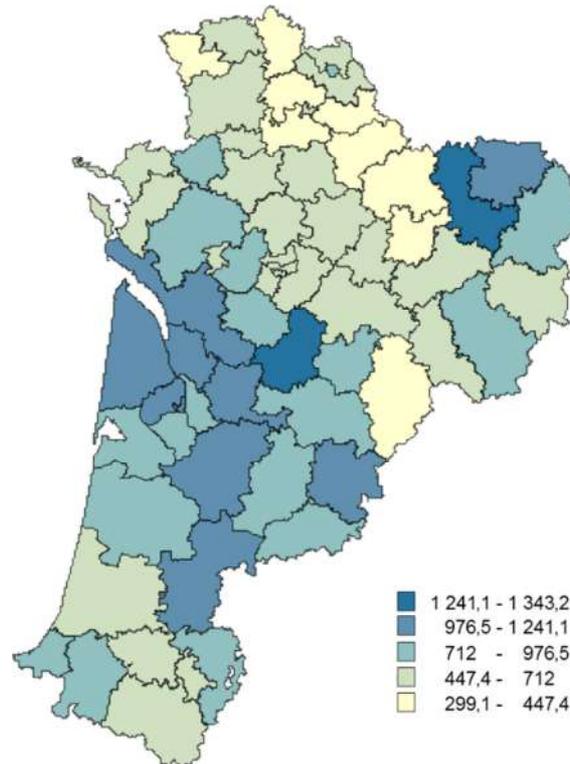


Sources : Cnamts, CCMSA, RSI, Insee  
Exploitation ORS

Les taux standardisés calculés à l'échelle des territoires de proximité font apparaître des écarts conséquents. Les plus élevés, une douzaine, sont de l'ordre de 1 000-1 300 pour 100 000 jeunes et se situent majoritairement le long de l'estuaire de la Gironde et de la Garonne, ainsi qu'en Creuse

(territoire de Bourgneuf - La Souterraine), Dordogne (Ribéracois) et dans les Landes (Landes Est). Les plus faibles, une dizaine, sont de l'ordre de 300-450 pour 100 000 et se situent majoritairement dans les territoires de Vienne et Haute-Vienne mais aussi dans les Deux-Sèvres (Bressuire) et la Dordogne (Périgord-Noir).

*Figure 270. Taux standardisé de jeunes de moins de 20 ans résidant en Nouvelle-Aquitaine bénéficiant d'une prise en charge en ALD pour affections psychiatriques, au 31-12-2014, selon le territoire de proximité (pour 100 000)*



Sources : Cnamts, CCMSA, RSI, Insee  
Exploitation ORS

### L'incidence des ALD23

En 2014, 1 800 jeunes de moins de 20 ans résidant en Nouvelle-Aquitaine ont été admis dans le dispositif des ALD pour une affection psychiatrique. Ce nombre, de l'ordre de 1 400 en 2007, a progressé au même rythme que les autres affections. Les admissions en affections psychiatriques de longue durée représentent environ 40 % de l'ensemble des admissions de jeunes de moins de 20 ans.

**Figure 271. Nombres annuels d'admissions en ALD pour affections psychiatriques (ALD23) et pour « autres affections » de jeunes de moins de 20 ans résidant en Nouvelle-Aquitaine**

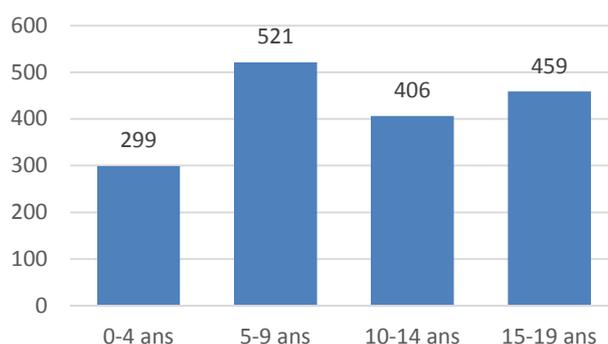


Sources : Cnamts, CCMSA, RSI  
Exploitation ORS

Au cours de la période 2010-2014, chaque année en moyenne, 299 enfants de moins de 5 ans habitant la Nouvelle-Aquitaine ont été admis en ALD pour une affection psychiatrique de longue durée. C'est dans la classe d'âge des 5-9 ans que le nombre d'admissions est le plus important (521). Il reste supérieur à 400 dans les classes d'âge suivantes.

Les garçons, beaucoup plus nombreux que les filles, représentent 64 % des jeunes admis au cours de la période.

**Figure 272. Nombres annuels moyens de jeunes de moins de 20 ans résidant en Nouvelle-Aquitaine admis en ALD pour affections psychiatriques en 2010-2014, selon l'âge**



Sources : Cnamts, CCMSA, RSI  
Exploitation ORS

Les 1 685 jeunes admis en moyenne chaque année en 2010-2014 correspondent à un taux standardisé d'admission égal à 134,3 pour 100 000 jeunes de moins de 20 ans, supérieur au taux national (115,8). Les deux taux masculin et féminin, respectivement 167,9 et 98,9, sont également supérieurs aux taux nationaux.

Les écarts d'intensité du taux sont très importants à l'échelle des départements. Le taux le plus élevé supérieur à 200 pour 100 000 observé dans la Creuse correspond à près du triple du plus faible, de l'ordre de 70 pour 100 000, observé dans la Haute-Vienne. Les taux sont supérieurs à la valeur moyenne nationale dans six départements, équivalents dans deux et inférieurs dans quatre.

Ces écarts d'intensité entre territoires sont plus marqués chez les garçons que chez les filles.

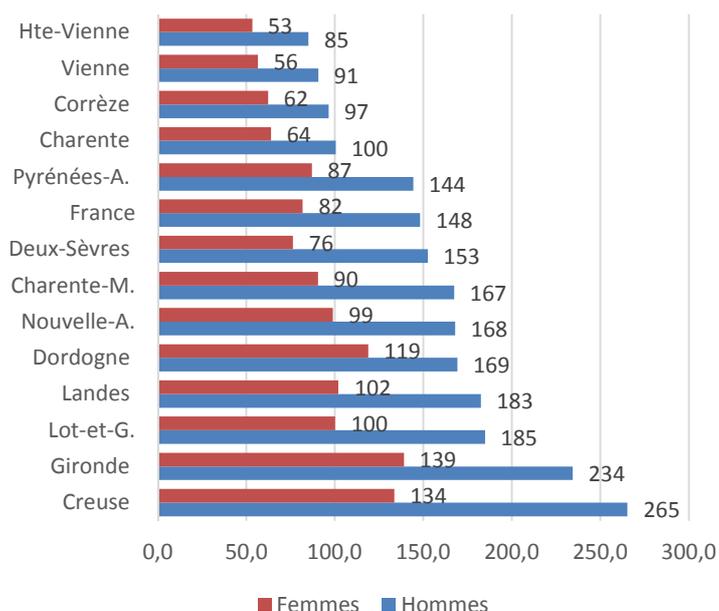
**Figure 273. Nombre annuel moyen de jeunes de moins de 20 ans résidant en Nouvelle-Aquitaine admis en ALD pour affections psychiatriques en 2010-2014 et taux standardisé (pour 100 000)**

	Nombre	Taux standardisé	Significativité*
Creuse	45	201,7	Sig. Sup.
Gironde	645	188,0	Sig. Sup.
Dordogne	118	144,4	Sig. Sup.
Lot-et-Garonne	102	144,0	Sig. Sup.
Landes	121	143,3	Sig. Sup.
Nouvelle-Aquitaine	1685	134,3	Sig. Sup.
Charente-Maritime	170	130,0	Sig. Sup.
Pyrénées-Atlantiques	163	116,3	Non sig.
France	18063	115,8	-
Deux-Sèvres	95	115,5	Non sig.
Charente	61	82,7	Sig. Inf.
Corrèze	38	79,5	Sig. Inf.
Vienne	73	74,0	Sig. Inf.
Haute-Vienne	55	69,5	Sig. Inf.

Sources : Cnamts, CCMSA, RSI, Insee  
Exploitation ORS

\* Sig sup ou Sig inf indiquent un écart significatif à la valeur de France métropolitaine au seuil de 5 %, sup lorsque le taux standardisé est supérieur au taux national, inf lorsqu'il lui est inférieur ; Non sig indique un écart non significatif (test du chi2)

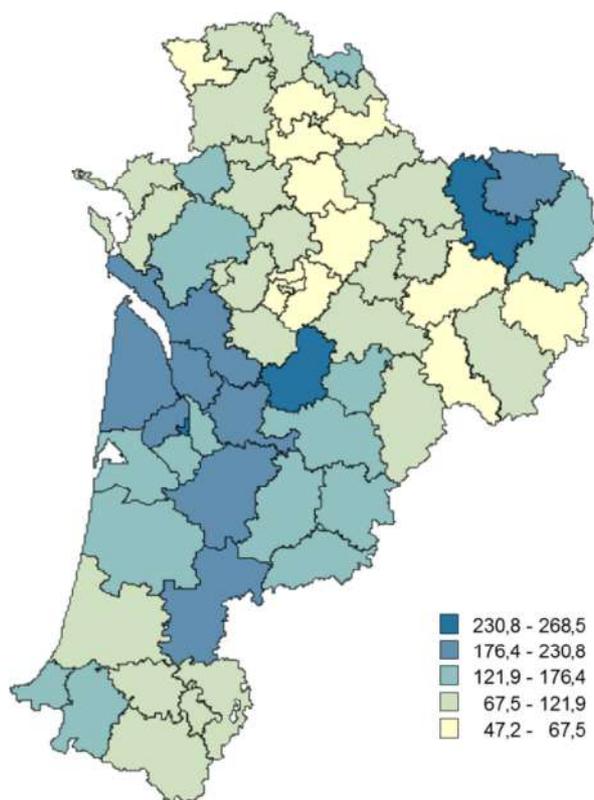
**Figure 274. Taux standardisé d'admission en ALD pour affections psychiatriques des jeunes de moins de 20 ans en 2010-2014, selon le sexe (pour 100 000)**



Sources : Cnamts, CCMSA, RSI, Insee  
Exploitation ORS

À l'échelle des territoires de proximité, les taux standardisés d'admission en ALD 23 pour 100 000 jeunes de moins de 20 ans varient de 230-270 (Bourganeuf-La-Souterraine, Ribéracois, Bordeaux) à moins de 50 (Chauvigny et Jaunay-Clan). L'incidence, comme la prévalence, est plus élevée dans les territoires de la Creuse, de la Gironde et de ses pourtours.

*Figure 275. Taux standardisé d'admission en ALD pour affections psychiatriques des jeunes de moins de 20 ans en 2010-2014, selon le territoire de proximité (pour 100 000)*



Sources : Cnamts, CCMSA, RSI, Insee  
Exploitation ORS

## 8.1.2. La santé mentale chez les adultes

### 8.1.2.1. La souffrance psychique

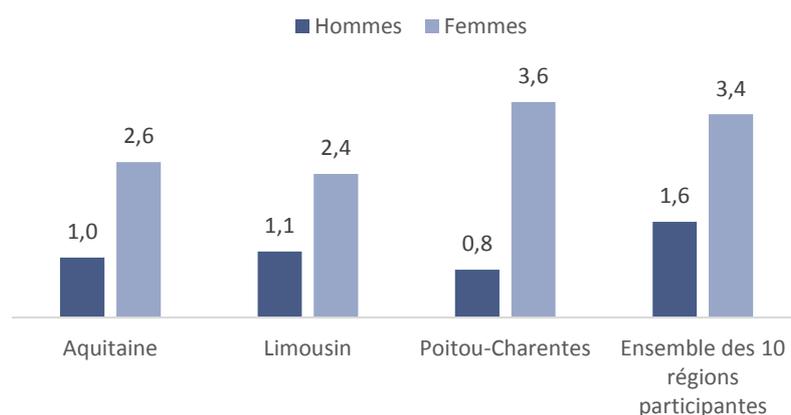
#### Les salariés vus par les services de santé au travail

Après les troubles musculo-squelettiques (TMS), la souffrance psychique arrive en deuxième position des signalements des maladies à caractère professionnel (MCP)<sup>76</sup> d'après l'expertise du médecin du travail. Ainsi, en 2014, 3,4 % des femmes et 1,6 % des hommes ont été signalés en souffrance psychique dans les dix régions inscrites au dispositif en France. Chez les femmes, cette prévalence est plus élevée en ex-Poitou-Charentes tandis que chez les hommes, il s'agit de la prévalence la plus faible.

<sup>76</sup> Dans le cadre de sa mission de surveillance épidémiologique des risques professionnels, Santé publique France (ex-institut de veille sanitaire) a mis en place le dispositif de surveillance des Maladies à caractère professionnel (MCP), en collaboration avec l'inspection médicale du travail. Ce dispositif s'appuie sur un réseau de médecins du travail et de leurs équipes pluridisciplinaires volontaires qui signalent, lors de deux Quinzaines annuelles, toute maladie qu'ils estiment en lien avec le travail. Ce système a été mis en place en France dès 2003, en Poitou-Charentes en 2006, en ex-Aquitaine en 2007 et en ex-Limousin en 2009.

Son taux de prévalence a augmenté entre 2007 et 2012, aussi bien chez les hommes que chez les femmes. L'âge et la catégorie sociale étaient fortement associés à la souffrance psychique, contrairement au secteur d'activité [9]. Plus de la moitié des symptômes et pathologies associés étaient des épisodes dépressifs légers ou des troubles anxieux et dépressifs mixtes. En parallèle, les parts de *burn out* et de stress post-traumatique ont augmenté au cours de cette période, alors que l'entité « stress lié à l'emploi » a diminué, témoignant de l'amélioration de la précision du codage au fil des quinzaines MCP.

**Figure 276. Prévalence de la souffrance psychique au travail selon le sexe en 2014 (en %)**



Source : MCP (Santé Publique France, Direccte Nouvelle-Aquitaine) Exploitation ORS Nouvelle-Aquitaine

### Les soignants de l'ex-Limousin

Le volet 1 de l'enquête sur les médecins<sup>77</sup> montre le moral dégradé de nombreux médecins, avec un degré élevé d'épuisement professionnel retrouvé chez un médecin sur cinq et 19 % des sages-femmes.

Un *burn out* sévère est retrouvé chez un médecin sur dix (9 % chez les sages-femmes), avec un tableau complet associant épuisement professionnel, distanciation par rapport aux patients et baisse du sentiment d'épanouissement dans le travail. Cette situation est plus répandue chez les généralistes libéraux, particulièrement pour ceux exerçant en milieu péri-urbain ou rural ainsi que chez les sages-femmes exerçant en maternité de niveau 3<sup>78</sup>.

Au cours des deux dernières années, 17 % des médecins et 9 % des sages-femmes ont déclaré avoir eu des pensées suicidaires. Parmi ceux ayant eu des pensées suicidaires, un quart des médecins juge que le travail en est la cause exclusive, 55 % en partie responsable et 20 % en aucun cas responsable. Chez les sages-femmes ayant eu des pensées suicidaires, 19 % jugent le travail exclusivement responsable, 62 % considèrent qu'il est en partie responsable de ces pensées suicidaires et 19 % pas responsable. Enfin, 4 % des médecins déclarent avoir déjà fait une tentative de suicide au cours de la vie. Cette proportion est identique chez les sages-femmes.

<sup>77</sup> Initiée par le Conseil de l'ordre des médecins et l'ARS Limousin, une enquête de grande envergure sur la souffrance des soignants s'est déroulée en 3 temps en ex-Limousin. En 2014, 1 029 médecins, généralistes ou spécialistes, libéraux ou salariés, ont répondu au questionnaire avec un taux de participation de 44 % [7]. La même année, avec un taux de participation de 72 %, 190 sages-femmes ont participé à l'enquête [8]. Dans un deuxième temps, les infirmiers et les aides-soignants ont été interrogés, puis, le troisième volet concernera les autres professionnels de la santé.

<sup>78</sup> Les maternités de niveau 3 disposent d'un service de réanimation néonatale et sont spécialisées dans le suivi des grossesses pathologiques

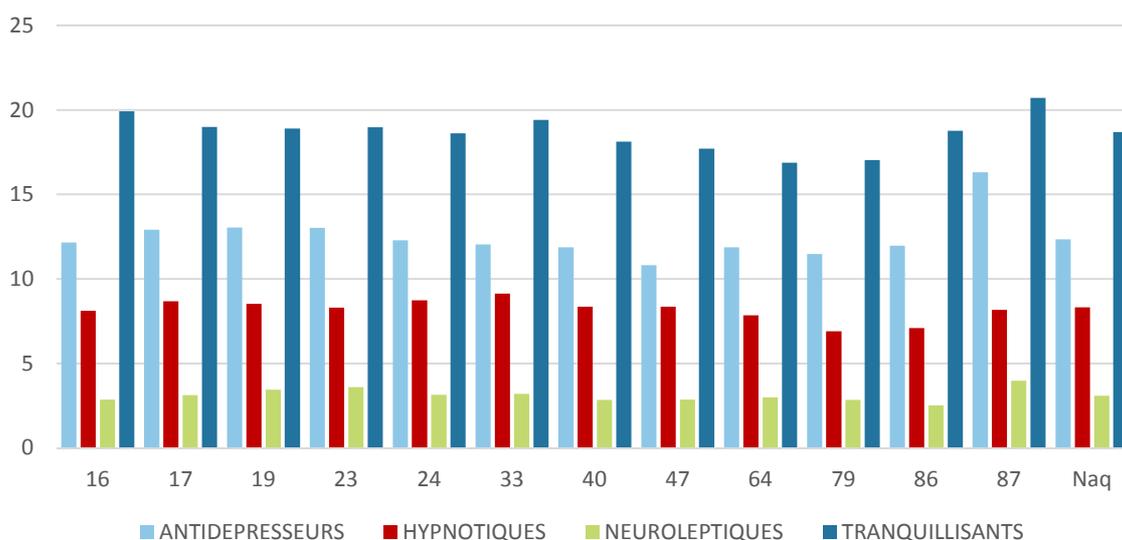
## Les personnes âgées vivant à domicile de l'ex-Limousin

D'après l'enquête de l'ORS auprès des personnes âgées en ex-Limousin réalisé en 2014, une personne âgée de 75 ans et plus sur dix a déclaré avoir eu des pensées suicidaires au cours de l'année dont 8 % à plusieurs reprises<sup>79</sup>. L'âge n'apparaît pas associé à de telles pensées, mais à âge égal, elles sont 1,9 fois plus fréquentes chez les hommes, ainsi que chez ceux disant ressentir souvent un sentiment de solitude, ceux qui suivent un traitement médicamenteux contre la dépression et/ou l'anxiété ainsi que ceux percevant négativement leur moral. Le fait d'avoir un état physique dégradé depuis 6 mois est également un facteur de risque des idées suicidaires. Ceux en perte d'autonomie liée aux actes de la vie quotidienne et ceux ayant un moral dégradé depuis 6 mois ont un risque deux fois plus élevé d'avoir des pensées suicidaires que les autres.

A l'inverse, certains facteurs semblent avoir un effet « protecteur » comme le fait d'être en couple et d'avoir une famille disponible en cas de besoin.

## La consommation de médicaments psychotropes

*Figure 277. Taux standardisés de consommateurs de 20 ans et plus de médicaments psychotropes selon le département et le type de psychotropes en Nouvelle-Aquitaine en 2016 (pour 100 habitants)*



Sources : ARS (données de remboursements inter-régimes 2015), Insee RP 2013  
Exploitation ORS

## Les tranquillisants sont les médicaments psychotropes les plus souvent remboursés

En 2016, le remboursement de tranquillisants a concerné près de 850 000 adultes (19 %) en Nouvelle-Aquitaine. Les deux tiers des consommateurs sont des femmes. Des variations départementales sont observées avec un taux standardisé en Haute-Vienne de 21 consommateurs pour 100 habitants.

Les taux standardisés de consommateurs par territoire de proximité montrent des taux plus élevés pour les espaces urbains et périurbains, particulièrement à Angoulême, Périgueux, Centre Haute-

<sup>79</sup> En 2014, plus de 1 900 personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile ont répondu à un questionnaire en Limousin sur leurs conditions de vie et leur niveau d'autonomie.

Vienne, Cognac, Poitiers, Niort, Guéret, Médoc, Bordeaux. Le territoire du Médoc en Gironde présente également un des taux les plus élevés.

### **Les remboursements d'antidépresseurs concernent 12 adultes sur 100 en 2016 en Nouvelle-Aquitaine**

Plus de 560 000 adultes ont eu un remboursement d'antidépresseurs en 2016 en Nouvelle-Aquitaine, soit 12,3 consommateurs sur 100. Plus de deux remboursements sur trois concernent des femmes. À structure d'âge égale, les taux de consommateurs d'antidépresseurs sont plus élevés en Haute Vienne avec un taux de consommateurs de 16 pour 100. Comme pour les tranquillisants, à structure d'âge égale, les taux les plus élevés de consommateurs d'antidépresseurs se situent sur les territoires urbains ou périurbains (Centre et Sud Haute-Vienne, Angoulême, Périgieux, La Rochelle, Poitiers).

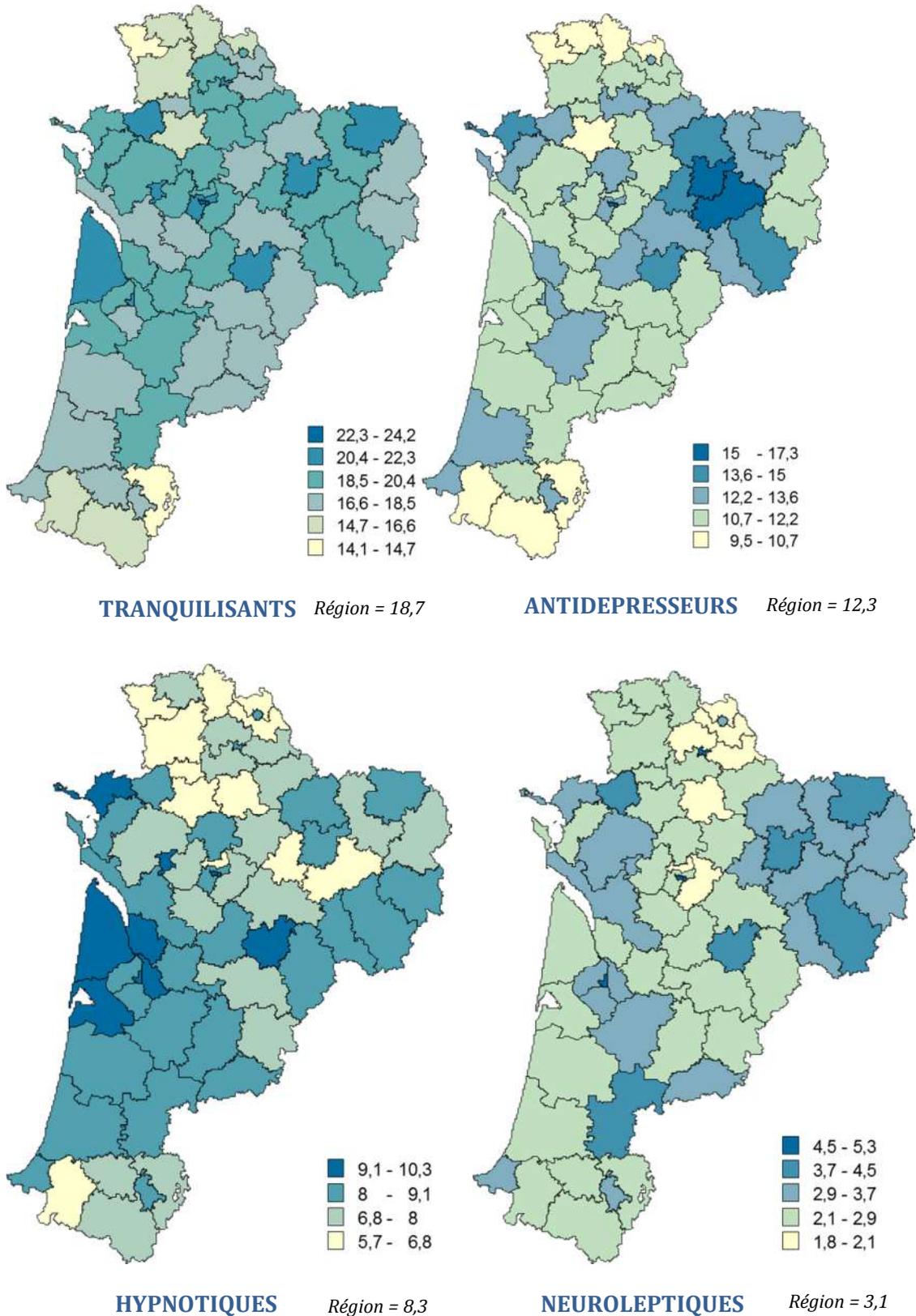
### **Huit pour cent des adultes ont eu un remboursement d'hypnotiques en 2016 en Nouvelle-Aquitaine**

En 2016, 379 000 habitants de la Nouvelle-Aquitaine ont eu un remboursement d'hypnotiques, soit 8 adultes sur 100. Plus de 60 % des consommateurs sont des femmes. À structure d'âge égale, la Gironde a un taux de consommateurs plus élevé (9,1 %) que les autres départements. Les territoires de proximité du Grand Périgieux, d'Angoulême, de Bordeaux ont les taux les plus élevés, avec des valeurs supérieures à 10 % de consommateurs. Les territoires de Gironde bordant l'océan, Médoc et Bassin, présentent également des taux élevés.

### **Les remboursements de neuroleptiques concernent 3 % de la population régionale**

Près de 141 000 adultes de Nouvelle-Aquitaine ont eu un remboursement de neuroleptiques en 2016, soit 3,1 adultes sur 100 habitants. Près de 55 % de ces remboursements concernaient des femmes. Par département, peu de différences sont notées. Les territoires de proximités avec des taux de consommateurs les plus élevés se situent sur des territoires urbains (Angoulême, Bordeaux, Poitiers).

Figure 278. Taux standardisés de consommateurs de 20 ans et plus de médicaments psychotropes selon le territoire de proximité et le type de médicaments en Nouvelle-Aquitaine en 2016 (pour 100 habitants)

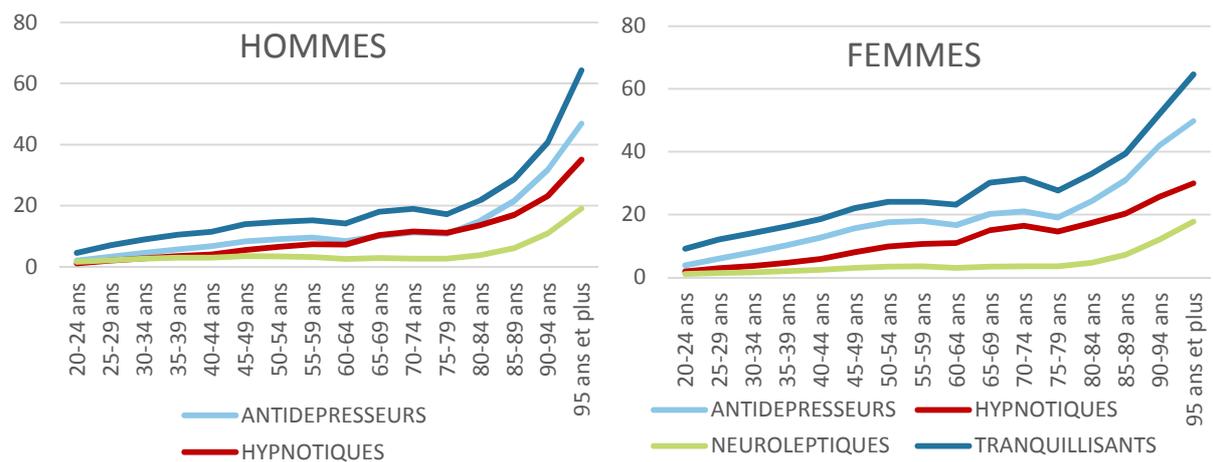


Sources : ARS (données de remboursements inter-régimes 2015), Insee RP 2013  
Exploitation ORS

## Une augmentation régulière de la consommation de psychotropes avec l'avancée en âge

Les taux bruts de bénéficiaires d'au moins un remboursement de psychotropes observés sur la Nouvelle-Aquitaine augmentent nettement avec l'avancée en âge. Cette augmentation est à la fois plus rapide et plus régulière chez les femmes que chez les hommes.

*Figure 279. Taux bruts de consommateurs de 20 ans et plus de médicaments psychotropes par âge selon le sexe et le type de médicaments en Nouvelle-Aquitaine en 2016 (pour 100 habitants)*



Sources : ARS (données de remboursements inter-régimes 2015), Insee RP 2013  
Exploitation ORS

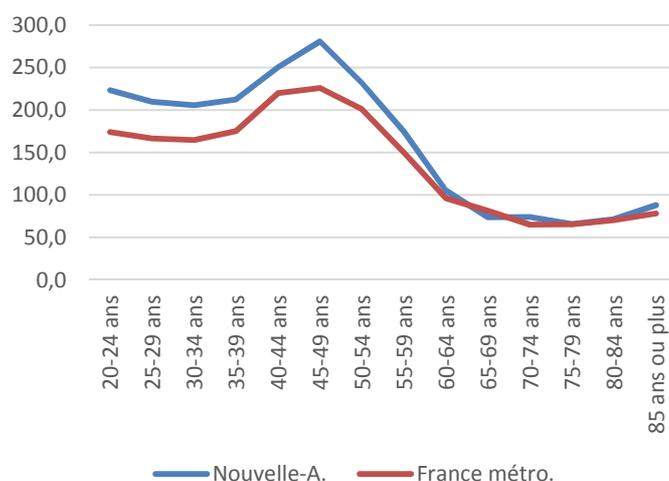
### 8.1.2.2. Les tentatives de suicides et la mortalité par suicide

#### Les hospitalisations en MCO suite à une tentative de suicide

En 2015, 7 853 séjours hospitaliers pour une tentative de suicides ont été enregistrés pour des personnes de 20 ans ou plus résidant en Nouvelle-Aquitaine. Près de 60 % de ces séjours ont concerné des femmes. Globalement, un quart concerne les séjours de personnes âgées de 20-34 ans, un 2<sup>e</sup> quart ceux des 34-44 ans, le 3<sup>e</sup> quart ceux des 45-54 ans et le dernier quart ceux de personnes de 55 ans ou plus.

Le taux de séjours hospitaliers pour tentative de suicide évolue avec l'âge. Stable entre 20 ans et 40 ans, il augmente fortement autour de 50 ans et diminue ensuite jusqu'à 70 ans, âge auquel il se stabilise. Les taux de séjours des habitants de Nouvelle-Aquitaine sont plus élevés que ceux des Français entre 20 ans et 60 ans. L'écart est le plus important chez les jeunes adultes (+ 30 % entre 20 et 30 ans), puis il régresse (environ + 20 % entre 30 et 60 ans).

**Figure 280. Taux de recours à l'hospitalisation pour tentative de suicide en médecine et chirurgie des habitants de Nouvelle-Aquitaine et France en 2015 (pour 100 000)**

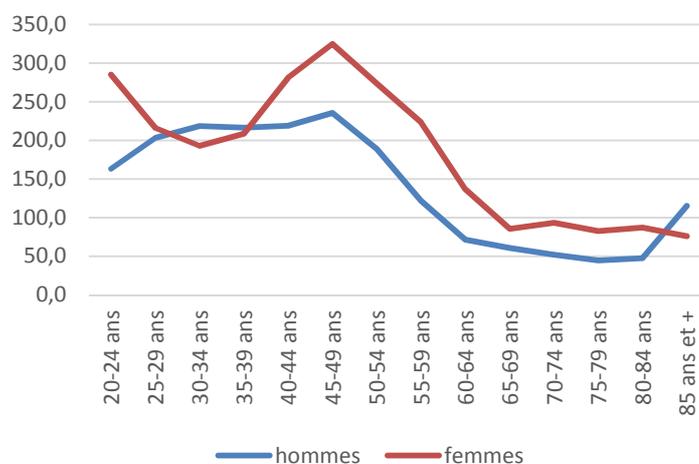


Sources : Atih, Insee – Exploitation ORS

Les taux de séjours hospitaliers pour tentative de suicide des hommes et des femmes suivent des tendances distinctes. Chez les hommes, le taux de séjours augmente chez les jeunes adultes et se stabilise entre 25 et 50 ans avant de diminuer fortement jusqu'à 60 ans puis faiblement jusqu'à 80 ans. Le taux double ensuite chez les hommes âgés de 85 ans ou plus.

Chez les femmes, le taux est très élevé à 20-24 ans et il diminue pendant la décennie suivante avant de remonter fortement jusqu'à 50-54 ans où il atteint son plus haut niveau (325 séjours pour 100 000 femmes de Nouvelle-Aquitaine). Le taux diminue ensuite et se stabilise autour de 100 pour 100 000 à partir de 70 ans. Le taux féminin ne remonte pas après 85 ans comme chez les hommes.

**Figure 281. Taux de recours à l'hospitalisation pour tentative de suicide en médecine et chirurgie des hommes et des femmes de Nouvelle-Aquitaine, en 2015 (pour 100 000)**

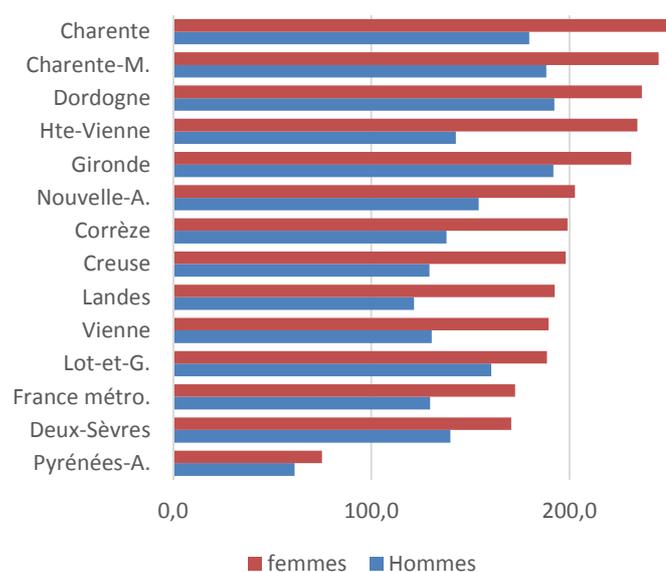


Sources : Atih, Insee – Exploitation ORS

Le taux standardisé de séjours s'élève à 179,0 pour 100 000 habitants de Nouvelle-Aquitaine de 20 ans ou plus, soit un taux au-dessus de la valeur nationale (151,6 pour 100 000).

Les départements peuvent être classés en trois groupes. Le premier présente les taux standardisés les plus élevés, de l'ordre de 230-260 pour 100 000 femmes et 145-190 chez les hommes. Le second groupe occupe une place centrale, avec des taux peu différents des valeurs nationales (entre 170-200 chez les femmes et 120-140 chez les hommes). Les Pyrénées-Atlantiques, comme pour les jeunes, se démarquent par des taux très faibles (75 chez les femmes et 60 chez les hommes).

**Figure 282. Taux standardisés de recours à l'hospitalisation en médecine et chirurgie pour tentative de suicide des habitants de Nouvelle-Aquitaine (pour 100 000) en 2015**



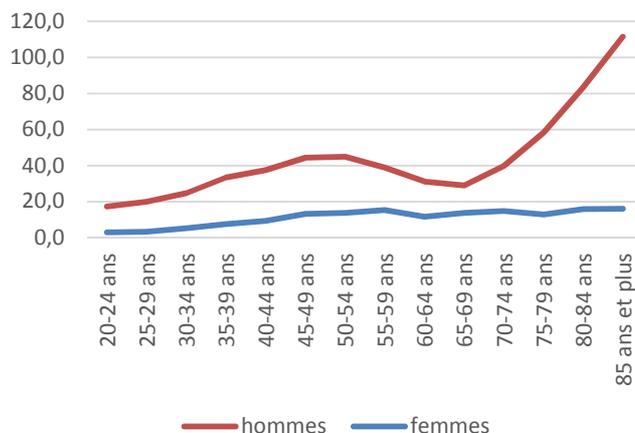
Sources : Atih, Insee – Exploitation ORS

### La mortalité par suicides

Au cours de la période 2009-2013, en moyenne chaque année, 1 071 habitants de Nouvelle-Aquitaine sont morts par suicide. Les trois-quarts sont des décès masculins.

Les taux de mortalité masculins augmentent progressivement jusqu'à environ 50 ans, diminuent ensuite jusqu'à 75 ans et progressent ensuite fortement chez les hommes âgés. Chez les femmes, les taux augmentent également jusqu'à 50 ans et restent relativement stables ensuite.

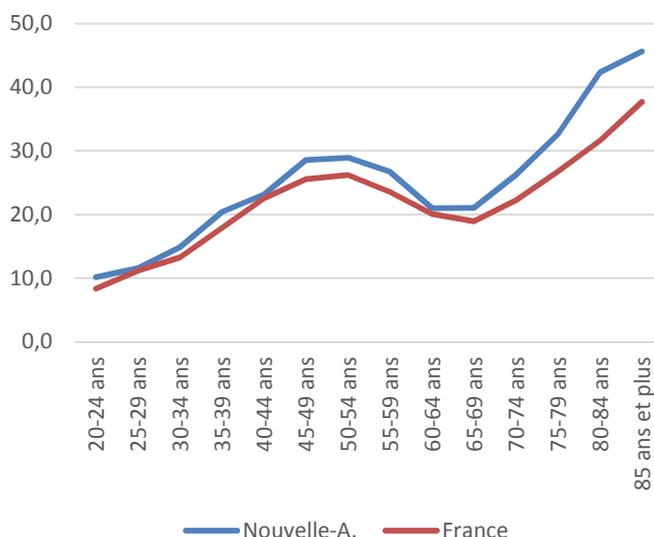
**Figure 283. Taux de mortalité par suicide des habitants de Nouvelle-Aquitaine, selon le sexe et l'âge en 2009-2013 (pour 100 000)**



Sources : CépiDC, Insee – Exploitation ORS

Les taux, quel que soit l'âge, sont plus élevés dans notre région qu'en France. La surmortalité régionale est particulièrement marquée après 70 ans.

**Figure 284. Taux de mortalité par suicide des habitants de Nouvelle-Aquitaine et de France selon l'âge, en 2009-2013 (pour 100 000)**

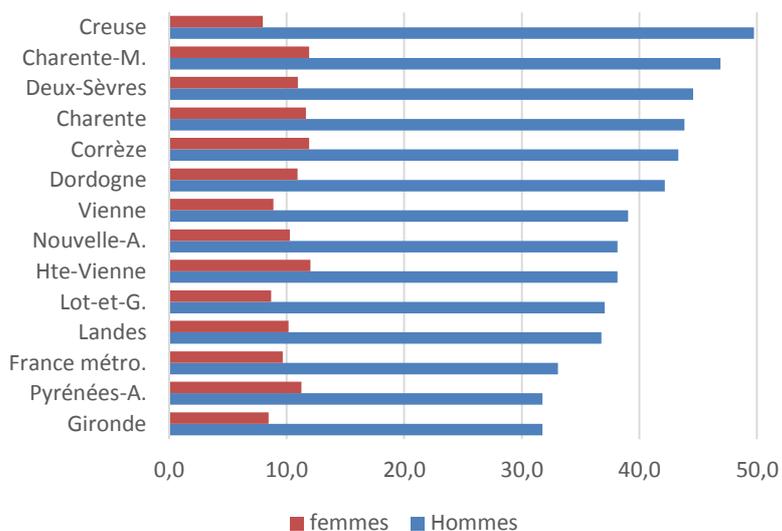


Sources : CépiDC, Insee – Exploitation ORS

Le taux standardisé de mortalité par suicide, 23,1 pour 100 000 habitants en 2009-2013, est au-dessus de la valeur nationale (20,4). La surmortalité existe chez les hommes (38,1 contre 33,1) mais chez les femmes l'écart est non significatif (10,3 contre 9,7).

Les taux standardisés de mortalité par suicide montrent des inégalités fortes entre les départements. Chez les hommes, six territoires présentent des niveaux de mortalité élevés alors que deux territoires présentent des taux en deçà des valeurs nationales. Chez les femmes, les écarts entre territoires sont peu marqués.

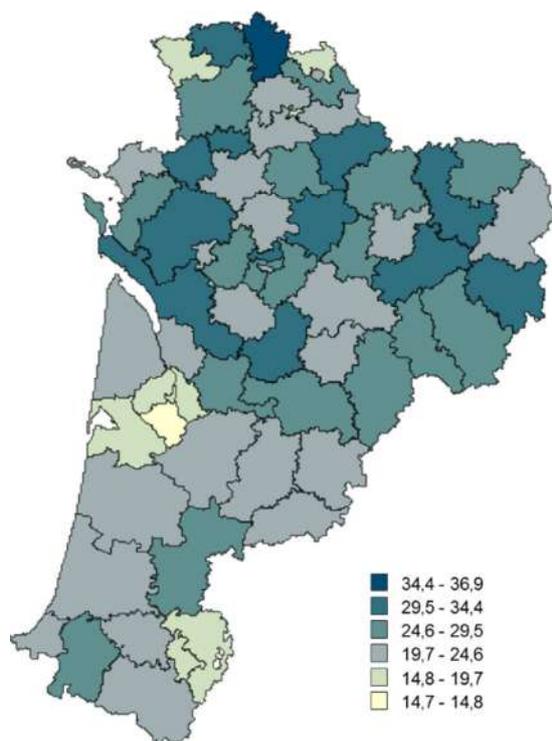
**Figure 285. Taux standardisés de mortalité par suicide des habitants de Nouvelle-Aquitaine, en 2009-2013 (pour 100 000)**



Sources : CépiDC, Insee – Exploitation ORS

À l'échelle des territoires de proximité, la mortalité par suicide apparait élevée dans les territoires de la partie nord de la région, ceux situés en dessous d'une ligne Bordeaux-Agen apparaissant privilégiés.

**Figure 286. Taux standardisé de mortalité par suicide en 2009-2013 par territoire de proximité (pour 100 000 habitants)**



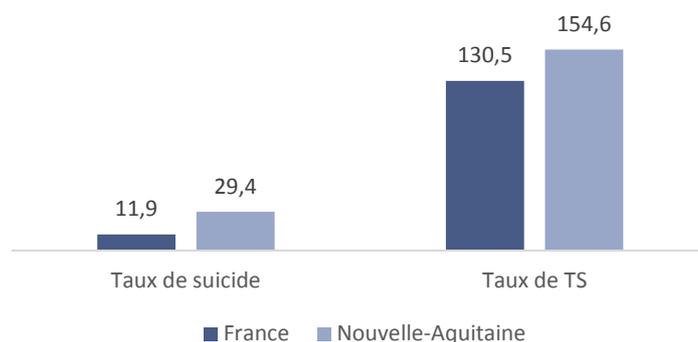
Sources : CépiDC, Insee – Exploitation et cartographie : ORS Nouvelle-Aquitaine

### La mortalité par suicide des personnes incarcérées

Selon les données du ministère de la Justice<sup>80</sup>, le taux de suicide masculin en prison est sept fois plus élevé que celui des hommes en population générale pour la période 2005-2010. Près d'un décès sur deux dans les prisons françaises est un suicide.

En Nouvelle-Aquitaine, en 2014, 15 décès par suicide et 79 tentatives de suicide ont été comptabilisés en milieu carcéral. Rapportés au nombre de personnes écrouées, les taux régionaux de suicide et de tentative de suicide en milieu carcéral sont plus élevés qu'en France.

*Figure 287. Taux de suicide et de tentatives de suicide en milieu carcéral en Nouvelle-Aquitaine et en France (pour 10 000 détenus) en 2014*



Source : DISP de Bordeaux – Exploitation ORS

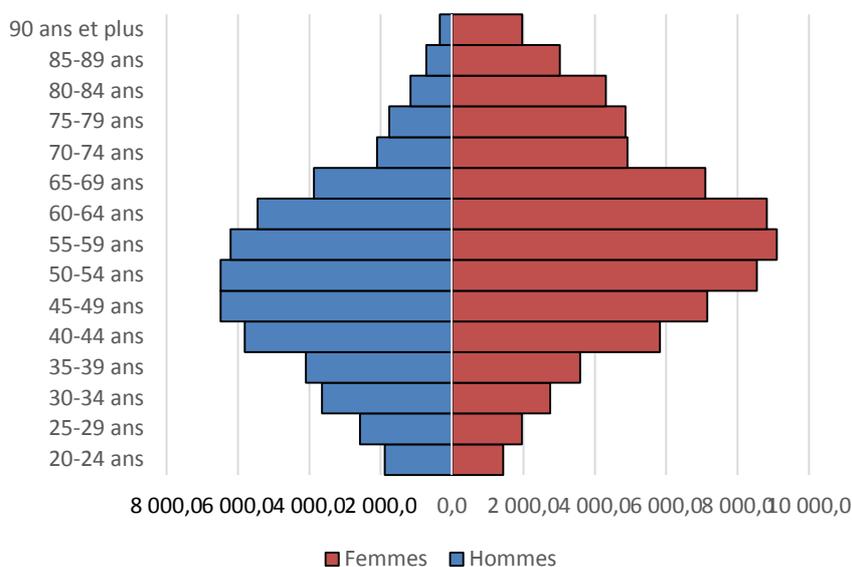
#### 8.1.2.3. Les affections psychiatriques de longue durée (ALD23)

##### La prévalence des ALD23

Au 31 décembre 2014, près de 128 000 habitants de Nouvelle-Aquitaine de 20 ans ou plus bénéficient du dispositif des affections de longue durée au titre d'une affection psychiatrique, dont 75 330 femmes et 52 620 hommes. Les hommes sont majoritaires jusqu'à l'âge de 45 ans environ. Au-delà, les femmes en ALD23 sont plus nombreuses que les hommes. La surreprésentation féminine s'accroît fortement avec l'âge en lien avec la durée de vie différentielle des hommes et des femmes.

<sup>80</sup> Les données utilisées ont été mises à disposition par la Direction interrégionale des services pénitentiaires de Bordeaux (DISP). Elles font référence aux personnes détenues sur le lieu d'incarcération.

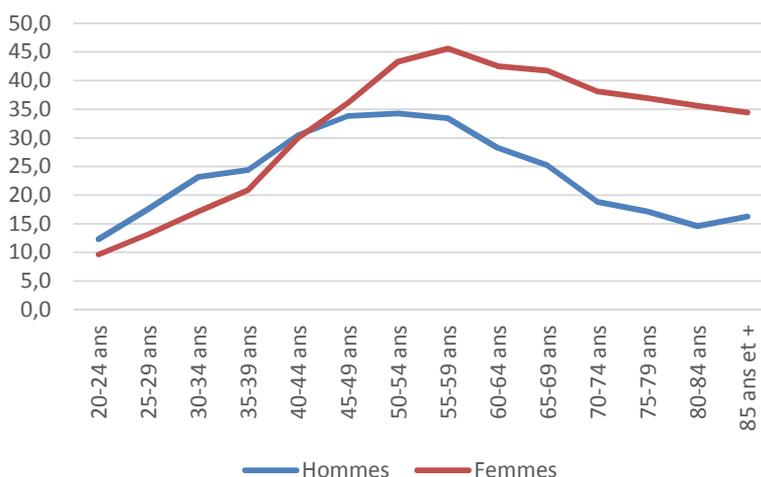
**Figure 288. Répartition par sexe et âge des bénéficiaires de Nouvelle-Aquitaine d'une ALD pour affection psychiatrique au 31-12-2014**



Sources : Cnamts, CCMSA, RSI  
Exploitation ORS

Le taux de personnes en ALD 23 augmente avec l'âge jusqu'à environ 55 ans et diminue ensuite. Chez les hommes, il passe de 2,9 à 34 pour 1 000 entre 0-4 ans et 50-54 ans et descend ensuite en dessous de 20 à partir de 70 ans. Chez les femmes, le taux passe de 1,6 à 45 pour 1 000 entre 0-4 ans et 55-59 ans. Mais restant ensuite supérieur à 35 pour 1 000, il diminue beaucoup moins que chez les hommes.

**Figure 289. Taux de personnes en ALD pour affection psychiatrique résidant en Nouvelle-Aquitaine par sexe et âge au 31-12-2014 (pour 1 000)**



Sources : Cnamts, CCMSA, RSI, Insee  
Exploitation ORS

Plus de 40 % des personnes de 20 ans ou plus prises en charge en ALD pour une maladie psychiatrique le sont pour le traitement de troubles de l'humeur. Parmi elles, 58 % le sont pour le traitement d'un épisode dépressif et 34 % d'un trouble affectif bipolaire. Deux autres groupes de

pathologies ont un poids important : les schizophrénies (20 %) et les troubles de la personnalité (16,5 %).

*Figure 290. Répartition des personnes âgées de 20 ans ou plus résidant en Nouvelle-Aquitaine, en ALD pour une affection psychiatrique, selon le groupe de pathologies, au 31-12-2014*

	Nombre	%
Troubles de l'humeur	53 023	41,4
Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants	25 222	19,7
Troubles de la personnalité et du comportement	21 126	16,5
Retard mental	11 697	9,1
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives	7 514	5,9
Troubles névrotiques, liés à des facteurs de stress et somatoformes	6 915	5,4
Autres	2 448	1,9
<b>Ensemble</b>	<b>127 945</b>	<b>100,0</b>

Sources : Cnamts, CCMSA, RSI  
Exploitation ORS

Comme chez les jeunes, le taux standardisé de personnes de 20 ans ou plus en ALD23 est plus élevé en Nouvelle-Aquitaine qu'en France. Les taux au 31 décembre 2014 s'établissent respectivement à 2 803,3 dans la région et 2 569,0 pour 100 000 habitants en France.

Dans les départements, les écarts sont importants. Le taux le plus élevé dépasse 4 000 pour 100 000 habitants de Creuse alors que les plus faibles sont de l'ordre de 2 000 pour 100 000 pour les habitants de Vienne et de Charente. Les taux sont au-dessus de la moyenne nationale dans sept départements et inférieurs dans cinq.

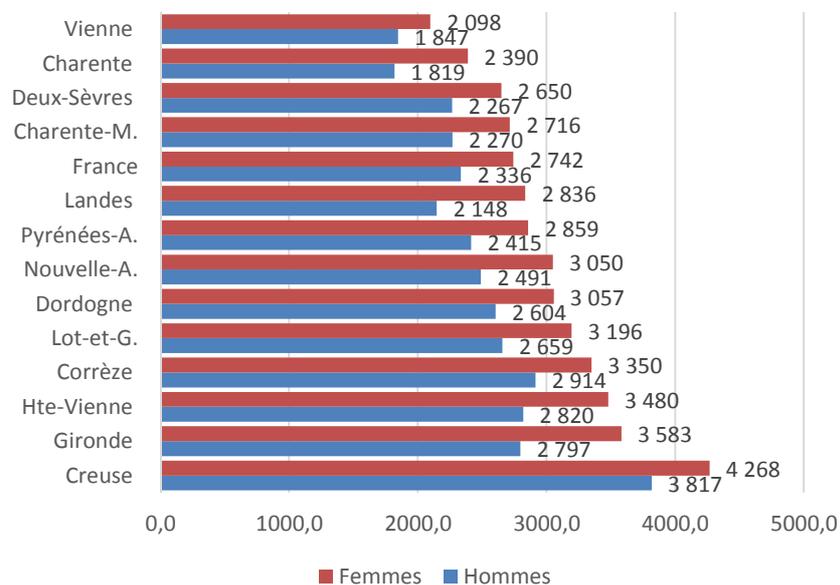
*Figure 291. Nombre annuel moyen de personnes de 20 ans ou plus résidant en Nouvelle-Aquitaine bénéficiaires d'une prise en charge en ALD pour affections psychiatriques et taux standardisé\* au 31-12-2014 (pour 100 000)*

	Nombre	Taux standardisé
Creuse	4 209	4 074,4
Gironde	36 313	3 236,4
Haute-Vienne	9 483	3 189,5
Corrèze	6 294	3 169,2
Lot-et-Garonne	7 821	2 959,1
Dordogne	9 730	2 855,2
<b>Nouvelle-Aquitain</b>	<b>127 945</b>	<b>2 803,3</b>
Pyrénées-Atlantiques	14 017	2 671,2
<b>France</b>	<b>1 253 534</b>	<b>2 569,0</b>
Charente-Maritime	12 589	2 523,4
Landes	7 906	2 522,2
Deux-Sèvres	7 151	2 482,6
Charente	6 012	2 131,7
Vienne	6 420	1 988,7

Sources : Cnamts, CCMSA, RSI  
Exploitation ORS

\* Tous les écarts à la valeur nationale sont significatifs au seuil e 5%

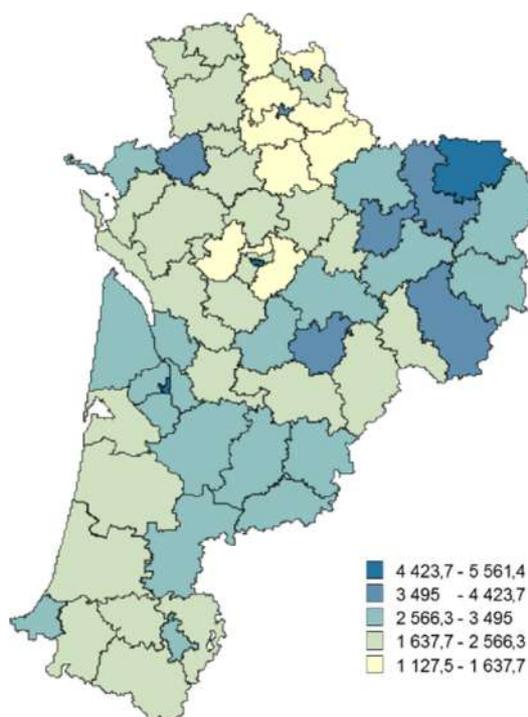
**Figure 292. Taux standardisé de personnes de 20 ans ou plus résidant en Nouvelle-Aquitaine bénéficiaires d'une prise en charge en ALD pour affections psychiatriques au 31-12-2014, selon le sexe (pour 100 000)**



Sources : Cnamts, CCMSA, RSI, Insee - Exploitation ORS

À l'échelle des territoires de proximité, les taux standardisés varient de moins de 1 500 à plus de 4 500 pour 100 000 habitants. Une zone recouvrant la Creuse et la Corrèze se démarque ainsi que des territoires très urbains (Bordeaux, Poitiers, Niort) présentant les plus forts taux.

**Figure 293. Taux standardisés de personnes résidant en Nouvelle-Aquitaine bénéficiant d'une prise en charge en en ALD23 au 31-12-2014, selon le territoire de proximité (pour 100 000)**

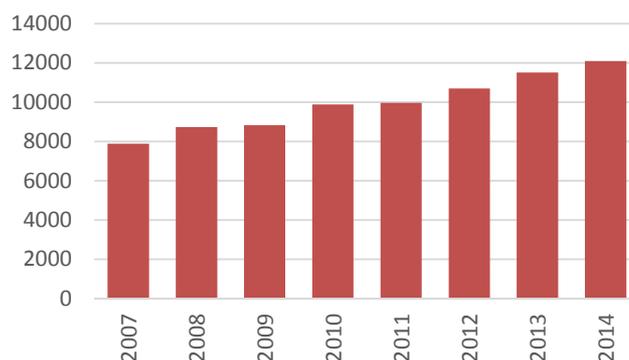


Sources : Cnamts, CCMSA, RSI, Insee - Exploitation ORS

### 1.1.1 L'incidence des ALD23

En 2014, 12 100 personnes résidant en Nouvelle-Aquitaine ont été admises en ALD pour affections psychiatriques. Le nombre a fortement progressé depuis 2007 (près de 7 900 soit + 53 %) et de façon plus marquée que celui des autres affections de longue durée (+ 20 %). Aussi, la part des personnes admises en ALD pour le traitement d'une affection psychiatrique dans l'ensemble des affections a augmenté, de 6,8 % en 2007 à 8,5 % en 2014.

*Figure 294. Nombre annuel d'admissions en ALD pour affections psychiatriques de personnes âgées de 20 ans ou plus résidant en Nouvelle-Aquitaine*

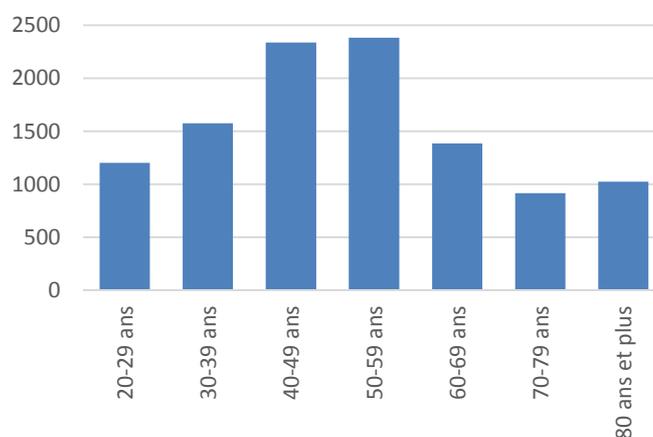


Sources : Cnamts, CCMSA, RSI  
Exploitation ORS

Au cours de la période 2010-2014, le nombre de personnes admises chaque année en moyenne en ALD 23 s'établit à 10 820. C'est entre 40-49 ans et 50-59 ans que le nombre de personnes admises est le plus élevé, environ 2 360. Il diminue ensuite fortement avec l'âge mais reste de l'ordre de 1 000 personnes dans les classes d'âge 70-79 ans et 80 ans ou plus. Chez les jeunes adultes, le nombre d'admissions atteint 1 500 à 30-39 ans.

La part des hommes parmi ces nouvelles admissions diminue avec l'âge, passant de 55 % entre 20 et 29 ans à environ 25 % chez les 80 ans ou plus.

*Figure 295. Nombre annuel moyen d'admissions en ALD pour affections psychiatriques de personnes âgées de 20 ans ou plus résidant en Nouvelle-Aquitaine en 2010-2014, selon l'âge*



Sources : Cnamts, CCMSA, RSI  
Exploitation ORS

Les 10 824 personnes correspondent à un taux standardisé égal à 248,1 pour 100 000 habitants au-dessus du taux national (234,3).

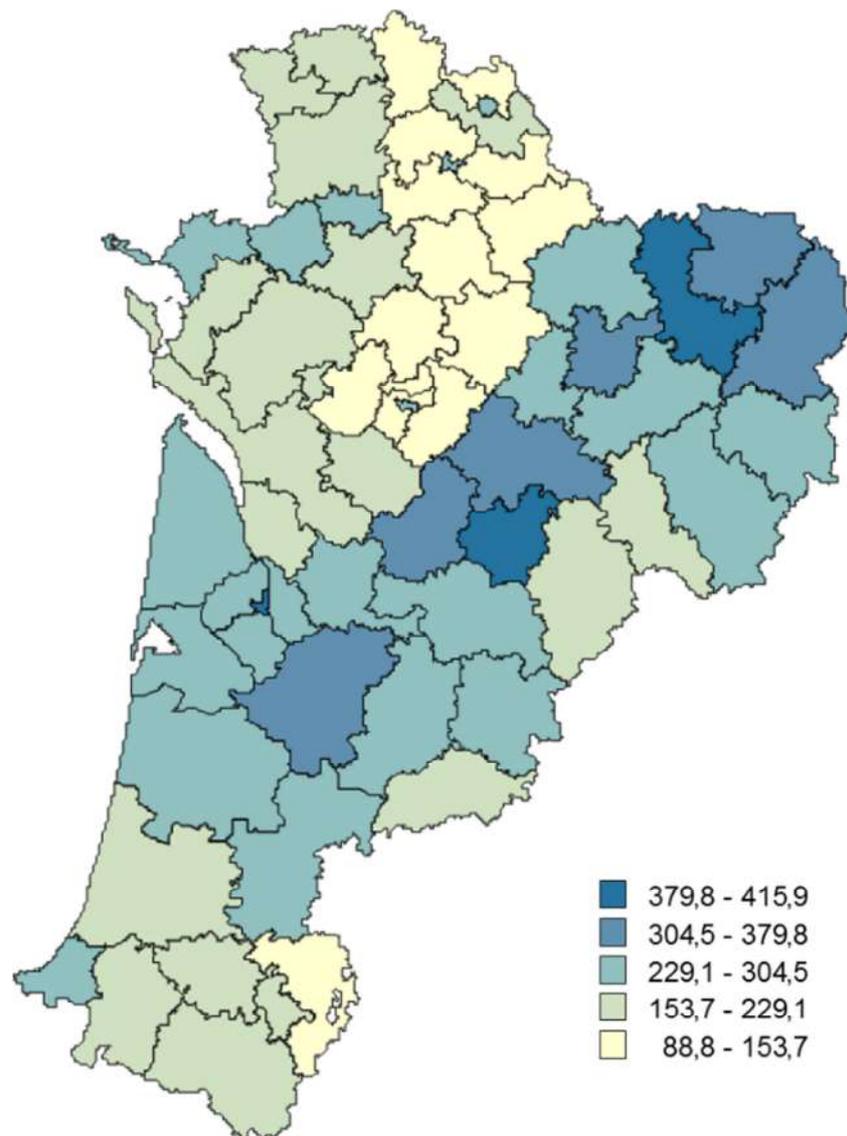
*Figure 296. Nombre annuel moyen de personnes de 20 ans ou plus résidant en Nouvelle-Aquitaine admis en ALD pour affections psychiatriques en 2010-2014 et taux standardisé (pour 100 000)*

	Nombre	Taux standardisé
Creuse	339	356,7
Haute-Vienne	918	319,0
Dordogne	981	310,0
Gironde	3186	291,4
Nouvelle-Aquitaine	10 824	248,1
Landes	731	247,4
Lot-et-Garonne	619	245,9
Corrèze	472	243,7
France	11 1524	234,3
Deux-Sèvres	634	227,2
Charente-Maritime	1 005	215,6
Pyrénées-Atlantiques	1 012	202,4
Vienne	512	162,6
Charente	415	153,1

Sources : Cnamts, CCMSA, RSI, Insee  
Exploitation ORS

Les taux standardisés d'admission en ALD23 varient de 150 pour 100 000 habitants de 20 ans ou plus en Charente à plus de 350 pour 100 000 en Creuse. Les territoires de proximité de la Creuse et le Ribérais présentent les plus forts taux. À l'opposé, plusieurs territoires de Charente et de la Vienne présentent des taux faibles.

*Figure 297. Taux standardisé d'admission en ALD pour affections psychiatriques des habitants de Nouvelle-Aquitaine âgés de 20 ans ou plus, en 2010-2014, selon le territoire de proximité (pour 100 000)*



Sources : Cnamts, CCMSA, RSI, Insee - Exploitation ORS

## 8.2. Les cancers

En France métropolitaine, en 2015, 385 000 nouveaux cas de cancers (211 000 hommes et 174 000 femmes) et 150 000 décès par cancer sont enregistrés.

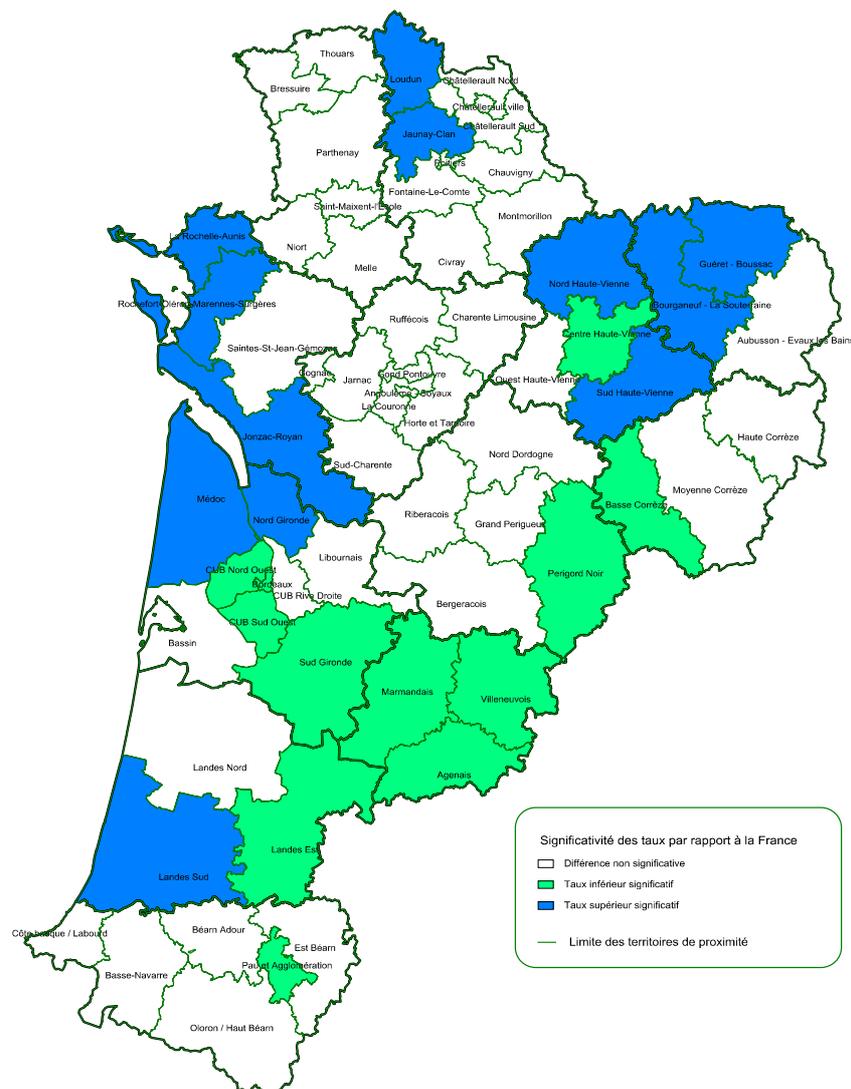
Chez l'homme, les nouveaux cas de cancer restent majoritairement représentés par les cancers de la prostate, du poumon et du colon-rectum. Le cancer du poumon occupe toujours le premier rang des causes de décès par cancer, devant les cancers du côlon-rectum et de la prostate.

Chez les femmes, le cancer du sein reste de loin le plus fréquent en termes d'incidence devant les cancers colorectaux et du poumon. Le cancer du sein est en tête de la mortalité par cancer, mais il est suivi de près désormais par le cancer du poumon, conséquence directe de la hausse de la consommation de tabac, devant le cancer colorectal.

Les taux d'incidence (standardisés monde) sont estimés en 2015 en France métropolitaine à 362,4 pour 100 000 hommes et 272,6 pour 100 000 femmes.

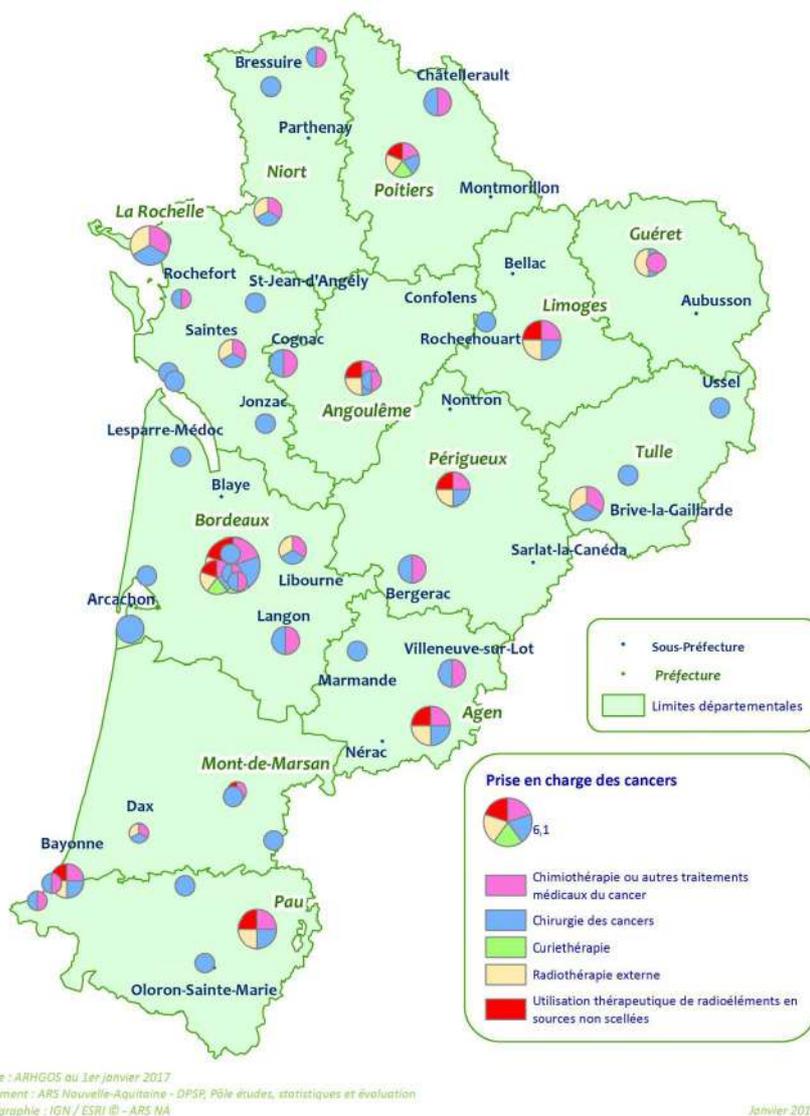
### 8.2.1. Les taux de mortalité en Nouvelle-Aquitaine

**Figure 298. Taux standardisés de mortalité liée au cancer selon les territoires de proximité en Nouvelle-Aquitaine**



Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique  
 Source : Inserm-CépiDC 2009-2013, Insee, traitements ORS Aquitaine  
 Réalisation : ARS Nouvelle-Aquitaine, Pôle études, statistiques et évaluation

Figure 299. Les structures de prise en charge hospitalière des cancers en Nouvelle-Aquitaine



Le traitement du cancer, tumeurs ou hémopathies malignes, est médical, chirurgical ou réalisé par radiothérapie externe, par curiothérapie ou par utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées.

Le dispositif d'autorisations spécifique au traitement du cancer a été mis en place en 2009 pour garantir le même niveau de sécurité, de qualité et d'accessibilité sur l'ensemble du territoire.

Le dispositif d'autorisations repose sur un socle de trois obligations comportant des mesures transversales de qualité, des critères d'agrément pour les principales thérapeutiques du cancer et des seuils d'activité minimale à atteindre pour les traitements de certains types de cancer.

### 8.2.2. La prise en charge hospitalière

En 2015, 82 677 séjours pour cancers (hors séances de chimiothérapie et radiothérapie) ont été réalisés dans les établissements de la région ; cela correspond à 65 631 patients dont 4,5 % ne résident pas en Nouvelle-Aquitaine.

La DMS régionale est 8,3 jours. Les DMS des établissements publics sont supérieures en moyenne de 3 jours à celle des établissements privés.

**Figure 300. Activité en cancérologie hors séances des établissements de la région Nouvelle-Aquitaine en 2015**

Département des établissements	Nbr séjours	Nb patients	DMS (hors 0 jour)	% répartition	Part des patients origine hors région
16-Charente	3 454	2 963	7,9	4,18%	0,6%
17-Charente-Maritime	7 745	6 370	8,5	9,37%	2,9%
19-Corrèze	3 230	2 666	8,2	3,91%	16,9%
23-Creuse	758	640	11,3	0,92%	2,4%
24-Dordogne	3 591	2 951	8,6	4,34%	1,1%
33-Gironde	29 952	23 157	7,8	36,23%	2,0%
40-Landes	3 211	2 554	8,5	3,88%	8,4%
47-Lot-et-Garonne	3 684	2 966	9,3	4,46%	10,7%
64-Pyrénées-Atlantiques	9 907	7 666	7,6	11,98%	3,1%
79-Deux-Sèvres	3 055	2 572	7,8	3,70%	3,7%
86-Vienne	7 197	5 715	8,8	8,70%	9,0%
87-Haute-Vienne	6 893	5 411	9,5	8,34%	8,3%
<b>Total général</b>	<b>82 677</b>	<b>65 631</b>	<b>8,3</b>	<b>100,00%</b>	<b>4,5%</b>

*Source PMSI 2015 MCO - exploitation ARS NA DPSP PESE*

En 2015, on compte 46 327 séjours réalisés dans les établissements publics et 36 350 dans le secteur privé lucratif (hors séances).

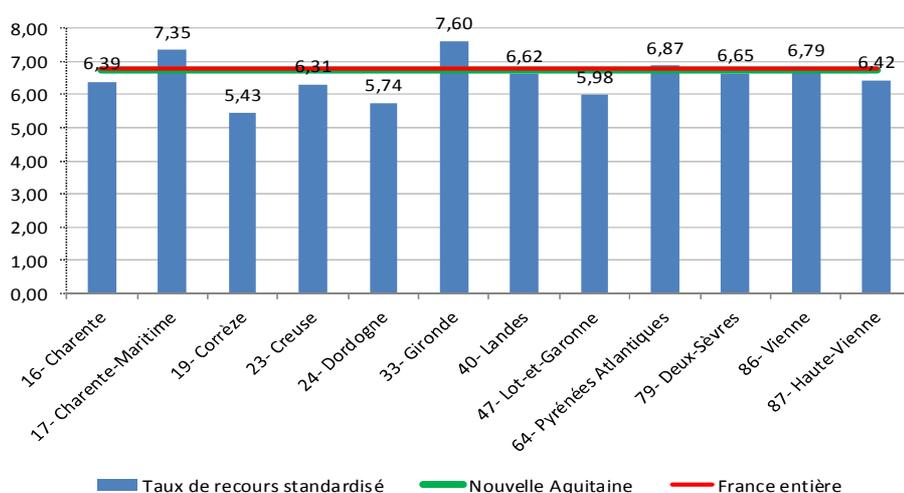
L'activité est plus importante en secteur privé lucratif dans les départements de la Charente, de la Dordogne, du Lot-et-Garonne et des Pyrénées-Atlantiques.

### 8.2.3. Les taux de recours à l'hospitalisation pour cancer en 2015

Le taux de recours mesure la consommation de soins hospitaliers des habitants d'une zone géographique donnée, rapportée à la population domiciliée dans cette zone.

Sa standardisation sur l'âge et le sexe permet de corriger l'effet structure de la population de la zone géographique considérée et donc d'effectuer des comparaisons nationales, régionales ou départementales et de faire un repérage des atypies.

**Figure 301. Taux de recours standardisé 2015 pour chirurgie du cancer : nombre de séjours pour 1 000 habitants**



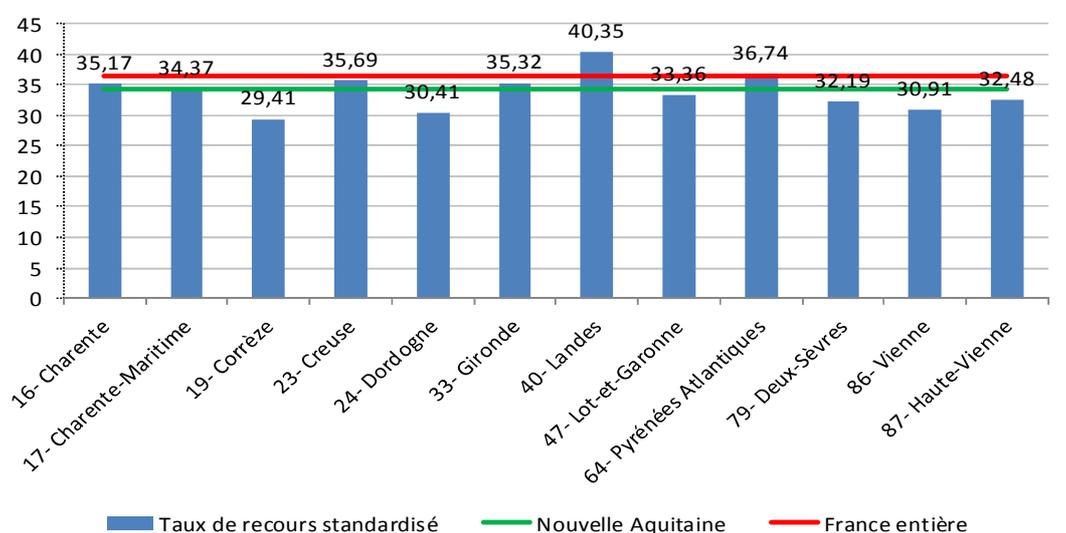
*Source : ATIH - SCANSANTE / Exploitation : DPSP - Pôle Etudes, Statistiques et Evaluation*

Le taux de recours standardisé pour chirurgie du cancer en Nouvelle-Aquitaine est sensiblement équivalent à celui de la France entière (6,76 séjours pour 1 000 habitants vs 6,78).

2 départements affichent des taux de recours standardisés très inférieurs à la moyenne nationale : il s'agit de la Corrèze (5,43) et de la Dordogne (5,74).

A l'opposé, la Charente-Maritime (avec 7,35) et la Gironde (avec 7,60) se positionnent nettement au-dessus de la moyenne nationale.

**Figure 302. Taux de recours standardisé 2015 pour chimiothérapie : nombre de séances pour 1 000 habitants**



Source : ATIH - SCANSANTE / Exploitation : DPSP - Pôle Etudes, Statistiques et Evaluation

Le taux de recours standardisé pour chimiothérapie en Nouvelle-Aquitaine est légèrement inférieur à la moyenne nationale (34,22 vs 36,41).

3 départements affichent des taux de recours standardisés très inférieurs à la moyenne nationale : il s'agit de la Corrèze (29,41), de la Dordogne (30,41) et de la Vienne (30,91).

A l'opposé, les Landes se positionnent nettement au-dessus de la moyenne nationale avec 40,35 séances pour 1 000 habitants.

**Figure 303. Séjours des patients néo-aquitains pour cancer en 2015 et lieu d'hospitalisation**

Fuites des patients Nouvelle Aquitaine			Fuites		
Département de résidence du patient	Nb patients	Dont part prise en charge dans le département	Dont fuites :	dont Fuite autre dept de NA	Dont fuite hors région
16 -Charente	3 875	67,4%	32,6%	31,2%	1,5%
17 -Charente-Maritime	7 813	74,8%	25,2%	22,0%	3,3%
19 -Corrèze	2 398	71,3%	28,7%	19,4%	9,3%
23 -Creuse	1 146	37,0%	63,0%	31,2%	31,8%
24 -Dordogne	4 933	55,8%	44,2%	41,8%	2,3%
33 -Gironde	16 750	98,5%	1,5%	0,7%	0,8%
40 -Landes	4 548	49,0%	51,0%	49,1%	1,9%
47 -Lot-et-Garonne	3 595	66,5%	33,5%	25,9%	7,6%
64 -Pyrénées-Atlantiques	6 756	86,1%	13,9%	8,9%	5,0%
79 -Deux-Sèvres	3 068	61,9%	38,1%	19,1%	19,0%
86 -Vienne	4 118	91,7%	8,3%	2,0%	6,3%
87 -Haute-Vienne	3 543	96,3%	3,7%	1,8%	1,9%
<b>Total général</b>	<b>62 543</b>				
<i>Source PMSI 2015 MCO - exploitation ARS NA DPSP PESE</i>					

En 2015, 62 543 patients néo-aquitains ont été hospitalisés pour cancer (hors séances de chimiothérapie/radiothérapie). Les taux de prise en charge au sein même du département de résidence du patient vont de 98,5 % en Gironde à 37 % en Creuse. Les départements disposant d'un CHU ont les taux de fuite le plus bas.

**Figure 304. Age moyen des patients néo-aquitains et sex-ratio des séjours pour cancers**

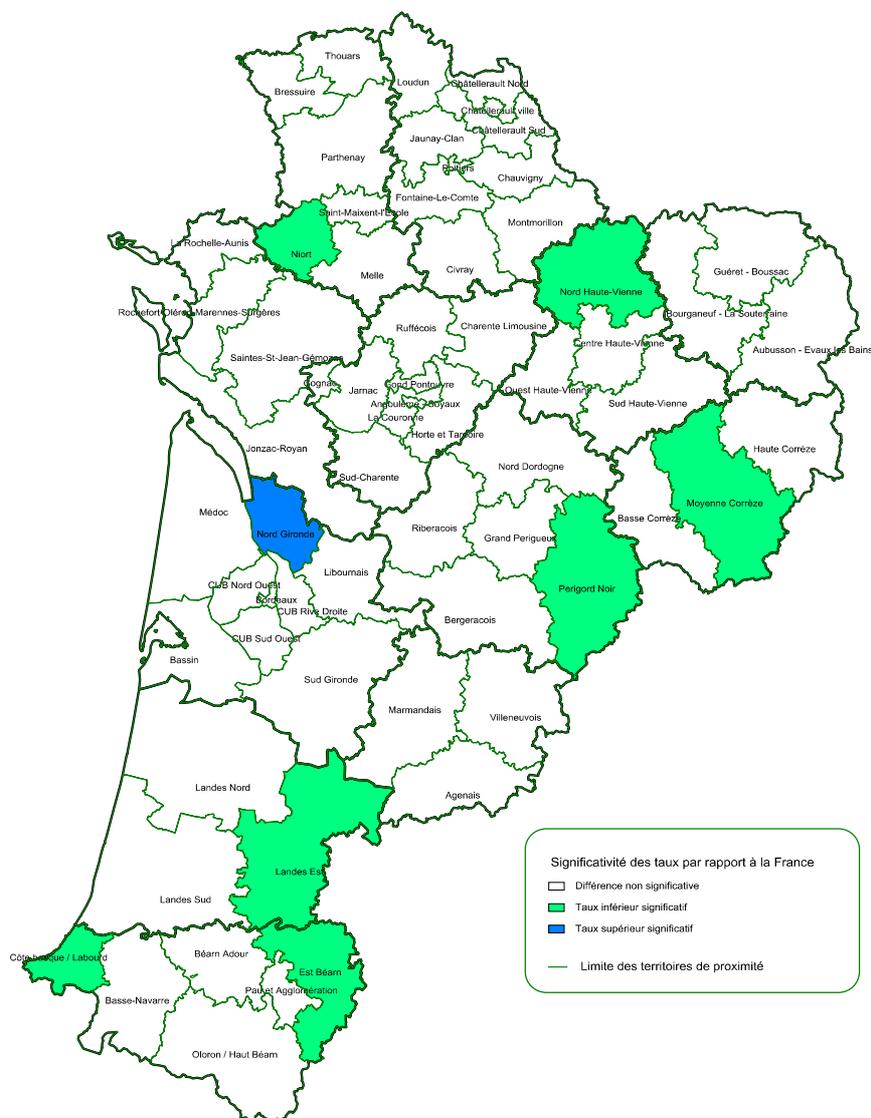
Département de résidence	Patients de 0 à 17 ans inclus			Patients de 18 et plus		
	Age moyen	Homme	Femme	Age moyen	Homme	Femme
16-Charente	6,8	25,00%	75,00%	67,9	55,92%	44,08%
17-Charente-Maritime	8,2	46,55%	53,45%	68,4	55,42%	44,58%
19-Corrèze	8,6	86,67%	13,33%	67,4	57,74%	42,26%
23-Creuse	8,4	85,71%	14,29%	68,9	57,04%	42,96%
24-Dordogne	8,0	67,74%	32,26%	68,5	56,44%	43,56%
33-Gironde	9,6	45,56%	54,44%	66,3	54,01%	45,99%
40-Landes	8,0	42,50%	57,50%	67,9	56,28%	43,72%
47-Lot-et-Garonne	10,3	62,96%	37,04%	68,9	56,45%	43,55%
64-Pyrénées-Atlantiques	8,4	58,97%	41,03%	67,3	54,71%	45,29%
79-Deux-Sèvres	8,7	70,59%	29,41%	67,1	55,87%	44,13%
86-Vienne	7,8	66,67%	33,33%	67,3	55,74%	44,26%
87-Haute-Vienne	12,1	40,54%	59,46%	67,8	53,93%	46,07%
<b>Total général</b>	<b>8,9</b>	<b>51,99%</b>	<b>48,01%</b>	<b>67,5</b>	<b>55,29%</b>	<b>44,71%</b>
<i>Source PMSI 2015 MCO - exploitation ARS NA DPSP PESE</i>						

L'âge moyen des patients de moins de 18 ans hospitalisés pour cancer est de 9 ans et celui des adultes de 67,5 ans.

## 8.2.4. Le cancer du sein

### 8.2.4.1. Les taux de mortalité

Figure 305. Taux standardisés de mortalité liée au cancer du sein selon les territoires de proximité en Nouvelle-Aquitaine



Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique  
Source : Inserm-CépiDC 2009-2013, Insee, traitements ORS Aquitaine  
Réalisation : ARS Nouvelle-Aquitaine, Pôle études, statistiques et évaluation

### 8.2.4.2. La prise en charge hospitalière

Figure 306. Séjours hors séances pour cancer du sein des établissements de la région Nouvelle-Aquitaine

Département des établissements	Nbr séjours	part des 0 jours (Hors séances)	DMS Hors 0 jour	Part par département	Part des patients origine hors région
16-Charente	365	37,0%	3,6	4,90%	0,0%
17-Charente-Maritime	721	22,5%	3,7	9,67%	1,4%
19-Corrèze	276	4,7%	4,3	3,70%	11,6%
23-Creuse	40	2,5%	7,1	0,54%	2,5%
24-Dordogne	243	3,7%	4,6	3,26%	0,0%
33-Gironde	2 563	22,2%	3,2	34,38%	1,6%
40-Landes	344	29,4%	2,6	4,61%	7,0%
47-Lot-et-Garonne	276	1,4%	5,4	3,70%	9,4%
64-Pyrénées-Atlantiques	949	18,3%	3,1	12,73%	1,6%
79-Deux-Sèvres	330	7,0%	3,6	4,43%	4,5%
86-Vienne	577	21,7%	3,4	7,74%	8,7%
87-Haute-Vienne	771	16,1%	3,7	10,34%	13,6%
<b>Total général</b>	<b>7 455</b>	<b>19,3%</b>	<b>3,5</b>	<b>100,00%</b>	<b>4,3%</b>

Source PMSI 2015 MCO - exploitation ARS NA DPSP PESE

Parmi les 7 455 séjours réalisés au sein des établissements de santé de Nouvelle-Aquitaine, 51 % d'entre eux ont été réalisés en établissement privé.

La part des patients pris en charge ne résidant pas dans la région atteint plus de 10 % en Corrèze et Haute-Vienne.

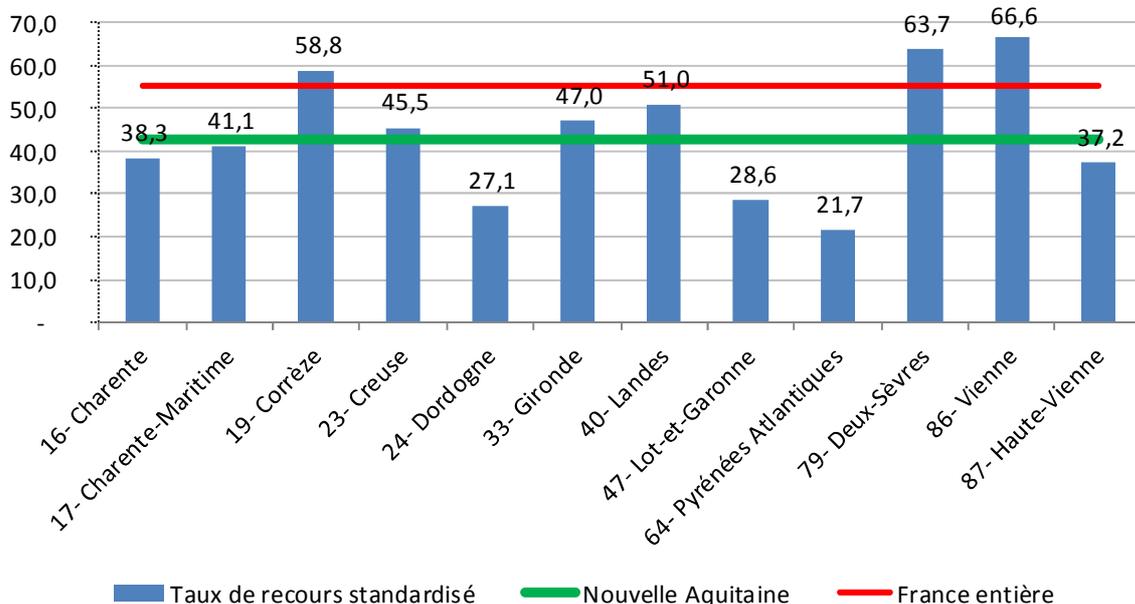
Figure 307. Séjours des patientes néo-aquitaines pour cancer du sein en 2015 et lieu d'hospitalisation

Fuites des patientes Nouvelle Aquitaine			Fuites		
Département de résidence du patient	Nb Patients	Dont part prise en charge dans le département	Dont fuites :	dont Fuite autre dept de NA	Dont fuite hors région
16 -Charente	394	75,1%	24,9%	23,6%	1,3%
17 -Charente-Maritime	810	78,5%	21,5%	16,9%	4,6%
19 -Corrèze	255	71,0%	29,0%	10,6%	18,4%
23 -Creuse	147	23,8%	76,2%	34,7%	41,5%
24 -Dordogne	474	44,9%	55,1%	52,3%	2,7%
33 -Gironde	1 722	99,2%	0,8%	0,2%	0,6%
40 -Landes	467	58,7%	41,3%	39,6%	1,7%
47 -Lot-et-Garonne	389	60,2%	39,8%	24,4%	15,4%
64 -Pyrénées-Atlantiques	751	91,2%	8,8%	4,4%	4,4%
79 -Deux-Sèvres	434	62,2%	37,8%	11,1%	26,7%
86 -Vienne	455	92,5%	7,5%	1,1%	6,4%
87 -Haute-Vienne	476	97,5%	2,5%	1,1%	1,5%
<b>Total général</b>	<b>6 774</b>				

Source PMSI 2015 MCO - exploitation ARS NA DPSP PESE

Au total, 6 774 patientes ont été prises en charge en 2015. 99,2 % des patientes de Gironde ont été prises en charge au sein de leur département. Par contre, seulement 23,8 % des patientes de Creuse sont prises en charge au sein de leur département ; plus de 40 % sont prises en charge hors région.

**Figure 308. Taux de recours standardisé 2015 pour cancer du sein : nombre de séjours et séances pour 1000 femmes de 15 ans et plus**



**Source : base PMSI MCO / Exploitation : DPSP - Pôle Etudes, Statistiques et Evaluation**

Après standardisation sur l'âge et le sexe, le taux de recours pour cancer du sein est inférieur à la moyenne nationale (42,7 vs 55,3).

3 départements affichent des taux de recours standardisés très inférieurs à la moyenne nationale : il s'agit des Pyrénées-Atlantiques (21,7 séjours et séances pour 1 000 habitants), de la Dordogne (27,1) et du Lot-et-Garonne (28,6).

A contrario, la Vienne (avec 66,6), les Deux-Sèvres (63,7) et la Corrèze (58,8) se positionnent au-dessus de la moyenne nationale.



### 8.2.5.2. La prise en charge hospitalière

Figure 310. Séjours hors séances des établissements de Nouvelle-Aquitaine pour cancer colo-rectal

Département des établissements	Nbr séjours	part des 0 jours (Hors séances)	DMS Hors 0 jour	Part par département	Part des patients origine hors région
16-Charente	422	46,0%	9,9	5,04%	0,5%
17-Charente-Maritime	639	36,2%	11,0	7,63%	1,7%
19-Corrèze	558	51,1%	8,7	6,66%	14,3%
23-Creuse	80	36,3%	11,8	0,95%	2,5%
24-Dordogne	582	54,5%	10,0	6,95%	0,3%
33-Gironde	2 968	54,9%	8,3	35,42%	0,9%
40-Landes	262	27,5%	11,5	3,13%	5,3%
47-Lot-et-Garonne	365	26,0%	10,7	4,36%	8,2%
64-Pyrénées-Atlantiques	783	33,2%	9,5	9,34%	1,7%
79-Deux-Sèvres	408	32,4%	11,0	4,87%	1,2%
86-Vienne	866	50,9%	9,1	10,34%	10,3%
87-Haute-Vienne	446	20,4%	12,3	5,32%	4,7%
<b>Total général</b>	<b>8 379</b>	<b>45,1%</b>	<b>9,7</b>	<b>100,00%</b>	<b>3,5%</b>

Source PMSI 2015 MCO - exploitation ARS NA DPSP PESE

Près de 54 % des 8 379 séjours hospitaliers de 2015 ont été réalisés dans des établissements privés. Les séjours dans les établissements publics ont été majoritaires en Lot-et-Garonne, Deux-Sèvres, Vienne et Haute-Vienne.

3,5 % de ces séjours concernaient des patients ne résidant pas en Nouvelle-Aquitaine.

Figure 311. Séjours des patients néo-aquitains pour cancer colorectal en 2015 et lieu d'hospitalisation

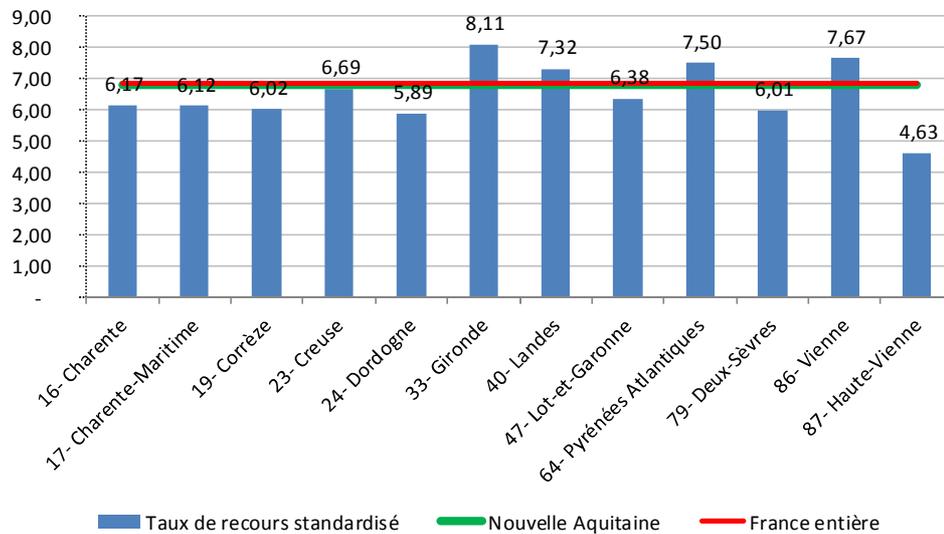
Fuites des patients Nouvelle Aquitaine			Fuites		
Département de résidence du patient	Nb Patients	Dont part pris en charge dans le département	Dont fuites :	dont Fuite autre dept de NA	Dont fuite hors région
16 -Charente	371	87,2%	12,8%	11,5%	1,4%
17 -Charente-Maritime	573	85,5%	14,5%	12,2%	2,4%
19 -Corrèze	386	90,3%	9,7%	5,6%	4,1%
23 -Creuse	170	36,2%	63,8%	17,4%	46,5%
24 -Dordogne	623	75,8%	24,2%	22,9%	1,3%
33 -Gironde	2 195	99,3%	0,7%	0,3%	0,3%
40 -Landes	380	50,8%	49,2%	48,5%	0,6%
47 -Lot-et-Garonne	301	83,7%	16,3%	15,1%	1,3%
64 -Pyrénées-Atlantiques	538	92,9%	7,1%	3,3%	3,8%
79 -Deux-Sèvres	366	84,1%	15,9%	8,9%	7,0%
86 -Vienne	656	90,5%	9,5%	1,8%	7,8%
87 -Haute-Vienne	247	97,0%	3,0%	2,7%	0,3%
<b>Total général</b>	<b>6 806</b>				

Source PMSI 2015 MCO - exploitation ARS NA DPSP PESE

Au total, 6 806 patients néo-aquitains ont été pris en charge en 2015. 99,3 % des patients de Gironde ont été pris en charge au sein de leur département. Seulement 36,2 % des patients de Creuse sont pris en charge au sein de leur département ; plus de 46 % hors région.

L'âge moyen des patients hospitalisés pour cancer du côlon est de 69,3 ans en 2015.

**Figure 312. Taux de recours standardisé 2015 pour cancer colorectal : nombre de séjours et séances pour 1 000 habitants**



Source : base PMSI MCO / Exploitation : DPSP - Pôle Etudes, Statistiques et Evaluation

Après standardisation sur l'âge et le sexe, le taux de recours pour cancer du côlon est proche de la moyenne nationale (6,82 séjours pour 1 000 habitants vs 6,85).

Un département se détache nettement des autres : il s'agit de la Haute-Vienne avec un taux de recours standardisé nettement inférieur (4,63).

A l'opposé, les Pyrénées-Atlantiques (avec 7,50), la Vienne (7,67) et surtout la Gironde (8,11) se positionnent au-dessus de la moyenne nationale.



### 8.2.6.2. La prise en charge hospitalière

Figure 314. Séjours hors séances des établissements de Nouvelle-Aquitaine pour le cancer broncho-pulmonaire

Département des établissements	Nbr séjours	part des 0 jours (Hors séances)	DMS Hors 0 jour	Part par département	Part des patients origine hors région
16-Charente	249	11,2%	4,8	4,13%	0,8%
17-Charente-Maritime	679	19,7%	8,3	11,26%	2,1%
19-Corrèze	161	11,8%	5,7	2,67%	18,6%
23-Creuse	68	27,9%	8,4	1,13%	1,5%
24-Dordogne	277	23,1%	6,9	4,59%	1,8%
33-Gironde	2 131	22,9%	7,9	35,33%	0,9%
40-Landes	138	14,5%	4,8	2,29%	6,5%
47-Lot-et-Garonne	323	12,7%	9,4	5,35%	9,6%
64-Pyrénées-Atlantiques	930	17,0%	8,7	15,42%	3,5%
79-Deux-Sèvres	155	3,2%	7,2	2,57%	1,9%
86-Vienne	425	10,1%	6,4	7,05%	5,9%
87-Haute-Vienne	496	14,7%	7,8	8,22%	9,9%
<b>Total général</b>	<b>6 032</b>	<b>18,1%</b>	<b>7,6</b>	<b>100,00%</b>	<b>3,7%</b>
<i>Source PMSI 2015 MCO - exploitation ARS NA DPSP PESE</i>					

6 032 séjours hospitaliers pour cancer broncho-pulmonaire ont été réalisés en 2015 dans les établissements de Nouvelle-Aquitaine. 3,7 % de ces séjours ont concerné des patients d'autres régions que la Nouvelle-Aquitaine.

73 % des séjours ont été réalisés en établissement public de santé en 2015.

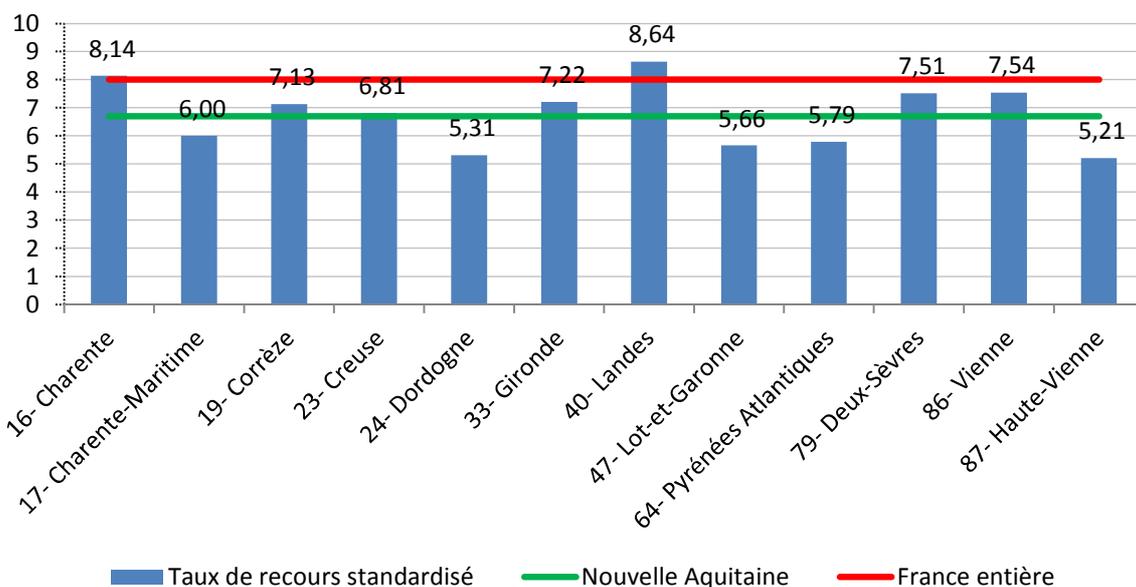
Figure 315. Séjours des patients pour cancer broncho-pulmonaire en 2015 et lieu d'hospitalisation

Fuites des patients Nouvelle Aquitaine			Fuites		
Département de résidence du patient	Nb Patients	Dont part pris en charge dans le département	Dont fuites :	dont Fuite autre dept de NA	Dont fuite hors région
16 -Charente	298	63,5%	36,5%	36,0%	0,6%
17 -Charente-Maritime	716	73,6%	26,4%	23,9%	2,5%
19 -Corrèze	164	59,2%	40,8%	29,6%	11,2%
23 -Creuse	100	51,9%	48,1%	30,2%	17,8%
24 -Dordogne	382	55,9%	44,1%	41,2%	2,9%
33 -Gironde	1 272	98,5%	1,5%	0,6%	0,9%
40 -Landes	378	27,1%	72,9%	71,4%	1,5%
47 -Lot-et-Garonne	317	74,9%	25,1%	17,2%	7,8%
64 -Pyrénées-Atlantiques	531	89,8%	10,2%	3,8%	6,5%
79 -Deux-Sèvres	212	59,9%	40,1%	24,8%	15,3%
86 -Vienne	266	94,2%	5,8%	1,6%	4,2%
87 -Haute-Vienne	278	92,6%	7,4%	4,7%	2,6%
<b>Total général</b>	<b>4 914</b>				
<i>Source PMSI 2015 MCO - exploitation ARS NA DPSP PESE</i>					

Les patients néo-aquitains pris en charge dans une autre région pour cancer broncho-pulmonaire représentent 17,8 % en Creuse, 15,3 % dans les Deux-Sèvres et 11,2 % en Corrèze.

L'âge moyen des patients hospitalisés est de 66,5 ans avec une prédominance d'hommes (66,4%).

**Figure 316. Taux de recours standardisé 2015 pour cancer broncho-pulmonaire : nombre de séjours et séances pour 1 000 habitants**



Le taux de recours standardisé des habitants de Nouvelle-Aquitaine pour cancer broncho-pulmonaire est inférieur à la moyenne nationale (6,7 séjours pour 1000 habitants vs 8 au niveau national). Toutefois, ce résultat masque de grandes disparités au sein de la région : le taux varie de 5,21 en Haute-Vienne à 8,64 dans les Landes.

### 8.2.7. Le cancer des voies aéro-digestives supérieures (VADS)

#### 8.2.7.1. La prise en charge hospitalière

**Figure 317. Séjours hors séances des établissements de Nouvelle-Aquitaine pour le cancer des VADS**

Département des établissements	Nbr séjours	part des 0 jours (Hors séances)	DMS Hors 0 jour	Part par département	Part des patients origine hors région
16-Charente	83	38,6%	4,8	2,72%	0,0%
17-Charente-Maritime	296	33,4%	8,3	9,71%	4,4%
19-Corrèze	89	24,7%	5,7	2,92%	7,9%
23-Creuse	39	53,8%	8,4	1,28%	0,0%
24-Dordogne	178	23,6%	6,9	5,84%	2,2%
33-Gironde	1 248	31,6%	7,9	40,94%	1,0%
40-Landes	88	37,5%	4,8	2,89%	2,3%
47-Lot-et-Garonne	40	22,5%	9,4	1,31%	17,5%
64-Pyrénées-Atlantiques	344	36,3%	8,7	11,29%	3,8%
79-Deux-Sèvres	87	18,4%	7,2	2,85%	4,6%
86-Vienne	272	18,4%	6,4	8,92%	4,8%
87-Haute-Vienne	284	15,5%	7,8	9,32%	4,6%
<b>Total général</b>	<b>3 048</b>	<b>29,1%</b>	<b>7,6</b>	<b>100,00%</b>	<b>2,9%</b>

Source PMSI 2015 MCO - exploitation ARS NA DPSP PESE

En 2015, 3 048 séjours hospitaliers pour cancer des VADS ont été réalisés dans les établissements de Nouvelle-Aquitaine. 2,9 % de ces séjours ont concerné des patients d'autres régions que la Nouvelle-Aquitaine.

59 % des séjours ont été réalisés en établissements de santé publics.

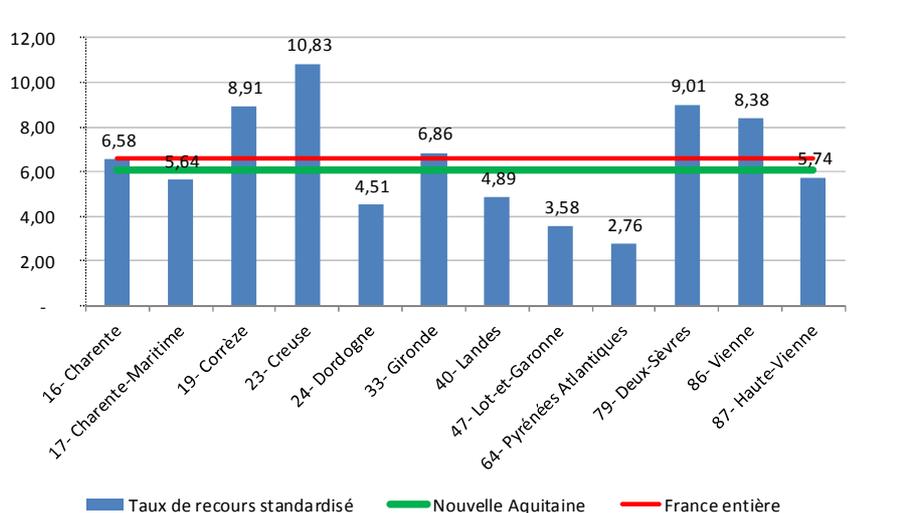
**Figure 318. Séjours des patients pour cancer des VADS en 2015 et lieu d'hospitalisation**

Fuites des patients Nouvelle Aquitaine			Fuites		
Département de résidence du patient	Nb Patients	Dont part pris en charge dans le département	Dont fuites :	dont Fuite autre dept de NA	Dont fuite hors région
16 -Charente	154	39,0%	61,0%	60,4%	0,6%
17 -Charente-Maritime	319	63,9%	36,1%	32,6%	3,4%
19 -Corrèze	90	53,3%	46,7%	37,8%	8,9%
23 -Creuse	80	40,0%	60,0%	33,8%	26,3%
24 -Dordogne	191	67,0%	33,0%	29,8%	3,1%
33 -Gironde	530	99,1%	0,9%	0,4%	0,6%
40 -Landes	155	43,2%	56,8%	55,5%	1,3%
47 -Lot-et-Garonne	110	25,5%	74,5%	60,0%	14,5%
64 -Pyrénées-Atlantiques	234	82,1%	17,9%	13,2%	4,7%
79 -Deux-Sèvres	135	47,4%	52,6%	24,4%	28,1%
86 -Vienne	141	95,7%	4,3%	0,0%	4,3%
87 -Haute-Vienne	120	97,5%	2,5%	1,7%	0,8%
<b>Total général</b>	<b>2 259</b>				

Source PMSI 2015 MCO - exploitation ARS NA DPSP PESE

2 259 patients néo-aquitains ont été hospitalisés en 2015 pour cancer des VADS. Les patients néo-aquitains pris en charge dans une autre région pour cancer des VADS représentent 28,1 % dans les Deux-Sèvres, 26,3 % en Creuse et 14,5 % en Lot-et-Garonne. L'âge moyen des patients hospitalisés est de 63,5 ans avec une prédominance d'hommes hospitalisés (75 %).

**Figure 319. Taux de recours standardisé 2015 pour cancer des VADS : nombre de séjours et séances pour 1 000 habitants**



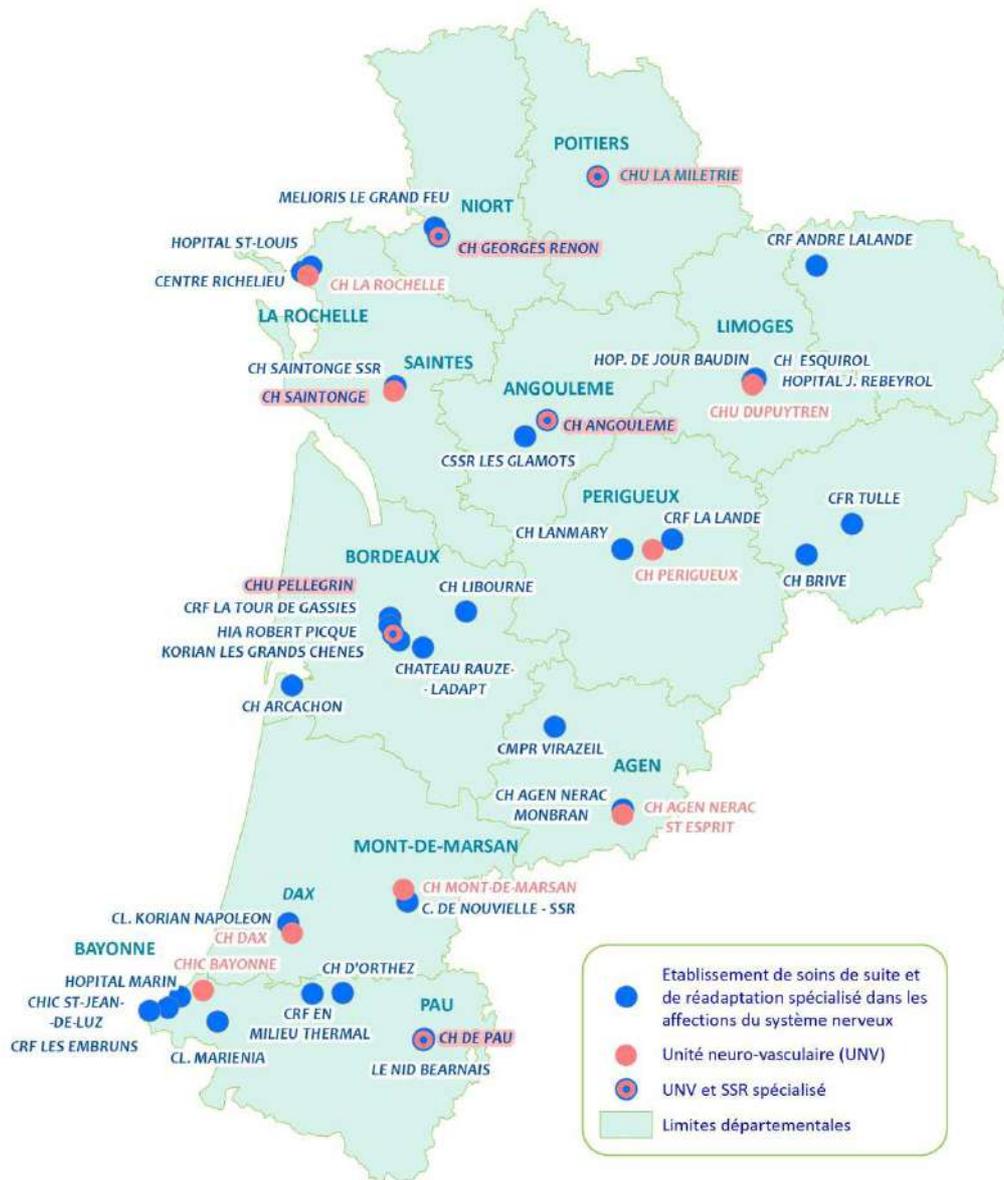
Source : base PMSI MCO / Exploitation : DPSP - Pôle Etudes, Statistiques et Evaluation

Le taux de recours brut pour cancer des VADS en Nouvelle-Aquitaine est proche de celui de la France entière : 6,71 séjours pour 1 000 habitants vs 6,63. Après standardisation sur l'âge et le sexe, le taux de recours pour cancer des VADS en Nouvelle-Aquitaine est légèrement inférieur à la moyenne nationale (6,06 vs 6,63). Les résultats départementaux sont très hétérogènes : les Pyrénées-Atlantiques sont très en deçà de la moyenne nationale avec un taux à 2,76, le Lot-et-Garonne également avec 3,58 ainsi que la Dordogne avec 4,51. A l'opposé, la Creuse affiche un taux de recours très élevé (10,83), suivie par les Deux-Sèvres (9,01), la Corrèze (8,91) et la Vienne (8,38).

### 8.3. Les accidents vasculaires cérébraux (AVC)

L'accident vasculaire cérébral (AVC) est une urgence médicale qui nécessite le recours rapide à une filière de soins coordonnée. La thrombolyse à la phase aiguë et la prise en charge en rééducation multidisciplinaire améliorent significativement le pronostic vital et fonctionnel.

Figure 320. Les structures de prise en charge spécialisées en médecine et SSR



Source : DREES - Enquête SAE 2015 - ARHGOS au 1er septembre 2016  
 Traitement : ARS NA - DPSP, Pôle études, statistiques et évaluation  
 Cartographie : IGN / ESRI ©

Janvier 2017

#### 8.3.1. La prise en charge hospitalière

Le nombre de séjours hospitaliers des résidents de Nouvelle-Aquitaine pour AVC a augmenté de 8,8 % entre 2011 et 2015. C'est en Gironde et en Dordogne que la hausse a été la plus marquée (respectivement + 12,5 % et + 12,4 %). Par contre, en Lot-et-Garonne, le volume de séjours pour AVC est resté stable.

**Figure 321. Évolution du nombre de séjours MCO pour AVC entre 2011 et 2015 selon le département de résidence en Nouvelle-Aquitaine**

	2011	2012	2013	2014	2015	Evol. 2011-2015
16 - Charente	994	991	1 077	1 010	1 087	9,4%
17 - Charente-Maritime	2 045	2 115	2 207	2 157	2 199	7,5%
19 - Corrèze	848	796	812	864	902	6,4%
23 - Creuse	530	534	510	590	574	8,3%
24 - Dordogne	1 374	1 437	1 481	1 422	1 545	12,4%
33 - Gironde	3 835	4 159	4 292	4 361	4 316	12,5%
40 - Landes	1 328	1 299	1 417	1 439	1 474	11,0%
47 - Lot-et-Garonne	1 120	1 124	1 172	1 125	1 129	0,8%
64 - Pyrénées-Atlantiques	2 192	2 328	2 420	2 388	2 322	5,9%
79 - Deux-Sèvres	1 108	1 179	1 177	1 104	1 187	7,1%
86 - Vienne	1 192	1 234	1 279	1 247	1 298	8,9%
87 - Haute-Vienne	1 084	1 049	1 053	1 173	1 165	7,5%
<b>Total Nouvelle Aquitaine</b>	<b>17 650</b>	<b>18 245</b>	<b>18 897</b>	<b>18 880</b>	<b>19 198</b>	<b>8,8%</b>

Source : PMSI MCO - base sécurisée ATIH / Exploitation : DPSP - Pôle Etudes, Statistiques et Evaluation

La durée moyenne de séjour s'élève à 9,3 jours en Nouvelle-Aquitaine en 2015. Elle varie de 8,1 jours en Pyrénées-Atlantiques à 10,7 jours en Creuse.

**Figure 322. Durée moyenne des séjours selon le département de résidence des patients néo-aquitains en 2015**

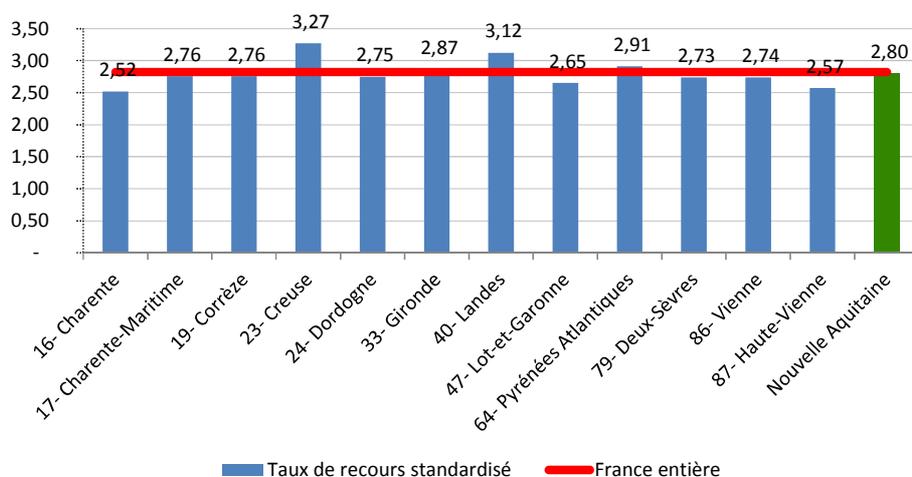
	DMS	Nb de séjours de plus de 3 mois
16 - Charente	9,6	3
17 - Charente-Maritime	10,0	3
19 - Corrèze	10,3	3
23 - Creuse	10,7	1
24 - Dordogne	10,2	6
33 - Gironde	9,1	15
40 - Landes	10,1	3
47 - Lot-et-Garonne	8,5	2
64 - Pyrénées-Atlantiques	8,1	0
79 - Deux-Sèvres	8,4	1
86 - Vienne	8,8	2
87 - Haute-Vienne	9,7	2
<b>Total Nouvelle Aquitaine</b>	<b>9,3</b>	<b>41</b>

Source : PMSI MCO - base sécurisée ATIH / Exploitation : DPSP - Pôle Etudes, Statistiques et Evaluation

L'âge moyen des patients hospitalisés pour AVC est de 72,9 ans en Nouvelle-Aquitaine. Il varie de 71,8 ans (en Gironde) à 74,5 ans (en Corrèze).

Les hommes sont légèrement majoritaires (50,5 %) mais ce résultat varie selon les départements (de 48,2 % dans la Vienne à 52,6 % dans les Landes).

**Figure 323. Taux de recours standardisé 2015 (en nombre de séjours pour 1 000 habitants) en Nouvelle-Aquitaine**



Source : PMSI MCO 2015 Traitement : ARS Nouvelle-Aquitaine, DPSP

Le taux de recours mesure la consommation de soins hospitaliers des habitants d'une zone géographique donnée, rapportée à la population domiciliée dans cette zone.

Sa standardisation sur l'âge et le sexe permet de corriger l'effet structure de la population de la zone géographique considérée et donc d'effectuer des comparaisons nationales, régionales ou départementales et de faire un repérage des atypies.

Après standardisation sur l'âge et le sexe, le nombre de séjours pour AVC pour 1 000 habitants de Nouvelle-Aquitaine est sensiblement identique à celui de la population France entière (2,80 vs 2,82). Le recours est plus faible en Haute-Vienne (avec 2,57) et en Charente (avec 2,52) mais plus élevé en Creuse (avec 3,27) et dans les Landes (avec 3,12).

**Figure 324. Répartition selon le type d'AVC en nombre de patients pris en charge (en dehors de hémorragies sous arachnoïdiennes) en Nouvelle-Aquitaine en 2015**

	Nb total de patients	Accidents Ischémiques Transitoires (AIT)		AVC Constitué		Hémorragie Intracranienne	
		Nb Patients	%	Nb Patients	%	Nb Patients	%
16-Charente	941	200	21,3%	598	63,5%	143	15,2%
17-Charente-Maritime	1 903	410	21,5%	1 189	62,5%	304	16,0%
19-Corrèze	802	229	28,6%	480	59,9%	93	11,6%
23-Creuse	531	143	26,9%	332	62,5%	56	10,5%
24-Dordogne	1 341	317	23,6%	854	63,7%	170	12,7%
33-Gironde	3 747	1 027	27,4%	2 252	60,1%	468	12,5%
40-Landes	1 308	338	25,8%	743	56,8%	227	17,4%
47-Lot et Garonne	994	193	19,4%	659	66,3%	142	14,3%
64-Pyrénées atlantiques	2 044	465	22,7%	1 316	64,4%	263	12,9%
79-Deux-Sevres	1 039	236	22,7%	641	61,7%	162	15,6%
86-Vienne	1 132	285	25,2%	694	61,3%	153	13,5%
87- Haute-Vienne	1 034	347	33,6%	580	56,1%	107	10,3%
<b>Nouvelle-Aquitaine</b>	<b>16 816</b>	<b>4 190</b>	<b>24,9%</b>	<b>10 338</b>	<b>61,5%</b>	<b>2 288</b>	<b>13,6%</b>

source PMSI 2015 - Base sécurisée ATI - ARS NA DPSP Etudes et stats

16 816 patients de Nouvelle-Aquitaine ont été hospitalisés pour AVC en 2015, dont la majorité (61,5 %) pour AVC constitué.

**Figure 325. Nombre moyen de journées de prise en charge par patient et taux de décès selon le type d'AVC en Nouvelle-Aquitaine en 2015**

	Accidents Ischémiques Transitoires (AIT)		AVC Constitué		Hémorragie Intracranienne		Taux DC global
	Nb moyen de journées de prise en charge	Taux DC	Nb moyen de journées de prise en charge	Taux DC	Nb moyen de journées de prise en charge	Taux DC	
16-Charente	3,9	0,5%	9,4	7,8%	11,4	27,3%	9,2%
17-Charente-Maritime	4,1	0,2%	10,8	9,0%	12,1	30,8%	10,6%
19-Corrèze	5,1	0,4%	11,3	11,7%	16,9	34,4%	11,1%
23-Creuse	6,9	1,4%	10,8	13,3%	13,1	39,3%	12,8%
24-Dordogne	4,6	0,3%	10,5	10,0%	9,1	30,0%	10,2%
33-Gironde	2,9	0,2%	9,1	7,8%	11,3	33,7%	8,9%
40-Landes	3,4	0,6%	10,9	9,6%	12,3	32,9%	11,3%
47-Lot et Garonne	4,3	0,0%	8,1	9,7%	8,7	28,0%	10,4%
64-Pyrénées atlantiques	3,0	0,6%	8,1	8,7%	9,4	35,2%	10,3%
79-Deux-Sevres	4,3	0,4%	8,7	6,5%	7,3	32,7%	9,2%
86-Vienne	4,4	0,0%	9,8	8,8%	9,2	35,9%	10,2%
87- Haute-Vienne	5,0	0,0%	10,9	9,1%	16,3	29,9%	8,2%
<b>Nouvelle-Aquitaine</b>	<b>3,9</b>	<b>0,3%</b>	<b>9,6</b>	<b>8,9%</b>	<b>11,0</b>	<b>32,4%</b>	<b>10,0%</b>

source PMSI 2015 - Base sécurisée ATIH - ARS NA DPSP Etudes et stats

Le nombre moyen de journées de prise en charge pour AIT par patient de Nouvelle-Aquitaine est de 3,9 jours.

Il varie de 2,9 jours pour les habitants de la Gironde à 6,9 jours pour ceux de la Creuse.

Le nombre moyen de journées de prise en charge pour AVC constitué par patient est de 9,6 jours pour les résidents de Nouvelle-Aquitaine. Il varie de 8,1 jours pour ceux des Pyrénées-Atlantiques et Lot-et-Garonne à 11,3 jours pour ceux de la Corrèze.

Pour les hémorragies intracrâniennes, le nombre moyen de journées de prise en charge par patient est de 11 jours. Les variations sont importantes au sein de la région : de 7,3 jours pour les habitants des Deux-Sèvres à 16,9 jours pour ceux de la Corrèze.

Parmi les départements de Nouvelle-Aquitaine, c'est en Creuse que les taux de décès au cours de l'hospitalisation sont les plus élevés : 1,4 % pour AIT (vs 0,3 % en moyenne régionale), 13,3 % pour AVC constitué (vs 8,9 %) et 39,3 % pour hémorragie intracrânienne (vs 32,4 %).

Au niveau des territoires de santé, en ce qui concerne les hémorragies intracrâniennes, c'est en Béarn Soule que le taux de décès est le plus élevé (42,1 %). Plus de 3/4 des séjours sont pris en charge au CH de Pau mais l'analyse montre que 18 % des séjours pour infarctus cérébral et 14 % des séjours pour hémorragie intracérébrale sont admis à Oloron ou Orthez, et c'est dans ces établissements que l'on retrouve 20 % des décès.

**Figure 326. Pourcentage de séjours pour AVC pris en charge en UNV (parmi les 1<sup>ers</sup> séjours uniquement) par département de Nouvelle-Aquitaine**

	Nb de 1ers séjours	UNV	%
16 - Charente	1000	415	41,5%
17 - Charente-Maritime	1916	843	44,0%
19 - Corrèze	798	64	8,0%
23 - Creuse	512	49	9,6%
24 - Dordogne	1419	512	36,1%
33 - Gironde	4043	1340	33,1%
40 - Landes	1362	863	63,4%
47 - Lot-et-Garonne	1023	459	44,9%
64 - Pyrénées-Atlantiques	2163	1102	50,9%
79 - Deux-Sèvres	1073	515	48,0%
86 - Vienne	1220	550	45,1%
87 - Haute-Vienne	1073	416	38,8%
<b>Total Nouvelle Aquitaine</b>	<b>17602</b>	<b>7128</b>	<b>40,5%</b>

Source : PMSI MCO - base sécurisée ATIH / Exploitation : DPSP - Pôle Etudes, Statistiques et Evaluation

Le taux moyen de prise en charge en UNV des patients néo-aquitains est de 40,5 % des premiers séjours pour AVC en Nouvelle-Aquitaine.

Toutefois, de fortes disparités existent au sein de la région : dans les Landes, 63,4 % des premiers séjours sont pris en charge en UNV alors qu'en Corrèze, ils ne sont que 8 % et en Creuse, 9,6 %.

### 8.3.2. La prise en charge en soins de suite

**Figure 327. Pourcentage de transferts directs en SSR pour les patients néo-aquitains hospitalisés en MCO pour AVC**

	Nb séjours hors décès	dont transfert direct en SSR	% transfert direct en SSR
16 - Charente	984	233	23,7%
17 - Charente-Maritime	1 971	389	19,7%
19 - Corrèze	802	126	15,7%
23 - Creuse	501	88	17,6%
24 - Dordogne	1 398	315	22,5%
33 - Gironde	3 929	576	14,7%
40 - Landes	1 315	232	17,6%
47 - Lot-et-Garonne	1 015	212	20,9%
64 - Pyrénées-Atlantiques	2 091	462	22,1%
79 - Deux-Sèvres	1 080	218	20,2%
86 - Vienne	1 167	251	21,5%
87 - Haute-Vienne	1 065	235	22,1%
<b>Total Nouvelle Aquitaine</b>	<b>17 318</b>	<b>3 337</b>	<b>19,3%</b>

Source : PMSI MCO - base sécurisée ATIH / Exploitation : DPSP - Pôle Etudes, Statistiques et Evaluation

A l'issue de leur séjour en MCO, 19,3 % des patients sont transférés directement dans une structure de Soins de Suite et de Réadaptation. En Charente, ce taux est plus élevé (23,7 %), de même qu'en Dordogne (22,5 %) et en Pyrénées-Atlantiques (22,1 %). Par contre, en Gironde, seulement 14,7 % des patients sont transférés en SSR et 15,7 % en Corrèze.

**Figure 328. Pourcentage de transferts directs en HAD pour les patients néo-aquitains hospitalisés en MCO pour AVC**

	Nb séjours hors décès	dont transfert direct en HAD	% transfert direct vers HAD
16 - Charente	984	0	0,0%
17 - Charente-Maritime	1 971	10	0,5%
19 - Corrèze	802	2	0,2%
23 - Creuse	501	0	0,0%
24 - Dordogne	1 398	5	0,4%
33 - Gironde	3 929	9	0,2%
40 - Landes	1 315	1	0,1%
47 - Lot-et-Garonne	1 015	2	0,2%
64 - Pyrénées-Atlantiques	2 091	3	0,1%
79 - Deux-Sèvres	1 080	1	0,1%
86 - Vienne	1 167	2	0,2%
87 - Haute-Vienne	1 065	1	0,1%
<b>Total Nouvelle Aquitaine</b>	<b>17 318</b>	<b>36</b>	<b>0,2%</b>

Source : PMSI MCO - base sécurisée ATIH / Exploitation : DPSP - Pôle Etudes, Statistiques et Evaluation

A l'issue de leur séjour en MCO, seulement 0,2 % des patients sont pris en charge en Hospitalisation à Domicile.

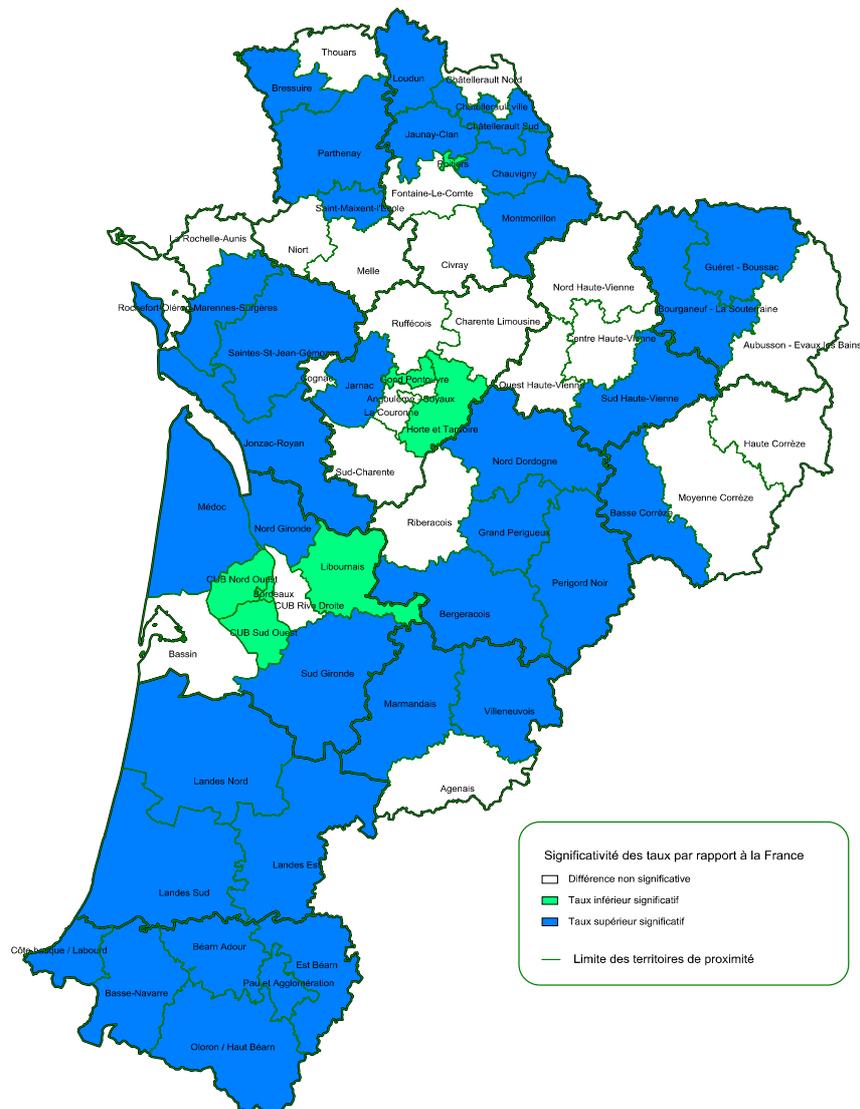
En Charente-Maritime et en Dordogne, c'est un peu plus (respectivement 0,5 % et 0,4 %). Par contre, en Charente et en Creuse, aucun patient n'est pris en charge en HAD.

## 8.4. L'insuffisance cardiaque chronique

L'insuffisance cardiaque (IC) est la troisième cause de mortalité cardiovasculaire derrière les accidents vasculaires cérébraux et les infarctus du myocarde. Sa fréquence augmente avec l'âge. Elle est susceptible de croître dans les années à venir en raison du vieillissement de la population et d'une survie accrue des patients victimes d'autres pathologies cardiovasculaires souvent à l'origine de l'insuffisance cardiaque. L'évolution de l'insuffisance cardiaque est marquée par des phases de décompensation aiguë représentant une cause fréquente d'hospitalisation chez les personnes âgées. La prévalence de l'insuffisance cardiaque chronique dans la population française adulte est de 2,3 % soit plus de 1,1 millions de personnes. Cette prévalence augmente fortement avec l'âge atteignant 15 % des plus de 85 ans. Malgré une réduction de 20 % de la mortalité observée entre 1998 et 2010, l'insuffisance cardiaque reste une cause majeure de décès en France (plus de 95 000 décès en 2010).

### 8.4.1. Les taux de mortalité

Figure 329. Taux standardisés de mortalité liée à l'insuffisance cardiaque selon les territoires de proximité en Nouvelle-Aquitaine



Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique  
Source : Insee-CépiDC 2009-2013, Insee, traitements ORS Aquitaine  
Réalisation : ARS Nouvelle-Aquitaine, Pôle études, statistiques et évaluation

## 8.4.2. La prise en charge hospitalière

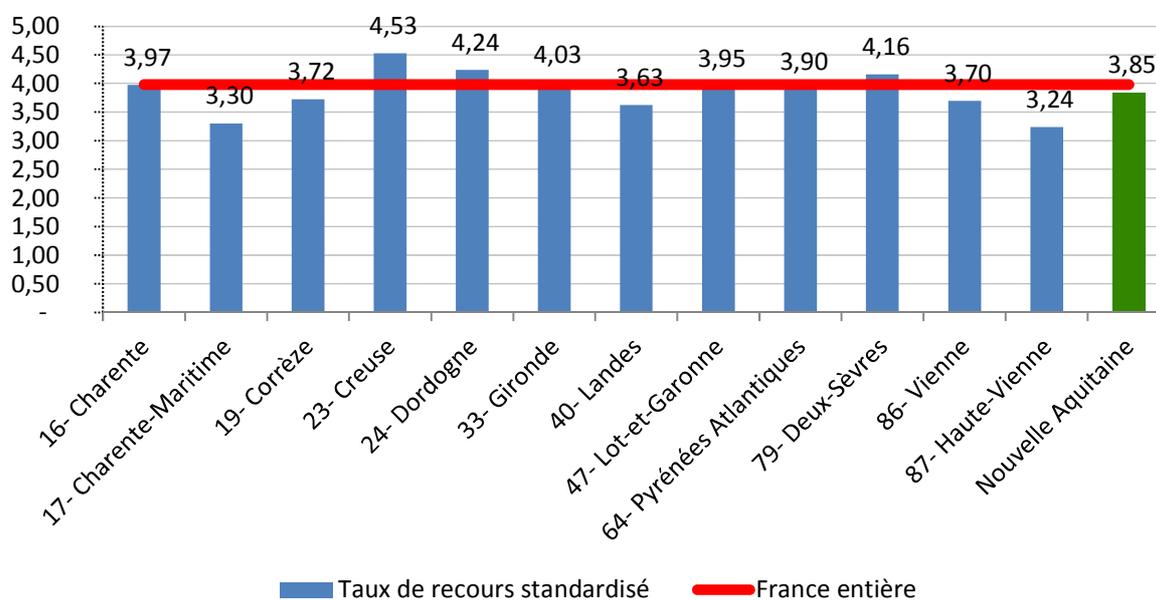
Figure 330. Évolution du nombre de séjours MCO pour Insuffisance cardiaque entre 2011 et 2015 selon le département de résidence en Nouvelle-Aquitaine

	2011	2012	2013	2014	2015	Evol. 2011-2015
16 - Charente	1 542	1 705	1 670	1 588	1 822	18,2%
17 - Charente-Maritime	2 681	2 638	2 729	2 774	2 801	4,5%
19 - Corrèze	1 251	1 167	1 247	1 286	1 304	4,2%
23 - Creuse	782	879	827	822	893	14,2%
24 - Dordogne	2 176	2 297	2 407	2 452	2 584	18,8%
33 - Gironde	4 991	5 102	5 523	5 699	6 132	22,9%
40 - Landes	1 566	1 692	1 701	1 817	1 750	11,7%
47 - Lot-et-Garonne	1 704	1 739	1 919	1 814	1 800	5,6%
64 - Pyrénées-Atlantiques	2 660	2 824	2 821	2 941	3 254	22,3%
79 - Deux-Sèvres	1 722	1 744	1 828	1 838	1 922	11,6%
86 - Vienne	1 762	1 953	1 948	1 847	1 846	4,8%
87 - Haute-Vienne	1 546	1 559	1 564	1 588	1 570	1,6%
<b>Total Nouvelle Aquitaine</b>	<b>24 383</b>	<b>25 299</b>	<b>26 184</b>	<b>26 466</b>	<b>27 678</b>	<b>13,5%</b>

Source : DIAMANT - cube PMSI MCO / Exploitation : DPSP - Pôle Etudes, Statistiques et Evaluation

Le nombre de séjours hospitaliers des résidents de Nouvelle-Aquitaine pour insuffisance cardiaque a augmenté de 13,5 % entre 2011 et 2015. C'est en Gironde et dans les Pyrénées-Atlantiques que l'augmentation a été la plus marquée (respectivement +22,9 % et +22,3 %), puis en Dordogne (+18,8 %) et en Charente (+18,2 %).

Figure 331. Taux de recours standardisé 2015 (en nombre de séjours pour 1000 habitants) en Nouvelle-Aquitaine



Source : PMSI MCO 2015 Traitement : ARS Nouvelle-Aquitaine, DPSP

Le taux de recours mesure la consommation de soins hospitaliers des habitants d'une zone géographique donnée, rapportée à la population domiciliée dans cette zone. Sa standardisation sur l'âge et le sexe permet de corriger l'effet structure de la population de la zone géographique considérée et donc d'effectuer des comparaisons nationales, régionales ou départementales et de faire un repérage des atypies.

Après standardisation sur l'âge et le sexe, le nombre de séjours pour insuffisance cardiaque pour 1 000 habitants de Nouvelle-Aquitaine est légèrement inférieur à la moyenne nationale (3,85 vs 3,98).

Deux départements affichent des taux de recours standardisés très inférieurs à la moyenne nationale : il s'agit de la Haute-Vienne (3,24) et de la Charente-Maritime (3,30).

A l'opposé, la Creuse se positionne nettement au-dessus de la moyenne nationale avec 4,53 séjours pour 1 000 habitants.

**Figure 332. Nombre de patients néo-aquitains avec plus d'un séjour MCO pour insuffisance cardiaque dans l'année 2015**

	Nb de patients	dont Nb de patients avec 2 séjours ou plus	% de réhospitalisation
16 - Charente	1360	304	22,4%
17 - Charente-Maritime	2134	467	21,9%
19 - Corrèze	1002	214	21,4%
23 - Creuse	666	149	22,4%
24 - Dordogne	1958	416	21,2%
33 - Gironde	4394	1128	25,7%
40 - Landes	1323	291	22,0%
47 - Lot-et-Garonne	1282	344	26,8%
64 - Pyrénées-Atlantiques	2389	579	24,2%
79 - Deux-Sèvres	1444	337	23,3%
86 - Vienne	1421	285	20,1%
87 - Haute-Vienne	1182	277	23,4%
<b>Total Nouvelle Aquitaine</b>	<b>20525</b>	<b>4807</b>	<b>23,4%</b>

Source : DIAMANT - cube PMSI MCO / Exploitation : DPSP - Pôle Etudes, Statistiques et Evaluation

Le taux de ré-hospitalisation (patients avec 2 séjours ou plus) pour insuffisance cardiaque est de 23,4 % en Nouvelle-Aquitaine. Il varie de 20,1 % dans la Vienne à 26,8 % dans le Lot-et-Garonne.

L'âge moyen des patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque en 2015 varie de 79,1 ans dans les Landes à 82,2 ans dans les Deux-Sèvres. Il est en moyenne de 80,5 ans en Nouvelle-Aquitaine.

Les hommes sont majoritaires (51,3 % en moyenne et jusqu'à 56,5 % en Creuse) sauf en Charente-Maritime où les femmes représentent 50,2 % des hospitalisations.

La durée moyenne de séjour pour insuffisance cardiaque varie de 8,1 jours pour les résidents des Pyrénées-Atlantiques à 10,7 jours pour les Creusois. Elle est en moyenne de 9,2 jours en Nouvelle-Aquitaine.

**Figure 333. Durée moyenne des séjours des néo-aquitains pour insuffisance cardiaque en 2015**

	DMS
16 - Charente	9,3
17 - Charente-Maritime	9,0
19 - Corrèze	9,7
23 - Creuse	10,7
24 - Dordogne	9,7
33 - Gironde	9,5
40 - Landes	8,3
47 - Lot-et-Garonne	8,9
64 - Pyrénées-Atlantiques	8,1
79 - Deux-Sèvres	9,5
86 - Vienne	8,7
87 - Haute-Vienne	9,5
<b>Total Nouvelle Aquitaine</b>	<b>9,2</b>

Source : DIAMANT - cube PMSI MCO / Exploitation : DPSP - Pôle Etudes, Statistiques et Evaluation

La mortalité hospitalière pour insuffisance cardiaque varie de 6 % pour les landais à 10,8 % pour les Charentais. Elle est en moyenne de 8,4 % pour les résidents de Nouvelle-Aquitaine.

**Figure 334. Taux de décès lors de séjours de néo-aquitains pour insuffisance cardiaque en 2015**

	Nb séjours	Nb de décès	Taux de décès
16 - Charente	1 822	196	10,8%
17 - Charente-Maritime	2 801	259	9,2%
19 - Corrèze	1 304	120	9,2%
23 - Creuse	893	73	8,2%
24 - Dordogne	2 584	241	9,3%
33 - Gironde	6 132	430	7,0%
40 - Landes	1 750	105	6,0%
47 - Lot-et-Garonne	1 800	140	7,8%
64 - Pyrénées-Atlantiques	3 254	270	8,3%
79 - Deux-Sèvres	1 922	187	9,7%
86 - Vienne	1 846	135	7,3%
87 - Haute-Vienne	1 570	164	10,4%
<b>Total Nouvelle Aquitaine</b>	<b>27 678</b>	<b>2320</b>	<b>8,4%</b>

Source : DIAMANT - cube PMSI MCO / Exploitation : DPSP - Pôle Etudes, Statistiques et Evaluation

### 8.4.3. La prise en charge en soins de suite

Le taux de transfert en SSR sous 30 jours est en moyenne de 16,5 % en Nouvelle-Aquitaine. Il varie de 11,5 % pour les girondins à 27 % pour les creusois.

Le taux de transfert en SSR spécialisé en cardiologie sous 30 jours n'est que de 3,6 % en Nouvelle-Aquitaine. Il est toutefois plus élevé en Pyrénées-Atlantiques (6,2 %) et surtout en Creuse (16,1 %).

**Figure 335. Pourcentage de transferts en SSR dans les 30 jours suivant la sortie de MCO pour les patients né- aquitains hospitalisés pour IC**

	Nb séjours hors décès	dont transfert en SSR dans les 30 jours	% transfert en SSR dans les 30 jours	dont transfert en SSR cardio dans les 30 jours	% transfert en SSR cardio
16 - Charente	1 626	270	16,6%	28	1,7%
17 - Charente-Maritime	2 542	384	15,1%	93	3,7%
19 - Corrèze	1 184	147	12,4%	8	0,7%
23 - Creuse	820	221	27,0%	132	16,1%
24 - Dordogne	2 343	435	18,6%	46	2,0%
33 - Gironde	5 702	657	11,5%	184	3,2%
40 - Landes	1 645	234	14,2%	71	4,3%
47 - Lot-et-Garonne	1 660	255	15,4%	18	1,1%
64 - Pyrénées-Atlantiques	2 984	589	19,7%	186	6,2%
79 - Deux-Sèvres	1 735	325	18,7%	9	0,5%
86 - Vienne	1 711	355	20,7%	7	0,4%
87 - Haute-Vienne	1 406	313	22,3%	121	8,6%
<b>Total Nouvelle Aquitaine</b>	<b>25 358</b>	<b>4185</b>	<b>16,5%</b>	<b>903</b>	<b>3,6%</b>

Source : DIAMANT - cube PMSI MCO / Exploitation : DPSP - Pôle Etudes, Statistiques et Evaluation

Le taux de prise en charge en hospitalisation à domicile reste très faible : il varie de 0 % pour les Creusois et les Charentais à 0,6 % pour les Viennois. La moyenne se situe à 0,2 %.

**Figure 336. Pourcentage de transferts directs en HAD pour les patients néo-aquitains hospitalisés en MCO pour IC**

	Nb séjours hors décès	dont transfert direct vers HAD	% transfert direct vers HAD
16 - Charente	1 626	0	0,0%
17 - Charente-Maritime	2 542	3	0,1%
19 - Corrèze	1 184	3	0,3%
23 - Creuse	820	0	0,0%
24 - Dordogne	2 343	10	0,4%
33 - Gironde	5 702	12	0,2%
40 - Landes	1 645	2	0,1%
47 - Lot-et-Garonne	1 660	2	0,1%
64 - Pyrénées-Atlantiques	2 984	10	0,3%
79 - Deux-Sèvres	1 735	4	0,2%
86 - Vienne	1 711	11	0,6%
87 - Haute-Vienne	1 406	4	0,3%
<b>Total Nouvelle Aquitaine</b>	<b>25 358</b>	<b>61</b>	<b>0,2%</b>

Source : DIAMANT - cube PMSI MCO / Exploitation : DPSP - Pôle Etudes, Statistiques et Evaluation

## 8.5. La broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)

La BPCO est une maladie chronique inflammatoire lentement évolutive. Elle atteint les adultes à partir de 40 ans et augmente de fréquence avec l'âge. Les hommes sont plus atteints que les femmes. Cependant, avec l'évolution du tabagisme féminin, la proportion de femmes augmente constamment.

Au départ asymptomatique, elle évolue vers un essoufflement à l'effort puis au repos. Des décompensations respiratoires, à l'occasion d'épisodes infectieux peuvent entraîner une insuffisance respiratoire aiguë mettant en jeu le pronostic vital. A un stade avancé, elle entraîne une insuffisance respiratoire chronique limitant le moindre effort de la vie quotidienne.

Quel que soit le stade, une bonne prise en charge (notamment grâce à la réhabilitation respiratoire et l'éducation thérapeutique) permet de diminuer les complications et d'améliorer la qualité de vie des patients.

### 8.5.1. Les facteurs de risque

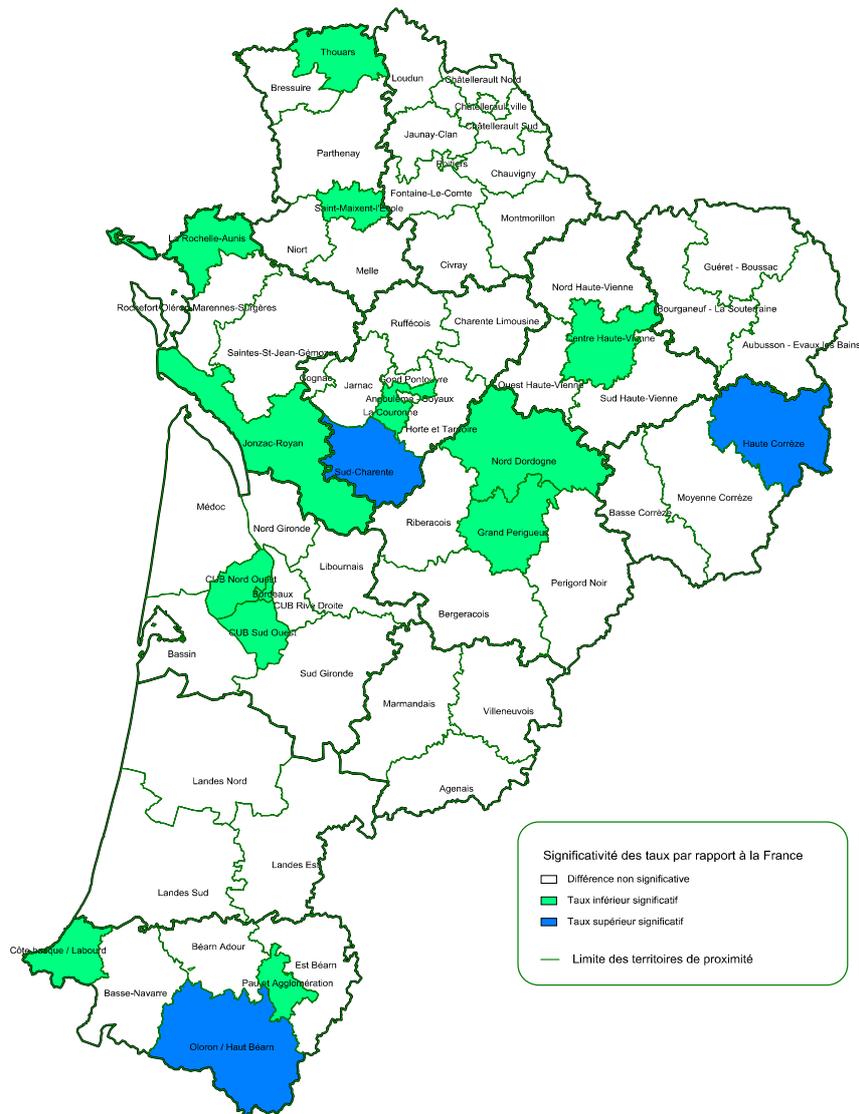
Le tabac est en cause dans plus de 80 % des cas de BPCO. Le risque s'accroît avec l'ancienneté et l'intensité de l'addiction. Il existe cependant, à consommation égale, une susceptibilité individuelle au tabac due à des facteurs environnementaux et génétiques mal connus. L'arrêt du tabac, à tous les stades de la maladie, permet de stabiliser et parfois même d'améliorer les fonctions respiratoires de la personne malade. Le cannabis est également reconnu comme responsable de lésions bronchiques pouvant générer une BPCO.

Les polluants professionnels (minéraux, chimiques ou organiques) sont responsables de 20 % des BPCO. Les pollutions domestiques et urbaines sont à la fois des facteurs de risque de la maladie et des facteurs déclenchant des complications aiguës chez les malades.

Les conditions de vie défavorables et la malnutrition aggravent le risque de voir apparaître une BPCO sévère.

### 8.5.2. Les taux de mortalité

Figure 337. Taux standardisés de mortalité liée à la BPCO selon les territoires de proximité en Nouvelle-Aquitaine



Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique  
Source : Inserm-CépiDC 2009-2013, Insee, traitements ORS Aquitaine  
Réalisation : ARS Nouvelle-Aquitaine, Pôle études, statistiques et évaluation

### 8.5.3. La prise en charge hospitalière

En 2014 et 2015 les séjours hospitaliers pour affections respiratoires chroniques ont progressé chaque année de 12 %. Il s'agit d'une hausse du nombre de patients concernés et non pas uniquement des séjours. Cette progression est pourtant inégale d'un territoire à l'autre avec des progressions faibles dans les départements de la Corrèze et des Pyrénées-Atlantiques alors que les taux d'évolution de ces séjours dans les Landes et la Gironde dépassent 20% en moyenne.

Au total en 2015 on comptabilise 8 107 séjours pour BPCO en court-séjour correspondant à 6 415 patients néo-aquitains ainsi que 2 700 séjours en SSR.

En court-séjour, l'âge moyen est de 73,8 ans avec des patients plus âgés en Corrèze (76 ans) qu'en Vienne (70,4 ans). On compte cependant près de 1 000 patients (15 %) âgés de moins de 60 ans.

Les séjours sont majoritairement en hospitalisation complète d'une durée moyenne de 9,2 jours pour la région, avec une DMS de 11,4 jours en Corrèze contre 7,8 jours en Vienne.

**Figure 338. Séjours hospitaliers MCO pour BPCO en 2015 des patients néo-aquitains**

Département des patients	Séjours BPCO 2015			DMS	Nb de Patients	Age Moyen	Taux recours	Taux recours
	Nb de séjour	dont nb de séjours 0 jour	Nb journées				Brut séjours 2015 pr 100 000 hab	Brut séjours 2015 sur pop 45 ans et plus
16 - Charente	635	53	5 565	9,6	403	73,8	180	349
17 - Charente-Maritime	1 101	61	9 648	9,3	643	73,5	174	334
19 - Corrèze	481	11	5 347	11,4	280	76,0	200	373
23 - Creuse	298	5	2 601	8,9	193	75,7	247	428
24 - Dordogne	524	29	5 025	10,2	336	73,8	126	228
33 - Gironde	1 291	179	9 633	8,7	857	72,0	86	198
40 - Landes	615	29	4 929	8,4	403	74,1	155	307
47 - Lot-et-Garonne	735	33	7 248	10,3	420	74,7	221	425
64 - Pyrénées-Atlantiques	839	42	6 518	8,2	571	75,5	126	255
79 - Deux-Sèvres	503	17	4 333	8,9	291	75,4	135	278
86 - Vienne	589	16	4 495	7,8	321	70,4	137	298
87 - Haute-Vienne	496	13	4 738	9,8	312	74,1	132	269
<b>Nouvelle Aquitaine</b>	<b>8 107</b>	<b>488</b>	<b>70 080</b>	<b>9,2</b>	<b>5 023</b>	<b>73,8</b>	<b>139</b>	<b>284</b>

source base sécurisée ATIH PMSI MCO - Séjours avec DP J44\* - Exploitation ARS NA DPSP PESE

#### 8.5.4. La prise en charge en soins de suite

En SSR, on compte en 2015 2 140 séjours en hospitalisation complète pour une durée moyenne de séjour de 28 jours (DMS plus importantes pour les patients des Landes et des Pyrénées-Atlantiques qui sont souvent pris en charge par des structures du Pays Basque).

22 % des journées pour les patients de la Haute-Vienne sont effectuées en temps partiel.

Le nombre de séjours pour des patients des Pyrénées-Atlantiques est particulièrement élevé par rapport aux patients des autres départements : l'offre en SSR respiratoire à Cambo-les-Bains pourrait en être l'explication.

**Figure 339. Séjours hospitaliers SSR pour BPCO en 2015 des patients néo-aquitains**

Départements de patients	Hospit. Temps plein			Hospit. temps partiel		Hospit. temps partiel		Age Moyen	
	Nb de séjours	Nb de journées	DMS	Nb de séjours	Nb de journées	Part séjours	Part journées	Hospit. Temps plein	Hospit. temps partiel
16 - Charente	86	1 828	21,3	37	141	30,1%	7,2%	77,8	52,0
17 - Charente-Maritime	175	4 924	28,1	46	695	20,8%	12,4%	70,1	63,6
19 - Corrèze	74	1 637	22,1	0	0	0,0%	0,0%	77,2	
23 - Creuse	174	3 546	20,4	41	633	19,1%	15,1%	69,7	59,9
24 - Dordogne	117	3 246	27,7	4	4	3,3%	0,1%	74,0	68,0
33 - Gironde	281	7 652	27,2	54	1 285	16,1%	14,4%	67,8	63,8
40 - Landes	281	9 496	33,8	3	3	1,1%	0,0%	69,7	65,0
47 - Lot-et-Garonne	146	3 964	27,2	0	0	0,0%	0,0%	73,2	
64 - Pyrénées-Atlantiques	583	19 825	34,0	59	1 326	9,2%	6,3%	73,7	62,5
79 - Deux-Sèvres	86	2 047	23,8	0	0	0,0%	0,0%	75,9	
86 - Vienne	60	1 212	20,2	0	0	0,0%	0,0%	72,9	
87 - Haute-Vienne	79	1 539	19,5	440	440	NS	22,2%	75,8	63,6
<b>Nouvelle Aquitaine</b>	<b>2 142</b>	<b>60 916</b>	<b>28,4</b>	<b>684</b>	<b>4 527</b>	<b>24,2%</b>	<b>6,9%</b>	<b>72,2</b>	<b>62,7</b>

source Base ATIH PMSI SSR - Séjours avec MMP ou AE en J44\* - Exploit. ARS NA DPSP PESE

Près de 22 % des séjours SSR pour BPCO des néo-aquitains sont réalisés dans un établissement situé dans un autre département que celui de résidence du patient et 4,6 % hors région.

**Figure 340. Lieu d'hospitalisation SSR pour BPCO en 2015 des patients néo-aquitains**

**Séjours en SSR pour BPCO des néo-aquitains**

Départements de patients	Taux de fuite sur les séjours		
	Autre dept NA	Hors NA	Total fuites
16 - Charente	17,9%	0,0%	17,9%
17 - Charente-Maritime	12,2%	5,9%	18,1%
19 - Corrèze	28,4%	17,6%	45,9%
23 - Creuse	0,0%	1,4%	1,4%
24 - Dordogne	33,1%	7,4%	40,5%
33 - Gironde	38,2%	7,8%	46,0%
40 - Landes	80,6%	7,0%	87,7%
47 - Lot-et-Garonne	43,8%	10,3%	54,1%
64 - Pyrénées-Atlantiques	0,8%	1,9%	2,6%
79 - Deux-Sèvres	32,6%	8,1%	40,7%
86 - Vienne	51,7%	8,3%	60,0%
87 - Haute-Vienne	4,4%	1,3%	5,8%
<b>Nouvelle Aquitaine</b>	<b>21,9%</b>	<b>4,6%</b>	<b>26,5%</b>

*PMSI SSR - Séjours avec MMP ou AE en J44\* - Exploit. ARS NA DPSP PESE*



**Figure 342. Taux d'incidence standardisés des complications liées au diabète, France entière, 2013**

Taux d'incidence standardisés<sup>a</sup> des complications liées au diabète, France entière, 2013

	Population diabétique (/100 000)	Population non diabétique (/100 000)	Indice comparatif d'incidence
Infarctus du myocarde	367	168	2,2
Accident vasculaire cérébral	470	301	1,6
Démarrage d'un traitement de suppléance pour insuffisance rénale chronique terminale <sup>b</sup>	91	10	9,2
Amputations d'un membre inférieur	232	33	7,0
Plaies du pied	610	123	5,0

<sup>a</sup> Standardisation sur la structure d'âge de la population européenne 2010 : Eurostat, population EU-27 chez les personnes âgées de plus de 45 ans.

<sup>b</sup> Standardisation sur la structure d'âge de la population européenne 2010 : Eurostat, population EU-27.

Source INVS d'après une étude sur les données 2013 du SNIIRAM (couvrant 98% des patients assurés),

Bringer J. Éditorial. Complications sévères du diabète et suivi des examens recommandés en France : progrès, insuffisances et disparités. *Bull Epidemiol Hebd.* 2015;(34-35):618.

En France, parmi les hospitalisations observées en 2013, il a été enregistré jusqu'à 7 fois plus d'hospitalisations pour une des cinq complications précisées ci-dessus dans la population diabétique par rapport aux non diabétiques.

Sur 5 complications (hors œil) analysées, à structure d'âge égale par rapport à la population non diabétique, les patients diabétiques traités pharmacologiquement ont été hospitalisés 2,2 fois plus pour infarctus du myocarde, 1,6 fois plus pour les accidents vasculaire cérébraux, 5 fois plus pour une plaie du pied et 7 fois plus pour une amputation d'un membre inférieur.

En outre, 4 256 diabétiques sous traitement médicamenteux ont démarré un traitement de suppléance pour une insuffisance rénale chronique transitoire, soit 9,2 fois plus que dans la population non diabétique.

Les complications sont plus fréquentes chez les hommes et dans les milieux défavorisés.

Cette maladie nécessite une gestion et une compréhension de la personne diabétique mais également un suivi renforcé du médecin comprenant l'éducation du patient pour favoriser une meilleure observance des mesures d'hygiène et diététiques, et des éventuels traitements médicamenteux.

Les complications liées au diabète restent un enjeu sanitaire, de par leur gravité (hospitalisation) mais aussi, en raison de leur caractère évitable : le bon contrôle de la glycémie, de la pression artérielle et du régime alimentaire constituent des éléments clé du suivi du patient.

### 8.6.1. Les taux de mortalité

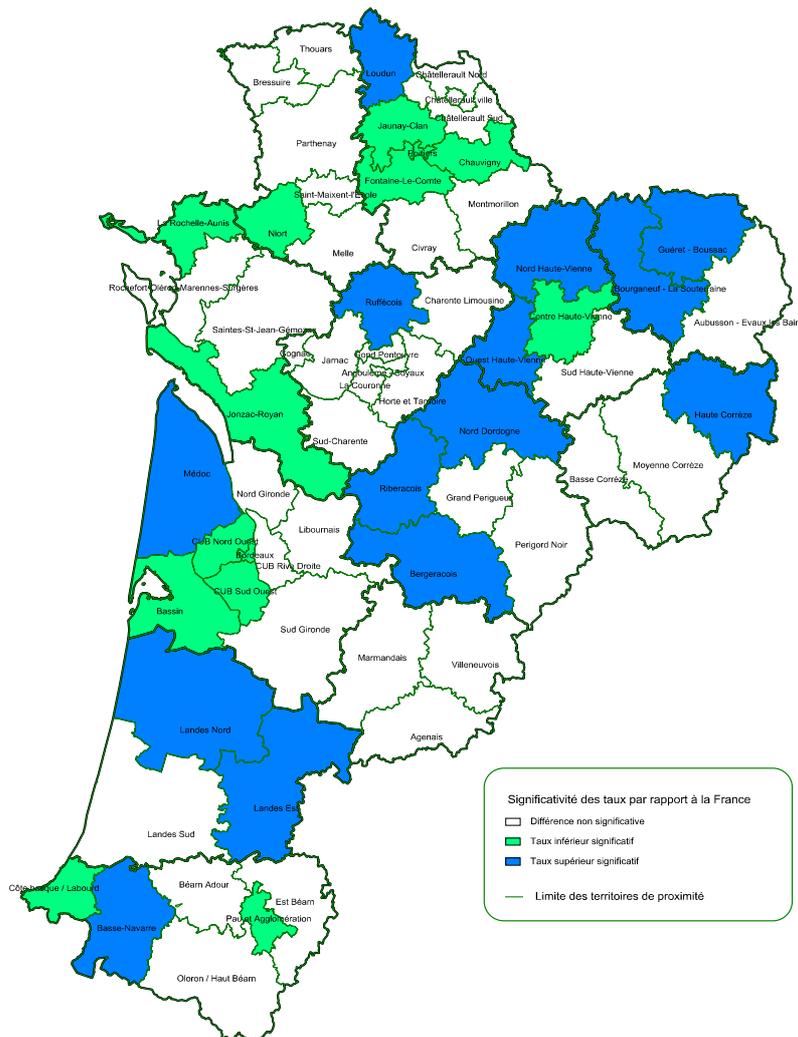
Sur l'éventail large des diagnostics de diabète, le taux de mortalité est inférieur aux taux national avec des disparités par département notamment en Creuse qui présente un taux de décès standardisé de 8 points de plus que celui de la région et significativement supérieur au taux national.

Figure 343. Taux de mortalité par diabète par département de Nouvelle-Aquitaine, 2011-2013

Mortalité pour Diabète (E10-E14) de 2011 à 2013				
Causes de décès	Nombre annuel moyen	Taux standardisé 2 sexes	Test du Khi-2 2 sexes	Significativité 2 sexes
Charente	90	17,2	1,55	N.S.Diff
Charente-Maritime	129	13,4	3,04	S.Inf
Deux-Sèvres	75	14,0	1,58	N.S.Diff
Vienne	67	12,0	4,12	S.Inf
Dordogne	129	18,2	2,83	S.Sup
Gironde	228	13,3	4,33	S.Inf
Landes	90	16,4	0,86	N.S.Diff
Lot-et-Garonne	80	15,1	0,43	N.S.Diff
Pyrénées-Atlantiques	132	14,1	2,00	S.Inf
Corrèze	66	15,7	0,20	N.S.Diff
Creuse	50	22,9	3,80	S.Sup
Haute-Vienne	91	16,6	1,05	N.S.Diff
<b>Nouvelle Aquitaine</b>	<b>1 228</b>	<b>14,9</b>	<b>2,41</b>	<b>S.Inf</b>

Source CépiDC et recensement insee de la population - ORS

Figure 344. Taux standardisés de mortalité liée au diabète selon les territoires de proximité en Nouvelle-Aquitaine



Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique  
 Source : Inserm-CépiDC 2009-2013, Insee, traitements ORS Aquitaine  
 Réalisation : ARS Nouvelle-Aquitaine, Pôle études, statistiques et évaluation

## 8.6.2. La prise en charge hospitalière

En 2015, 78 400 patients de la région ont été hospitalisés produisant ainsi 125 600 séjours. Pour ces séjours, un diabète était noté sans qu'il ait justifié à lui seul le motif principal d'hospitalisation.

Les hospitalisations pour prise en charge principale de diabète ont concerné 8 300 patients néo-aquitains et 9 300 séjours pour la plupart en hospitalisation complète, générant ainsi 58 800 journées d'hospitalisation (DMS régionale de 6,9 jours).

De manière brute, sans réajustement du sexe et de l'âge, les taux de recours sont plus élevés en Creuse, Dordogne et Landes.

**Figure 345. Nombre de séjours et taux de recours à l'hospitalisation pour diabète en 2015 en Nouvelle-Aquitaine**

Département des résidence des patients	Nb de séjours DP ou DR ou DAS en diabète					Séjours avec DP Diabète					Taux de recours BRUT pour 100 000 hab	
	Nb de séjours Hors séance	Dont séjours sans nuitée	Nb de journées	DMS	Nb de patients	Séjours avec DP Diabète	Dopnt séjours sans nuitée	Nb de journées	DMS	Nb de patients	Nb de séjours DP / DR / DAS	Nb de séjours DP
16 - Charente	7 793	1 053	50 201	7,4	4 987	419	26	2 711	6,9	385	2 205	119
17 - Charente-Maritime	12 983	1 897	92 005	8,3	8 317	672	47	5 161	8,3	610	2 050	106
19 - Corrèze	5 775	719	44 442	8,8	3 797	412	7	3 073	7,6	367	2 398	171
23 - Creuse	3 552	246	32 613	9,9	2 248	258	5	2 380	9,4	237	2 939	213
24 - Dordogne	9 699	1 118	71 568	8,3	6 218	875	44	5 647	6,8	768	2 326	210
33 - Gironde	31 478	6 776	194 056	7,9	17 945	2 152	333	12 585	6,9	1 872	2 091	143
40 - Landes	9 580	2 296	54 316	7,5	6 178	927	30	5 002	5,6	850	2 412	233
47 - Lot-et-Garonne	7 953	1 081	53 273	7,8	4 715	598	40	3 657	6,6	535	2 387	179
64 - Pyrénées-Atlantiques	12 618	2 338	78 634	7,6	8 118	1 275	81	7 370	6,2	1 159	1 900	192
79 - Deux-Sèvres	7 939	1 256	51 764	7,7	5 229	538	20	3 403	6,6	496	2 136	145
86 - Vienne	9 245	1 787	55 530	7,4	5 892	506	30	3 290	6,9	464	2 144	117
87 - Haute-Vienne	7 192	1 032	55 327	9,0	4 863	636	42	4 564	7,7	585	1 913	169
<b>Nouvelle Aquitaine</b>	<b>125 807</b>	<b>21 599</b>	<b>833 729</b>	<b>8,0</b>	<b>78 386</b>	<b>9 268</b>	<b>705</b>	<b>58 843</b>	<b>6,9</b>	<b>8 317</b>	<b>2 153</b>	<b>159</b>

source base séc. ATIH PMSI MCO - Séjours avec DP E10\* à E14\* - Exploitation ARS NA DPSP PESE

La majorité des patients est traitée dans leur département, les fuites hors département sont inférieures à 2 %.

## 9. LES DÉPENSES DE SANTÉ

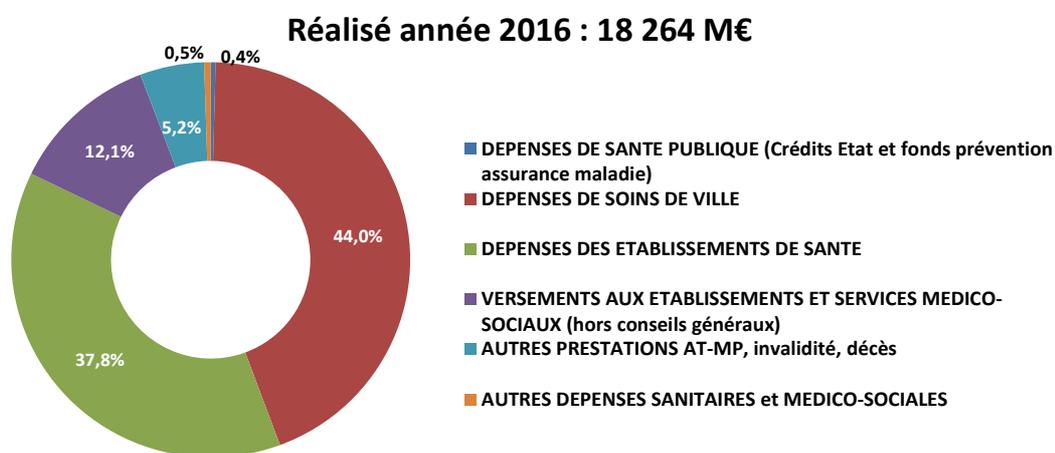
### 9.1. Les dépenses publiques

En 2016, en Nouvelle Aquitaine, l'ensemble des charges de l'État, des régimes d'Assurance maladie et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie relatives à la politique de santé et aux services de soins et médico-sociaux du ressort de l'Agence régionale de santé s'est élevé à **18,26 milliards d'Euros, soit une dépense publique de 3 109 € par habitant**. Le même périmètre au niveau national représente une dépense de 202,59 milliards d'Euros (3 166 € par habitant). Ces montants sont une partie de la Dépense courante de santé (DCS) qui, pour la France, en 2015, est de 260,0 milliards d'Euros. Cette dernière grandeur englobe, outre les dépenses publiques, les dépenses supportées par le secteur privé (organismes d'assurance complémentaire, entreprises, ménages).

La part régionale dans l'ensemble du pays est de 9,0 % pour une population qui représente 8,9 % des Français.

Les données mesurées sont les dépenses publiques localisées au lieu de l'offre. Il ne s'agit donc pas des dépenses à destination des Néo-aquitains exclusivement, mais des remboursements aux acteurs régionaux de la santé. Les dépenses pour des Néo-aquitains pris en charge hors région ne sont pas comptées et les dépenses pour des non Néo-aquitains sur le territoire régional ne sont pas déduites. L'effet attractif ou émetteur de la région en matière de recours au système de santé (en particulier le recours aux spécialistes libéraux et à l'hospitalisation) a une influence sur le montant de la dépense considérée ici.

*Figure 346. Répartition des dépenses publiques de santé en Nouvelle-Aquitaine selon leur destination*



Source : État financier 2016 des ARS

Parmi ces dépenses, les principaux postes sont les dépenses de soins de ville, en particulier les postes médicaments et honoraires, et les remboursements aux établissements de santé, en particulier le poste médecine, chirurgie obstétrique (MCO).

*Figure 347. Les dépenses publiques de santé en Nouvelle-Aquitaine selon leur destination*

REPARTITION DES DEPENSES PAR DESTINATION									
Libellé dépense	Nouvelle-Aquitaine				Part dans dépenses nationales	France			
	Réalisé année 2014 (M€)	Réalisé année 2015 (M€)	Réalisé année 2016	Variation 2015 / 2016		Réalisé Nat. année 2014 (M€)	Réalisé Nat. année 2015 (M€)	Réalisé Nat. année 2016 (M€)	Variation 2015 / 2016
DEPENSES DE SANTE PUBLIQUE (Crédits Etat et fonds prévention assurance maladie)	63	65	71	9,7%	9,6%	693	695	742	6,7%
DEPENSES DE SOINS DE VILLE	7 641	7 823	8 031	2,7%	9,2%	83 355	84 992	87 299	2,7%
DEPENSES DES ETABLISSEMENTS DE SANTE	6 638	6 767	6 905	2,0%	8,6%	76 930	78 627	80 003	1,8%
VERSEMENTS AUX ETABLISSEMENTS ET SERVICES MEDICO-SOCIAUX (hors conseils généraux)	2 119	2 177	2 210	1,5%	10,1%	21 025	21 401	21 781	1,8%
AUTRES PRESTATIONS AT-MP, invalidité, décès	898	921	948	3,0%	8,7%	10 649	10 806	10 926	1,1%
AUTRES DEPENSES SANITAIRES et MEDICO-SOCIALES	122	104	99	-4,4%	5,4%	1 947	1 805	1 840	1,9%
<b>TOTAL</b>	<b>17 482</b>	<b>17 856</b>	<b>18 264</b>	<b>2,3%</b>	<b>9,0%</b>	<b>194 601</b>	<b>198 325</b>	<b>202 591</b>	<b>2,2%</b>

Source : État financier 2016 des ARS

En 2016, la progression régionale des dépenses de santé est de 2,29 %, légèrement supérieure à la France dans son ensemble (2,15 %). Les variations par grands postes sont proches de la tendance nationale, à l'exception des dépenses de santé publique (État et fonds de prévention Assurance maladie) qui progressent davantage en Nouvelle-Aquitaine.

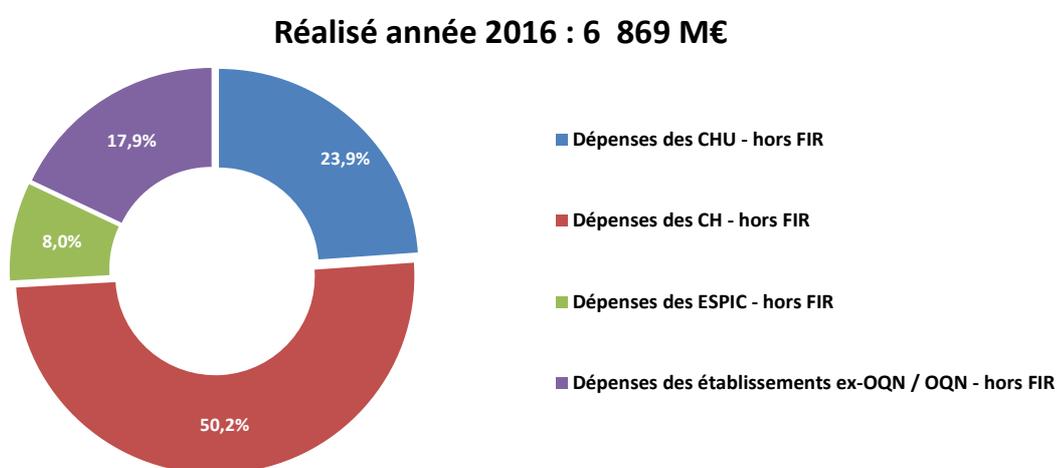
Sur les deux années 2015 – 2016, la progression des dépenses est supérieure en Nouvelle-Aquitaine pour tous les postes de dépense, l'écart étant marqué pour les dépenses de santé publique (+13,5 % vs 6,9 % France entière).

## 9.2.Focus : Les dépenses des établissements de santé

Les dépenses des établissements de santé incluent l'ensemble des versements aux établissements. Les honoraires libéraux des praticiens qui interviennent dans ces établissements ne sont pas pris en compte mais font partie du poste « soins de ville ». La structure régionale de l'offre de santé, en particulier la répartition « public / privé » a donc des conséquences sur les montants respectifs de ces deux postes de dépense.

L'ensemble de la dépense s'élève à 6 905 millions d'euros et représente 8,6 % de la dépense nationale pour ce poste. Les dépenses pour les activités de soins, hors fonds d'intervention régional (FIR) s'élèvent à 6 869 M€.

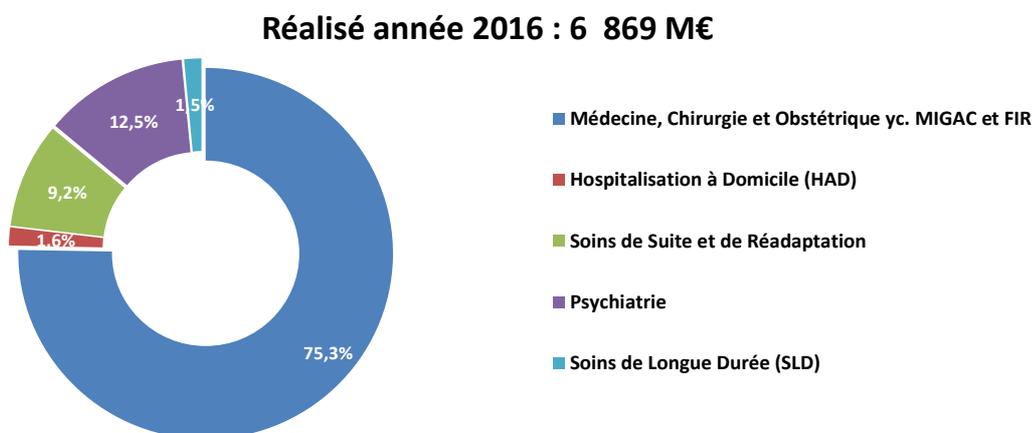
*Figure 348. Répartition des dépenses de soins des établissements de santé selon leur statut*



Source : État financier 2016 des ARS

Les établissements publics représentent les trois quarts des dépenses, le secteur privé à but lucratif un peu moins d'un sixième de la dépense (les rémunérations des praticiens libéraux qui y interviennent ne sont pas comptées dans ce montant).

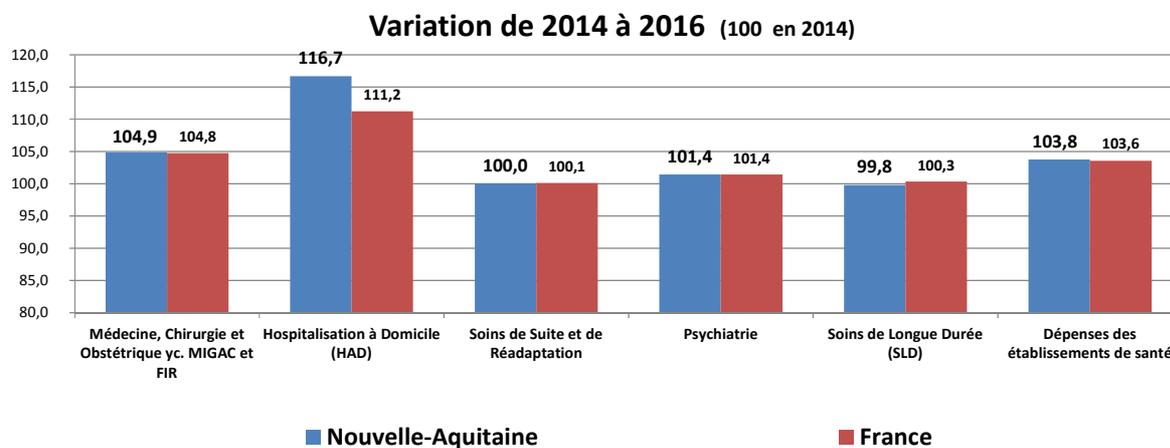
**Figure 349. Répartition des dépenses de soins des établissements de santé selon leur destination**



Source : État financier 2016 des ARS

Les soins de court séjour (MCO) sont le premier poste avec plus des trois quarts de la dépense. Ils représentent 8,7 % de la dépense nationale, proche du poids de la population régionale (8,9 %) dans le pays. A l’opposé, les dépenses de soins de suite sont en deçà (7,7 % du pays) et les dépenses de soins hospitaliers psychiatriques sont plus élevées (10,4 % du pays).

**Figure 350. Variation des dépenses de soins des établissements de santé selon l'activité**



Source : État financier 2016 des ARS

La région est très proche de l’ensemble du pays quant à l’évolution depuis deux ans de ses dépenses hospitalières, exception faite de celles liées à l’hospitalisation à domicile qui augmentent plus vite que les mêmes dépenses pour l’ensemble du pays.

Figure 351. Les dépenses des établissements de santé en 2014, 2015 et 2016

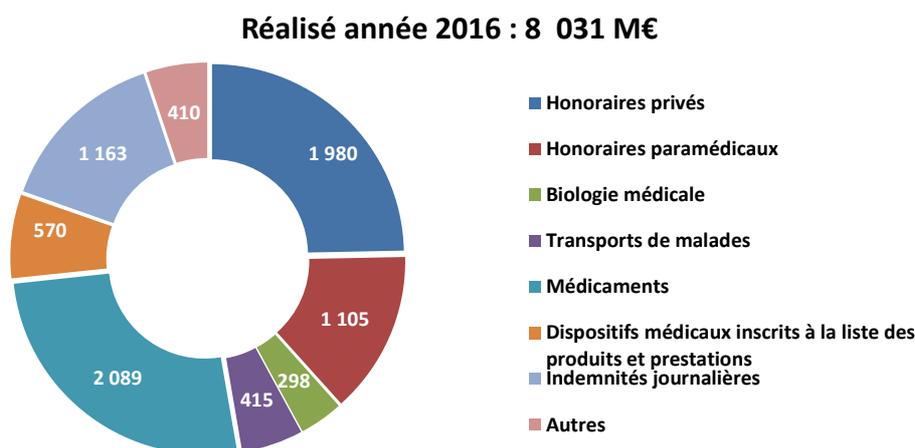
REPARTITION DES DEPENSES PAR DESTINATION									
Libellé dépense	Nouvelle-Aquitaine				Part dans dépenses nationales	France			
	Réalisé année 2014 (M€)	Réalisé année 2015 (M€)	Réalisé année 2016 (M€)	Variation 2015 / 2016		Réalisé Nat. année 2014 (M€)	Réalisé Nat. année 2015 (M€)	Réalisé Nat. année 2016 (M€)	Variation 2015 / 2016
<b>DEPENSES DES ETABLISSEMENTS DE SANTE</b>	<b>6 638,4</b>	<b>6 767,3</b>	<b>6 905,5</b>	<b>2,0%</b>	<b>8,6%</b>	<b>76 930,1</b>	<b>78 626,7</b>	<b>80 003,2</b>	<b>1,8%</b>
Dépenses des établissements de santé	6 620,2	6 748,3	6 869,2	1,8%	8,6%	76 727,2	78 246,5	79 466,0	1,6%
dont activité de Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO) dont MIGAC et FIR	5 006,6	5 130,4	5 250,0	2,3%	8,7%	57 444,3	58 948,0	60 175,0	2,1%
dont Hospitalisation à Domicile (HAD)	93,7	103,4	109,4	5,7%	10,9%	898,1	938,6	998,7	6,4%
dont activité de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)	640,8	643,4	641,0	-0,4%	7,7%	8 307,3	8 324,1	8 315,0	-0,1%
dont activité de psychiatrie (Psy)	856,2	861,7	868,3	0,8%	9,1%	9 367,5	9 451,2	9 499,8	0,5%
dont activité de Soins de Longue Durée (SLD)	104,1	103,9	103,9	0,0%	10,4%	996,0	996,7	999,2	0,2%
dont activités dispensées par les établissements de santé Hors Région	-	-	-	-	0,0%	472,1	427,1	410,8	-3,8%
Autres dépenses : paiements aux établissements au titre du FIR et FMESPP	18,2	19,0	36,3	91,2%	6,8%	203,0	380,2	537,2	41,3%
Investissements	11,9	12,2	10,6	-12,8%	5,4%	101,6	271,8	196,0	-27,9%
Modernisations	2,5	3,4	24,0	///	8,6%	57,6	54,4	277,3	///
RH	1,8	1,2	1,5	25,3%	4,4%	22,5	26,2	34,4	31,1%
Autres opérations	0,0	0,0	-	///	0,0%	0,3	0,1	18,2	///
Crédits régionalisés fongibles	2,0	2,2	0,2	-88,9%	2,2%	21,0	27,6	11,3	-59,1%
<b>Dépenses des CHU - hors FIR</b>	<b>1 520,9</b>	<b>1 541,1</b>	<b>1 600,4</b>	<b>3,8%</b>	<b>7,2%</b>	<b>21 058,0</b>	<b>21 568,3</b>	<b>22 228,5</b>	<b>3,1%</b>
dont activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO)-hors FIR	1 449,6	1 482,7	1 539,4	3,8%	7,6%	18 989,5	19 543,3	20 186,3	3,3%
dont activité de soins de suite et de réadaptation (SSR)	52,8	50,6	53,0	4,8%	5,0%	1 102,8	1 051,4	1 052,4	0,1%
dont activité de psychiatrie (PSY)	2,1	2,1	2,2	1,2%	0,3%	701,9	736,0	758,8	3,1%
dont activité Soins de longue durée (SLD)	13,0	3,4	4,3	25,6%	2,0%	221,5	207,9	210,8	1,4%
<b>Dépenses des CH - hors FIR</b>	<b>3 203,9</b>	<b>3 278,9</b>	<b>3 360,5</b>	<b>2,5%</b>	<b>10,2%</b>	<b>30 889,9</b>	<b>31 629,2</b>	<b>32 995,5</b>	<b>4,3%</b>
dont activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO)-hors FIR	2 117,1	2 172,4	2 223,4	2,3%	10,0%	20 735,3	21 367,0	22 300,0	4,4%
dont activité de soins de suite et de réadaptation (SSR)	262,2	263,7	257,6	-2,3%	9,0%	2 657,5	2 681,0	2 869,3	7,0%
dont activité de psychiatrie (PSY)	734,4	738,4	777,3	5,3%	11,0%	6 758,3	6 795,1	7 062,1	3,9%
dont activité Soins de longue durée (SLD)	84,7	100,5	99,6	-0,9%	13,5%	685,4	748,2	738,5	-1,3%
<b>Dépenses des ESPIC - hors FIR</b>	<b>522,2</b>	<b>550,0</b>	<b>536,6</b>	<b>-2,4%</b>	<b>6,5%</b>	<b>8 799,8</b>	<b>8 956,7</b>	<b>8 212,4</b>	<b>-8,3%</b>
dont activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO)-hors FIR	260,9	295,9	316,6	7,0%	6,3%	5 063,5	5 280,2	5 024,5	-4,8%
dont activité de soins de suite et de réadaptation (SSR)	169,8	168,4	168,1	-0,1%	7,8%	2 402,7	2 394,6	2 155,9	-10,0%
dont activité de psychiatrie (PSY)	84,4	85,2	51,4	-39,6%	5,3%	1 231,4	1 231,8	976,2	-20,7%
dont activité Soins de longue durée (SLD)	6,5	-	-	-	0,0%	89,1	40,6	49,9	22,9%
<b>Dépenses des établissements ex-OQN / OQN - hors FIR</b>	<b>1 170,6</b>	<b>1 182,0</b>	<b>1 198,2</b>	<b>1,4%</b>	<b>8,8%</b>	<b>13 291,6</b>	<b>13 442,8</b>	<b>13 628,9</b>	<b>1,4%</b>
dont activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO)-hors FIR	976,4	983,2	997,1	1,4%	9,3%	10 440,3	10 535,0	10 674,2	1,3%
dont activité de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)	156,0	160,8	162,3	0,9%	7,3%	2 144,4	2 197,1	2 237,5	1,8%
dont activité de Psychiatrie (PSY)	35,3	36,0	37,4	4,0%	5,3%	676,0	688,3	702,6	2,1%

Source : État financier 2016 des ARS

### 9.3.Focus : les dépenses de soins de ville

Vues à travers le remboursement aux acteurs de santé, les dépenses de soins de ville s'élevaient pour la Région à 8 milliards d'Euros, soit 44 % de la dépense globale régionale. La part néo-aquitaine dans la dépense nationale est de 9,2 %. Elle a augmenté de 2,7 % en 2016, rythme identique au national et de 5,1 % sur les deux dernières années (+4,7 % pour la France).

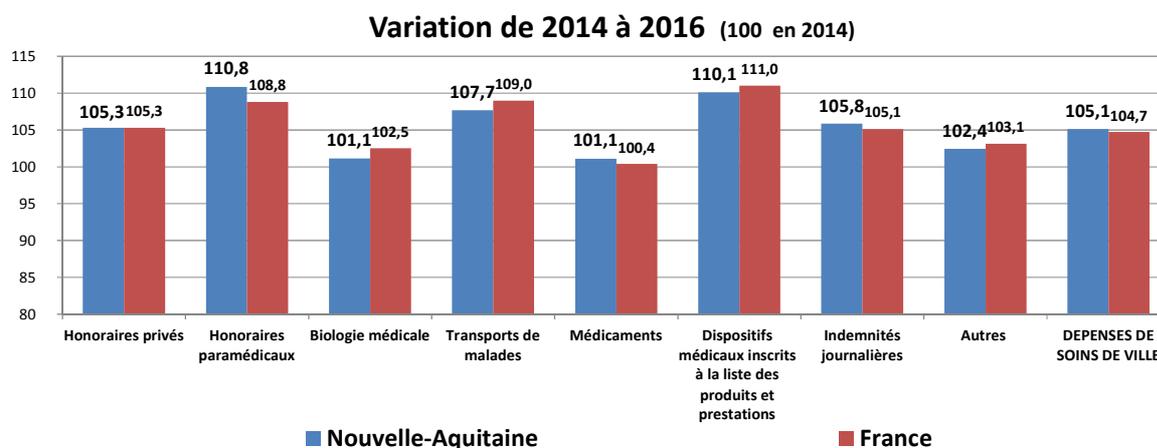
Figure 352. Répartition des dépenses de soins de ville selon le poste



Source : État financier 2016 des ARS

Les quelque 8 031 millions d'Euros de dépenses de soins de ville se répartissent principalement entre honoraires (39 %), médicaments (26 %) et indemnités journalières (14,5 %). Leur poids dans le pays, relativement à la population, est plus élevé pour les honoraires paramédicaux et les transports, et, en revanche, plus léger pour le poste indemnités journalières. La structure plus âgée de la population néo-aquitaine explique ces écarts.

Figure 353. Variation des dépenses de soins de ville selon le poste de dépense



Source : État financier 2016 des ARS

Au cours des deux dernières années, les honoraires paramédicaux et le poste médicaments progressent plus que la moyenne du pays.

Figure 354. Les dépenses de soins de ville en 2014, 2015 et 2016

REPARTITION DES DEPENSES PAR DESTINATION									
Libellé dépense	Nouvelle-Aquitaine				Part dans dépenses nationales	France			
	Réalisé année 2014 (M€)	Réalisé année 2015 (M€)	Réalisé année 2016 (M€)	Variation 2015 / 2016		Réalisé Nat. année 2014 (M€)	Réalisé Nat. année 2015 (M€)	Réalisé Nat. année 2016 (M€)	Variation 2015 / 2016
<b>DEPENSES DE SOINS DE VILLE</b>	<b>7 641</b>	<b>7 823</b>	<b>8 031</b>	<b>2,7%</b>	<b>9,2%</b>	<b>83 355</b>	<b>84 992</b>	<b>87 299</b>	<b>2,7%</b>
<b>Honoraires privés</b>	<b>1 880</b>	<b>1 931</b>	<b>1 980</b>	<b>2,5%</b>	<b>9,3%</b>	<b>20 182</b>	<b>20 689</b>	<b>21 253</b>	<b>2,7%</b>
dont médecins généralistes - omnipraticiens (hors RO SP)	604	615	619	0,6%	9,8%	6 156	6 225	6 299	1,2%
dont RO SP médecins généralistes - omnipraticiens	34	35	36	1,7%	9,5%	356	368	375	2,1%
dont médecins spécialistes (hors RO SP)	950	978	1 016	3,8%	9,2%	10 348	10 664	11 068	3,8%
dont RO SP médecins spécialistes	4	4	4	4,3%	9,8%	42	39	41	5,4%
dont sages-femmes	21	22	24	6,5%	9,0%	225	248	263	6,2%
dont dentistes	267	276	281	1,9%	8,8%	3 055	3 146	3 206	1,9%
<b>Honoraires paramédicaux</b>	<b>997</b>	<b>1 051</b>	<b>1 105</b>	<b>5,2%</b>	<b>9,7%</b>	<b>10 444</b>	<b>10 888</b>	<b>11 362</b>	<b>4,4%</b>
dont kinésithérapeutes	324	336	354	5,2%	9,4%	3 522	3 628	3 778	4,1%
dont infirmières	619	658	691	5,0%	10,2%	6 203	6 513	6 799	4,4%
dont autres auxiliaires médicaux	54	57	61	6,7%	7,7%	720	748	785	5,0%
<b>Biologie médicale</b>	<b>294</b>	<b>293</b>	<b>298</b>	<b>1,7%</b>	<b>8,8%</b>	<b>3 301</b>	<b>3 312</b>	<b>3 384</b>	<b>2,2%</b>
<b>Transports de malades</b>	<b>386</b>	<b>401</b>	<b>415</b>	<b>3,6%</b>	<b>9,6%</b>	<b>3 970</b>	<b>4 141</b>	<b>4 326</b>	<b>4,5%</b>
dont transports sanitaires	215	224	230	2,5%	9,8%	2 186	2 275	2 338	2,8%
dont VSL	96	102	102	0,4%	12,9%	744	785	795	1,3%
dont autres transports (hors CAQS)	171	177	186	5,0%	9,3%	1 784	1 866	1 987	6,5%
dont Taxi	139	146	155	6,2%	9,1%	1 484	1 574	1 700	8,0%
<b>Médicaments</b>	<b>2 066</b>	<b>2 062</b>	<b>2 089</b>	<b>1,3%</b>	<b>9,3%</b>	<b>22 494</b>	<b>22 236</b>	<b>22 581</b>	<b>1,6%</b>
médicaments délivrés en officine	1 843	1 817	1 823	0,3%	9,3%	19 744	19 440	19 621	0,9%
rétrocession hospitalière	223	245	266	8,5%	9,0%	2 750	2 796	2 959	5,8%
<b>RO SP Pharmaciens</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>1,9%</b>	<b>10,0%</b>	<b>146</b>	<b>138</b>	<b>141</b>	<b>1,9%</b>
<b>Dispositifs médicaux inscrits à la liste des produits et prestations</b>	<b>518</b>	<b>538</b>	<b>570</b>	<b>6,0%</b>	<b>9,0%</b>	<b>5 739</b>	<b>6 014</b>	<b>6 370</b>	<b>5,9%</b>
<b>Indemnités journalières</b>	<b>1 099</b>	<b>1 126</b>	<b>1 163</b>	<b>3,3%</b>	<b>8,5%</b>	<b>13 076</b>	<b>13 338</b>	<b>13 746</b>	<b>3,1%</b>
<b>Centres de santé</b>	<b>38</b>	<b>40</b>	<b>42</b>	<b>4,2%</b>	<b>5,1%</b>	<b>712</b>	<b>751</b>	<b>817</b>	<b>8,8%</b>
<b>Soutien à la qualité, aux réseaux et à la coordination des soins</b>	<b>35</b>	<b>33</b>	<b>30</b>	<b>-8,1%</b>	<b>9,4%</b>	<b>353</b>	<b>342</b>	<b>322</b>	<b>-5,9%</b>
Réseaux de santé	14	13	13	-2,9%	8,7%	157	157	150	-4,7%
Permanence des soins ambulatoire	16	16	14	-15,0%	11,0%	140	140	126	-9,6%
<b>Autres dépenses de soins de ville</b>	<b>313</b>	<b>334</b>	<b>324</b>	<b>-3,0%</b>	<b>10,8%</b>	<b>2 937</b>	<b>3 143</b>	<b>2 998</b>	<b>-4,6%</b>

Source : État financier 2016 des ARS

Pour les soins de ville les données sont disponibles également sous l'angle « consommation de soins » et seront présentées ci-après : il s'agit des prestations de soins de ville consommées par les patients de la région. Cette approche consommation n'est pas réalisable pour les autres postes de dépenses.

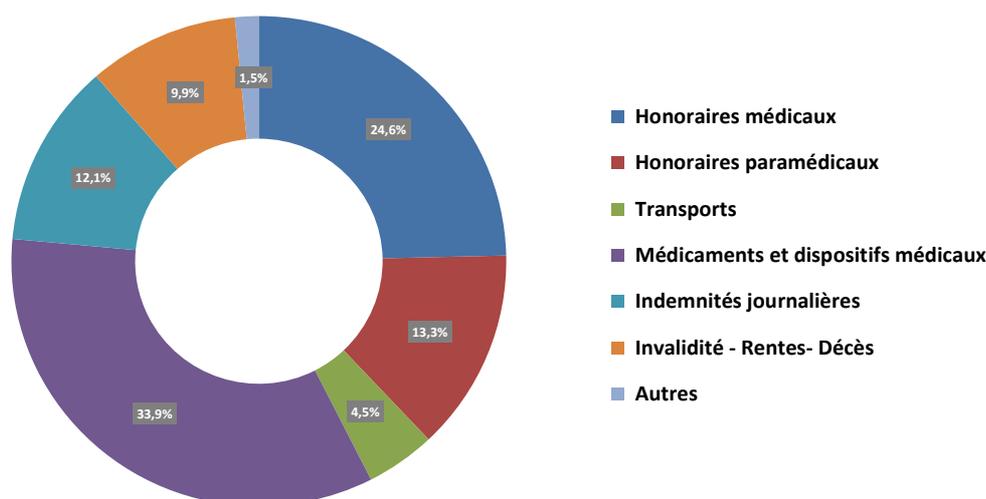
## 9.4.Focus : les consommations des soins de ville des Néo-aquitains

Les données précédentes se rapportent aux rémunérations, par le système public, des acteurs de santé du domaine des soins de ville de la région Nouvelle-Aquitaine.

Les données ci-après, présentent les dépenses de soins de ville engagées par les Néo-aquitains (montants remboursables, hors dépassements d'honoraires), quel que soit le lieu de la dépense, et les dépenses remboursées par les acteurs publics (assurance maladie essentiellement).

Le volume remboursable des soins de ville consommés par les habitants est de 10 milliards d'Euros. Outre les dépenses directement liées au soin, il inclut les Indemnités journalières, les coûts d'invalidité, rentes, décès. Les acteurs publics prennent à leur charge 8,6 milliards le reste étant financé par les organismes complémentaires, les entreprises éventuellement, et par les ménages eux-mêmes. A ces 10 milliards se rajoutent 86 millions d'Euros de dépenses non individualisables liées à la coordination, l'accompagnement des professionnels<sup>81</sup> portant la dépense totale à 10,1 milliards d'Euros.

**Figure 355. Répartition, selon le poste, des dépenses de soins de ville consommées par les Néo-aquitains en 2016 - Dépenses remboursables : 10 008 M€**



Source : État financier 2016 des ARS

Le médicament est le premier poste de dépenses : c'est un tiers de la dépense totale, les honoraires médicaux en représentent près du quart. Les honoraires des praticiens exerçant en libéral dans les établissements de santé sont comptés en soins de ville (même lorsqu'ils sont adressés à une personne hospitalisée).

<sup>81</sup> Les dépenses non individualisables comprennent

Les dépenses consacrées au soutien à la qualité, aux réseaux et à la coordination des soins : réseaux, permanence des soins ambulatoire ; actions ou structures contribuant à la permanence des soins.

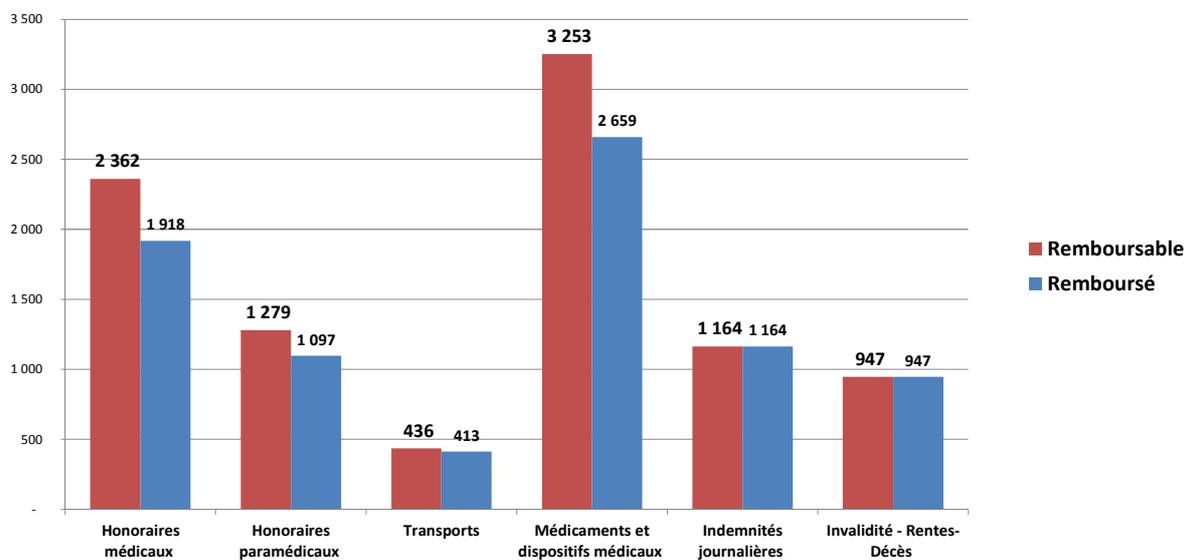
La prise en charge des cotisations sociales d'une partie des professionnels de santé.

Les aides à la télétransmission ; le ticket modérateur des ALD 31 et 32, les cures thermales.

Les remboursements d'honoraires non individualisables : aide sociale, dispensaires antituberculeux, dispensaires antivénéériens, hygiène mentale, établissements de lutte contre la tuberculose, protection maternelle et infantile.

Les autres dépenses pour la qualité et la coordination des soins parmi lesquelles l'amélioration des pratiques, des nouveaux modes d'exercices, les correspondants SAMU, des systèmes d'information (dossier médical partagé ou DMP) ; le développement des maisons de santé pluridisciplinaires ; les aides à l'installation des professionnels de santé.

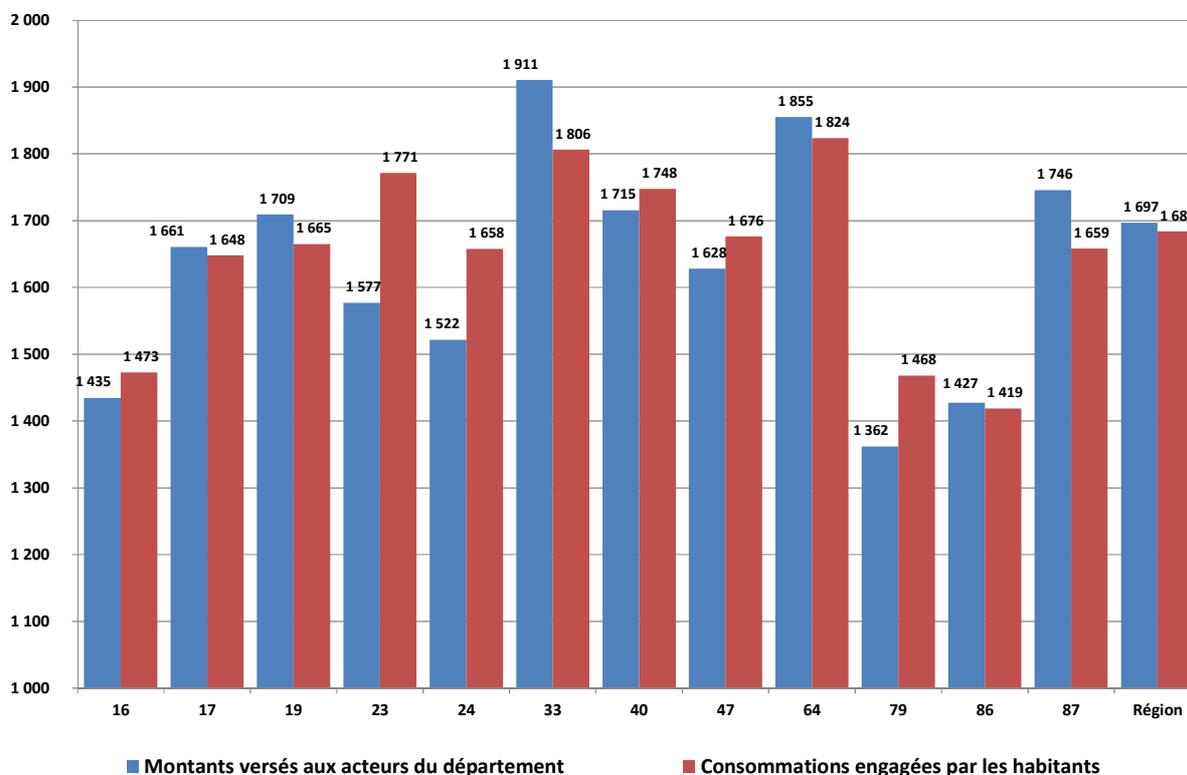
*Figure 356. Montants remboursable/remboursé selon les postes de dépense en Nouvelle-Aquitaine en 2016 en millions d'Euros*



Source : État financier 2016 des ARS

Le reste à charge, concerne essentiellement les honoraires et les médicaments. Il représente 22 % de la somme remboursable pour chacun de ces deux postes.

**Figure 357. Montant, par habitant, des dépenses totales de soins de ville versées aux acteurs de santé et des dépenses consommées par les habitants, en 2016 en Euros.**



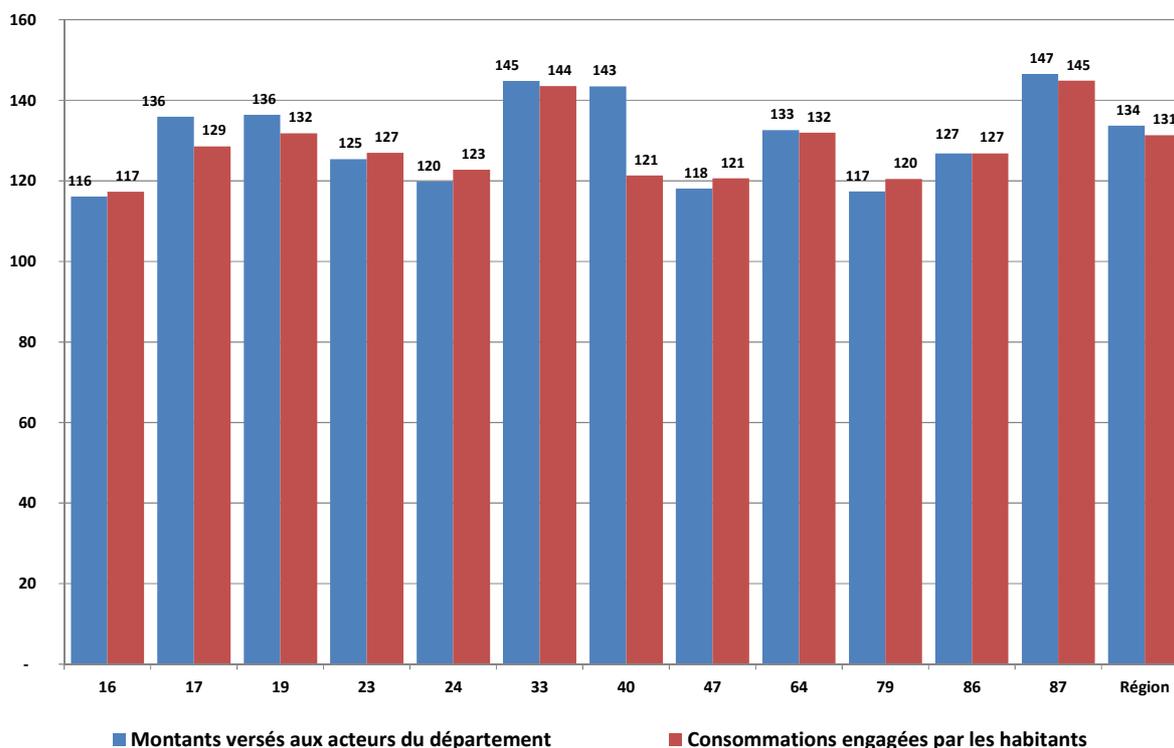
Source : État financier 2016 des ARS

La dépense moyenne de soins de ville consommés par Néo-aquitain s'élève à 1 684 € en 2106. La différence avec la rémunération totale des acteurs des soins de ville est inférieure à 1 % (1 697 € en 2016).

L'examen départemental de ces deux grandeurs permet de montrer :

- que le niveau de dépenses par habitant varie fortement d'un département à l'autre 1419 €/hab en Vienne, jusqu'à 29 % de plus en Pyrénées Atlantiques,
- que les consommations les plus élevées se situent dans les départements où l'offre médicale est abondante, mais aussi dans les départements où la population est la plus âgée,
- que des départements sont attractifs : le versement aux acteurs ramené à un habitant est largement supérieur à la consommation moyenne par habitant en Gironde, en Haute-Vienne,
- à l'inverse que les habitants des départements les plus ruraux (Creuse, Dordogne, Deux-Sèvres) s'adressent beaucoup à des professionnels extérieurs à leur territoire.

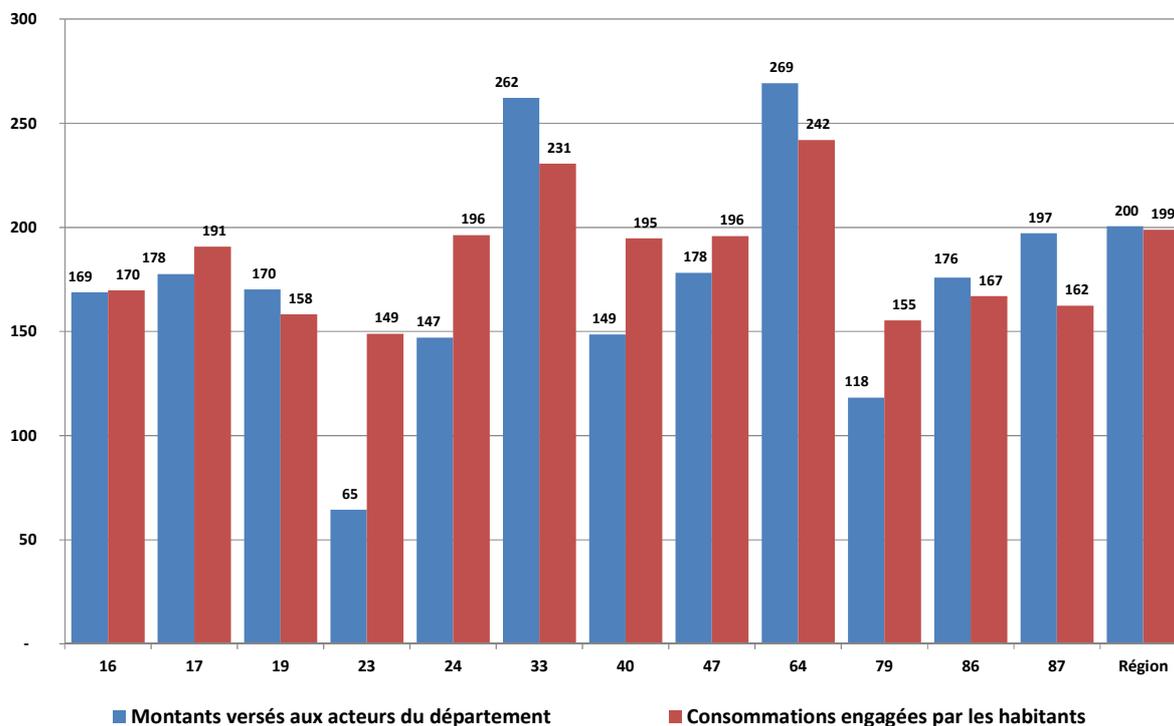
**Figure 358. Montant, par habitant, des dépenses de médecin généraliste versées aux acteurs de santé et des dépenses consommées par les habitants, en 2016 en Euros.**



Source : État financier 2016 des ARS

La différence marquée du niveau de dépenses selon les départements est peu visible pour la médecine générale, mais très nette pour le recours aux spécialistes. Pour ces derniers les écarts interdépartementaux sont particulièrement élevés entre d’une part, la Gironde et les Pyrénées atlantiques, très au-dessus de la moyenne régionale, la Charente Maritime, la Dordogne, les Landes et le Lot-et-Garonne, proches de la moyenne régionale et les six autres départements nettement en deçà.

*Figure 359. Montant, par habitant, des dépenses d'honoraires de spécialistes médicaux versées aux acteurs de santé et des dépenses consommées par les habitants, en 2016 en Euros.*

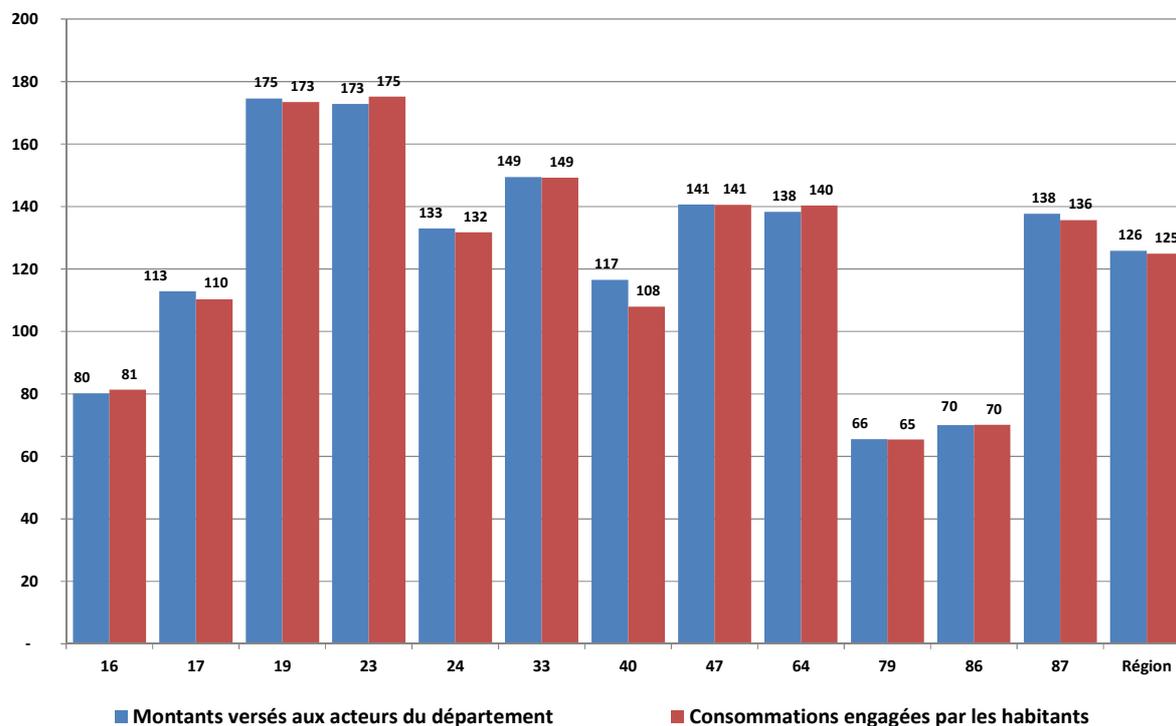


Source : État financier 2016 des ARS

Le graphe ci-dessus illustre aussi l'importante part de recours hors département pour les habitants de la Creuse, la Dordogne, les Deux-Sèvres. Le cas des Landes est particulier : en effet, les habitants de l'agglomération Bayonnaise dont une partie s'étend largement dans les Landes recourent naturellement aux spécialistes Bayonnais. Il s'agit donc, ici, d'un effet de frontière qui se retrouve « dans l'autre sens » en Pyrénées-Atlantiques.

L'attractivité des grands pôles hospitaliers régionaux, Bordeaux, Limoges, Poitiers explique l'excédent des versements effectués sur les dépenses consommées dans ces départements.

*Figure 360. Montant, par habitant, des dépenses d’infirmier libéral versées aux acteurs de santé et des dépenses consommées par les habitants, en 2016 en Euros.*



Source : État financier 2016 des ARS

A l’inverse du recours aux spécialistes, les dépenses d’infirmier libéral sont plus élevées dans les départements de l’ex Limousin et nettement plus faibles dans les trois départements intérieurs de l’ex Poitou-Charentes.

## 10. TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1.	Densité, structure et évolution de la population en Nouvelle-Aquitaine .....	5
Figure 2.	Évolution de la population entre 2008 et 2013 en Nouvelle-Aquitaine (carte communale lissée à 5 km) .....	7
Figure 3.	Évolution moyenne annuelle de la population entre 2008 et 2013 en Nouvelle-Aquitaine .....	8
Figure 4.	Projections de population en 2007 et 2040 – Nombre d’habitants et évolution.....	9
Figure 5.	Projections de population Évolution du nombre d’habitants de 2007 à 2040 selon les départements (base 100 au 1er janvier 2007) .....	9
Figure 6.	Projections de population entre 2007 et 2040 – Répartition de la population selon l’âge en 2007 à 2040 .....	10
Figure 7.	Vieillesse de la population selon la commune en Nouvelle-Aquitaine (carte communale lissée à 5 km) .....	11
Figure 8.	Natalité en 2014 – comparaisons départementales en Nouvelle-Aquitaine .....	12
Figure 9.	Ménages selon leur composition en Nouvelle-Aquitaine .....	13
Figure 10.	Mode d’habitation des personnes de 75 ans ou plus (%) en Nouvelle-Aquitaine.....	13
Figure 11.	Répartition des familles selon leur composition en Nouvelle-Aquitaine .....	14
Figure 12.	Répartition des emplois selon le secteur d’activité en Nouvelle-Aquitaine.....	16
Figure 13.	Répartition de la population active de 15 à 64 ans selon la catégorie professionnelle en Nouvelle-Aquitaine.....	17
Figure 14.	Indicateurs de précarité et de pauvreté par département en Nouvelle-Aquitaine.....	18
Figure 15.	Niveau de vie selon la commune en Nouvelle-Aquitaine (revenu disponible médian par unité de consommation) .....	19
Figure 16.	Part des bénéficiaires des minima sociaux et prestations sociales en Nouvelle-Aquitaine .....	22
Figure 17.	Implantation des stations de mesure de la qualité de l’air et indice de fond CITEAIR 2014 .....	23
Figure 18.	Nombre moyen d’épisodes de pollution atmosphérique par an et par département (2012-2014) .....	23
Figure 19.	Départements où des populations d’Aedes albopictus sont installées.....	24
Figure 20.	Nombre moyen de jours avec un RA > 3 sur les stations de mesures régionales (période 2013/2014 sauf Mont-de-Marsan installé en 2014).....	25
Figure 21.	Répartition d’Ambrosia artemisiifolia selon le département en avril 2014 en Nouvelle-Aquitaine.....	26
Figure 22.	Répartition des « petites régions agricoles » selon l’origine et la pression en pesticides.....	27
Figure 23.	Nombre et densité d’établissements « élevages » classes ICPE (A et E) en Nouvelle-Aquitaine .....	28
Figure 24.	Communes classées en risque Seveso en Nouvelle-Aquitaine.....	29
Figure 25.	Communes classées en risque nucléaire en Nouvelle-Aquitaine .....	29
Figure 26.	Nombre et densité d’établissements industriels classés ICPE (A et E) .....	30
Figure 27.	Parc privé potentiellement indigne en 2013 en Nouvelle-Aquitaine .....	32
Figure 28.	Mesure de l’exposition domestique au radon en France métropolitaine (campagne habitat menée entre 1982 et 2000) .....	33
Figure 29.	Paramètres microbiologiques selon les bassins de vie en Nouvelle-Aquitaine .....	34
Figure 30.	Non-conformité en pesticides totaux de l’EDCH dans les bassins de vie en 2014 en Nouvelle-Aquitaine.....	35
Figure 31.	Non-conformité en nitrates de l’EDCH dans les bassins de vie en 2014 en Nouvelle-Aquitaine .....	36
Figure 32.	Classement européen des baignades par bassin de vie en Nouvelle-Aquitaine .....	37
Figure 33.	Liste des stations thermales en région Nouvelle-Aquitaine .....	38
Figure 34.	Nombre et densité de sites et sols pollués par bassin de vie en Nouvelle-Aquitaine .....	39
Figure 35.	Variations de pluviométrie moyenne journalière (mm).....	40
Figure 36.	Variations de température moyenne (°C) .....	40
Figure 37.	Part des enfants allaités à la naissance dans les départements de la Nouvelle-Aquitaine en 2014 (%) .....	42
Figure 38.	Part des enfants de 9 mois selon la durée de l’allaitement dans les départements de la Nouvelle-Aquitaine en 2014 (%) .....	42
Figure 39.	Proportion d’adultes de 18 ans ou plus déclarant un IMC > ou = 30 kg/m2 (obésité) en 2009 et en 2012 dans les ex-régions de la Nouvelle-Aquitaine (%) .....	43
Figure 40.	Proportion d’enfants en grande section de maternelle présentant une surcharge pondérale et en obésité sur les ex-régions de la Nouvelle-Aquitaine en 1999-2000, 2005-2006 et 2012-2013 (%) .....	44
Figure 41.	Proportion d’élèves de 6ème scolarisés dans un établissement public, obèses ou en insuffisance pondérale (IP) en ex-Aquitaine et ex-Limousin (%) .....	45
Figure 42.	Proportion d’élèves de 6ème scolarisés dans un établissement public en surcharge pondérale dans les départements de l’ex-Aquitaine et ex-Limousin (%) .....	45
Figure 43.	Taux de licences sportives en 2014 dans les départements de Nouvelle-Aquitaine (%).....	47
Figure 44.	Part des licences féminines en 2014 dans les départements de Nouvelle-Aquitaine (%).....	47
Figure 45.	Activité de chirurgie bariatrique en Nouvelle-Aquitaine en 2015.....	49

Figure 46.	Usages de tabac, alcool et cannabis à 17-18 ans en Nouvelle-Aquitaine en 2014 (%).....	50
Figure 47.	Expérimentation d'autres substances illicites à 17-18 ans en Nouvelle-Aquitaine en 2014 (%).....	50
Figure 48.	Répartition des passages des patients venus aux urgences pour troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool (CIM10 : F10.0) en 2015 en Nouvelle-Aquitaine (%) – n=9553 .....	51
Figure 49.	Répartition des passages en fonction de l'âge des patients venus aux urgences pour troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis (CIM10 : F12.0) en 2015 en Nouvelle-Aquitaine (%) – n=103 .....	51
Figure 50.	Taux comparatifs de séjours hospitaliers en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) pour une pathologie liée à l'alcool pour 100 000 hab. (2015).....	52
Figure 51.	Nombre de séjours hospitaliers MCO en 2015 des patients néo-aquitains (motif principal de prise en charge : pathologie en lien avec une consommation de substance psychoactive).....	52
Figure 52.	Nombre de séjours hospitaliers MCO en 2015 des patients néo-aquitains pour sevrage alcoolique/intoxication aiguë à l'alcool.....	53
Figure 53.	Taux standardisés d'admission en ALD pour un cancer de la trachée, des bronches et du poumon pour 100 000 habitants (2012-2014) .....	54
Figure 54.	Taux standardisés d'admission en ALD pour une pathologie liée à l'alcool pour 100 000 hab. (2012-2014) ..	54
Figure 55.	Taux standardisés de mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon pour 100 000 hab. (2009-2013)	55
Figure 56.	Taux standardisé de mortalité liée au tabac selon les territoires de proximité en Nouvelle-Aquitaine .....	56
Figure 57.	Taux standardisés de mortalité pour une pathologie liée à la consommation d'alcool pour 100 000 hab. (2009-2013)	57
Figure 58.	Taux standardisé de mortalité liée à l'alcool selon les territoires de proximité en Nouvelle-Aquitaine.....	57
Figure 59.	L'accidentologie routière en Nouvelle-Aquitaine, en 2013-2015.....	59
Figure 60.	Taux de mortalité par accident de la circulation en 2011-2013 en Nouvelle-Aquitaine .....	60
Figure 61.	Évolution du taux standardisé de mortalité par accident de la circulation (pour 100 000) .....	60
Figure 62.	Taux standardisés de mortalité par accident de la circulation en 2009-2013 (pour 100 000) par département en Nouvelle-Aquitaine.....	61
Figure 63.	Exposition aux facteurs de risques professionnels en 2014-2015 (%) .....	63
Figure 64.	Fréquence des accidents de trajet pour le régime général et agricole selon la zone d'emploi en 2012 en Nouvelle-Aquitaine .....	64
Figure 65.	Fréquence des accidents de travail pour le régime général et agricole selon la zone d'emploi en 2012 en Nouvelle-Aquitaine .....	65
Figure 66.	Prévalence des deux principales MCP selon le sexe en 2014 (en %).....	67
Figure 67.	Taux de fréquence des maladies professionnelles pour le régime général et agricole selon la zone d'emploi en 2012 (par million d'heures travaillées).....	69
Figure 68.	Décès et espérance de vie en 2014 en Nouvelle-Aquitaine .....	71
Figure 69.	Taux standardisé de mortalité (pour 100 000 habitants) par département en Nouvelle-Aquitaine.....	73
Figure 70.	Taux de mortalité selon l'âge et le sexe (pour 100 000 habitants) - échelle logarithmique .....	73
Figure 71.	Évolution des taux standardisés de mortalité (pour 100 000 habitants) .....	74
Figure 72.	Evolution des taux de mortalité par âge entre 2001 et 2013 (en %).....	74
Figure 73.	Taux standardisé de mortalité prématurée par département en Nouvelle-Aquitaine (pour 100 000 habitants)	76
Figure 74.	Taux standardisé de mortalité prématurée évitable par département en Nouvelle-Aquitaine (pour 100 000 habitants)	76
Figure 75.	Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes) .....	78
Figure 76.	Évolution du taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes).....	78
Figure 77.	Personnes bénéficiant d'une prise en charge en ALD au 1 <sup>er</sup> janvier 2015 par département en Nouvelle-Aquitaine	79
Figure 78.	Répartition des personnes bénéficiant d'une prise en charge pour ALD au 1 <sup>er</sup> janvier 2015 par tranche d'âge par département en Nouvelle-Aquitaine .....	80
Figure 79.	Répartition par type d'affection des bénéficiaires d'une ALD 2015 .....	81
Figure 80.	Caractéristiques des personnes bénéficiant d'une prise en charge pour ALD par type d'affection et par département	82
Figure 81.	Caractéristiques des personnes bénéficiant d'une prise en charge pour ALD par type d'affection et par département (suite) .....	83
Figure 82.	Caractéristiques des personnes bénéficiant d'une prise en charge pour ALD par type d'affection et par département (suite) .....	84

Figure 83.	Personnes entrant dans le dispositif ALD à compter du 1er janvier 2015 en Nouvelle-Aquitaine – Affections sur liste uniquement .....	85
Figure 84.	Nouvelles admissions en ALD en 2015 .....	86
Figure 85.	Répartition thématique des actions financées en 2016 par l'ARS Nouvelle-Aquitaine (en milliers d'euros) ...	88
Figure 86.	Nombre de cas déclarés des principales MDO à prévention vaccinale entre 2006 et 2015 en Nouvelle-Aquitaine	90
Figure 87.	Taux de couverture vaccinale à 2 ans par département de Nouvelle-Aquitaine en 2014 (%).....	91
Figure 88.	Taux de couverture vaccinale méningocoque C à 2 ans par département de Nouvelle-Aquitaine en 2015 (%)	92
Figure 89.	Taux de couverture vaccinale en Grande section de maternelle dans les anciennes régions de Nouvelle-Aquitaine en 2012-2013 (%).....	93
Figure 90.	Taux de couverture vaccinale des élèves scolarisés dans un établissement public en classe de 6 <sup>ème</sup> par département de l'ex-Aquitaine et l'ex-Limousin (2014-2015) (%) .....	94
Figure 91.	Taux de couverture vaccinale à 17 ans par département de l'ex-Poitou-Charentes en 2010-2011 (%) .....	94
Figure 92.	Taux de couverture vaccinale des jeunes de 16 à 18 ans participant aux Journées défense et citoyenneté en 2013, par département de l'ex-Aquitaine (n=2 781) (%).....	95
Figure 93.	Taux de couverture vaccinale antigrippale chez les 65 ans et plus par département de Nouvelle-Aquitaine (campagne 2015-2016) (%) .....	95
Figure 94.	2016 Calendrier simplifié des vaccinations .....	96
Figure 95.	Nombre de naissances pour un ETP de sage-femme PMI en Nouvelle-Aquitaine .....	98
Figure 96.	Nombre d'enfants de 0-5 ans en Nouvelle-Aquitaine .....	98
Figure 97.	Nombre d'élèves du 1er et 2nd degré du public et du privé* par ETP de médecin scolaire en 2016-17 par département de Nouvelle-Aquitaine .....	99
Figure 98.	Taux standardisés de participation au DO du cancer du sein en 2014-2015 (moyenne) en Nouvelle-Aquitaine	100
Figure 99.	Taux standardisés de participation au DO du cancer colorectal en 2013-2014 (moyenne) en Nouvelle-Aquitaine	101
Figure 100.	Les CeGIDD en Nouvelle-Aquitaine : localisation et zone de couverture à 30 mn .....	102
Figure 101.	Taux de dépistage du VIH pour 1 000 habitants par région en 2015 .....	103
Figure 102.	Évolution du nombre de sérologies réalisées pour 1 000 habitants et du nombre de sérologies positives pour 1 000 tests (2010-2015) .....	103
Figure 103.	Taux de découverte de séropositivité VIH par million d'habitants en 2015 par région en France (données corrigées)	104
Figure 104.	Evolution du taux annuel de découverte de séropositivité VIH 2003 à 2015 (données corrigées).....	105
Figure 105.	Nombre de cas d'hépatite B aigüe déclarés par année en Nouvelle-Aquitaine (2003-2015) .....	106
Figure 106.	Activité de dépistage AgHBs pour 1 000 habitants en 2013 en France.....	106
Figure 107.	Nombre de tests AgHBs confirmés positifs pour 100 000 habitants en 2013 par région en France.....	107
Figure 108.	Activité de dépistage Ac anti-VHC pour 1 000 habitants en 2013 par région en France.....	108
Figure 109.	Nombre de tests Ac anti-VHC confirmés positifs pour 100 000 habitants en 2013 par région en France .....	108
Figure 110.	Nombre de sites participant à RésIST (site ayant déclaré au moins 1 cas sur 2013-2015) par département de Nouvelle-Aquitaine .....	109
Figure 111.	Nombre de cas de syphilis récente déclarés pour les 13 sites à participation constante en 2012-2015 .....	110
Figure 112.	Nombre de gonococcies déclarées par les sites participant à RésIST en 2015 en Nouvelle-Aquitaine.....	111
Figure 113.	Couverture vaccinale par le vaccin HPV chez les jeunes filles pour une et trois doses en France .....	111
Figure 114.	Taux standardisé de recours à l'hospitalisation pour cancer de l'utérus (pour 1 000 femmes) par département de Nouvelle-Aquitaine .....	112
Figure 115.	Nombre de programmes d'ETP autorisés dans les départements de Nouvelle-Aquitaine au 1/01/2017 .....	114
Figure 116.	Répartition des programmes d'ETP autorisés en Nouvelle-Aquitaine selon le type de porteur au 01/01/2017 (en %)	114
Figure 117.	Programmes d'ETP autorisés dans les départements de Nouvelle-Aquitaine selon la ou les pathologie(s) concernée(s) au 01/01/2016.....	115
Figure 118.	Les principaux professionnels de santé au 1er janvier 2016.....	116
Figure 119.	Caractéristiques des principaux professionnels de santé au 1er janvier 2016.....	117
Figure 120.	Densité des médecins généralistes libéraux au 1er janvier 2016 (Nombre de médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants).....	118
Figure 121.	Les médecins psychiatres et les psychologues au 1 <sup>er</sup> janvier 2016 en Nouvelle-Aquitaine .....	119

Figure 122.	Densité de psychiatres et psychologues pour 100 000 habitants en Nouvelle-Aquitaine au 1 <sup>er</sup> janvier 2016	120
Figure 123.	Densité d'infirmiers libéraux au 1er janvier 2016 (Nombre d'infirmiers libéraux pour 100 000 habitants) ..	121
Figure 124.	Accessibilité potentielle en équivalent temps plein de médecins généralistes pour 100 000 habitants – données communales brutes .....	122
Figure 125.	Synthèse de la méthode zonage pluri-professionnel (médecin généraliste) avant le 01/01/2016.....	124
Figure 126.	Zonage au sens de l'article R.1434-4 du CSP installés avant le 01/01/2016 - Cartographie du zonage actuelle en Nouvelle-Aquitaine.....	125
Figure 127.	Maisons de santé pluridisciplinaires en fonctionnement ou en projet .....	127
Figure 128.	Consommation de soins de ville en 2015 en Nouvelle-Aquitaine .....	128
Figure 129.	Hospitalisation complète et partielle en Nouvelle-Aquitaine au 1 <sup>er</sup> janvier 2016.....	129
Figure 130.	L'offre en hospitalisation complète en Nouvelle-Aquitaine au 31 décembre 2015 .....	130
Figure 131.	Taux d'équipement en médecine, chirurgie et obstétrique en Nouvelle-Aquitaine .....	131
Figure 132.	Taux d'équipement en soins de suite et de réadaptation en Nouvelle-Aquitaine .....	131
Figure 133.	Taux d'équipement en psychiatrie en Nouvelle-Aquitaine .....	131
Figure 134.	Les effecteurs de soins urgents par département en Nouvelle-Aquitaine .....	133
Figure 135.	Temps d'intervention SMUR ou d'accès à un service d'urgence.....	134
Figure 136.	Les différents temps d'accès du diagnostic selon l'équipement .....	134
Figure 137.	Cartographie des temps d'accès aux soins urgents à fin 2016 prise en charge par les services d'urgence et SMUR	135
Figure 138.	Cartographie des temps d'accès aux soins urgents à fin 2016 pris en charge par les services d'urgence, SMUR et MCS	136
Figure 139.	IRM et Scanner en Nouvelle-Aquitaine, au 25 janvier 2017.....	137
Figure 140.	Séjours de médecine, chirurgie, obstétrique des établissements de Nouvelle-Aquitaine en 2015 .....	138
Figure 141.	Séjours des néo-aquitains en médecine, chirurgie, obstétrique en 2015 et lieu d'hospitalisation.....	139
Figure 142.	Taux de chirurgie ambulatoire par lieu d'implantation de l'établissement en Nouvelle-Aquitaine, 2015.....	140
Figure 143.	Taux de chirurgie ambulatoire par lieu de résidence des néo-aquitains en 2015.....	140
Figure 144.	Taux de fuite des patients néo-aquitains en chirurgie en 2015 .....	141
Figure 145.	Les taux de recours standardisés en chirurgie (en nombre de séjours pour 1 000 habitants) en Nouvelle-Aquitaine entre 2011 et 2015 .....	142
Figure 146.	Taux de fuite en médecine des néo-aquitains en 2015.....	143
Figure 147.	Taux de recours en médecine des néo-aquitains pour 1 000 habitants.....	143
Figure 148.	Maternités et centres périnataux de proximité en Nouvelle-Aquitaine au 1 <sup>er</sup> mars 2017.....	144
Figure 149.	Taux de fuite en obstétrique des Néo-aquitaines .....	145
Figure 150.	Part des IVG par semaine d'aménorrhée (SA) selon l'âge des patientes en 2015.....	146
Figure 151.	IVG des Néo-aquitaines en 2015 .....	147
Figure 152.	Fuites hospitalières pour les patientes néo-aquitaines ayant eu une IVG en 2015 .....	147
Figure 153.	L'activité de médecine, chirurgie, obstétrique en 2014 et 2015 en Nouvelle-Aquitaine .....	148
Figure 154.	Accueil et activité des établissements de santé autorisés en SSR en 2015.....	149
Figure 155.	Taux d'équipement des établissements de santé autorisés en SSR en 2015 .....	150
Figure 156.	Les établissements autorisés en Soins de suite et de réadaptation en Nouvelle Aquitaine (au 1 <sup>er</sup> janvier 2016)	151
Figure 157.	Évolution des journées SSR entre 2013 et 2015 en Nouvelle-Aquitaine .....	152
Figure 158.	Durée moyenne de séjours en soins de suite et de réadaptation en 2015, Nouvelle-Aquitaine .....	153
Figure 159.	Durée moyenne de séjour des patients adultes néo-aquitains par spécialité SSR en 2015 .....	153
Figure 160.	Durée moyenne de séjour des patients néo-aquitains de moins de 18 ans par spécialité SSR en 2015.....	154
Figure 161.	Taux de recours standardisés en SSR des patients néo-aquitains en 2015 .....	155
Figure 162.	Lieu d'hospitalisation en SSR des patients néo-aquitains en 2015 .....	156
Figure 163.	Taux d'équipement en SSR par spécialité et département en Nouvelle-Aquitaine (pour 1 000 habitants)...	157
Figure 164.	Fuites hospitalières des patients néo-aquitains en HAD .....	158
Figure 165.	Principales prises en charge en HAD en 2015 .....	159
Figure 166.	Taux de recours pour 1 000 patients néo-aquitains en HAD.....	160
Figure 167.	Cartographie des secteurs psychiatriques infanto-juvéniles en Nouvelle-Aquitaine* .....	162
Figure 168.	Les établissements autorisés en psychiatrie infanto-juvénile par département, en Nouvelle-Aquitaine, au 1 <sup>er</sup> janvier 2017	163
Figure 169.	Offre d'accueil infanto-juvénile des établissements psychiatriques en Nouvelle-Aquitaine au 31/12/2015	163

Figure 170.	Taux d'équipement en hospitalisation temps plein en psychiatrie infanto-juvénile pour 10 000 habitants au 31/12/2015 en Nouvelle-Aquitaine.....	164
Figure 171.	File active des enfants et adolescents pris en charge en psychiatrie en Nouvelle-Aquitaine en 2015 .....	165
Figure 172.	Prise en charge des enfants et adolescents parmi l'ensemble des patients pris en charge en psychiatrie en 2015 en Nouvelle-Aquitaine.....	166
Figure 173.	File active des enfants et adolescents pris en charge en psychiatrie en 2015 en Nouvelle-Aquitaine .....	166
Figure 174.	Activité à temps plein en psychiatrie chez les enfants et adolescents en 2015 en Nouvelle-Aquitaine .....	167
Figure 175.	Durée moyenne d'hospitalisation des enfants et adolescents en psychiatrie en Nouvelle-Aquitaine en 2015	168
Figure 176.	Les 3 principaux diagnostics de prise en charge en hospitalisation temps plein et temps partiel des enfants et adolescents en psychiatrie en Nouvelle-Aquitaine en 2015 .....	169
Figure 177.	L'attractivité des établissements de santé mentale pour l'hospitalisation des enfants et adolescents par département en Nouvelle-Aquitaine en 2015.....	170
Figure 178.	Lieux de prise en charge en psychiatrie ambulatoire des enfants et adolescents en Nouvelle-Aquitaine en 2015	171
Figure 179.	Lieux des actes réalisés en psychiatrie sur les enfants et adolescents en Nouvelle-Aquitaine en 2015 .....	172
Figure 180.	Nombre d'actes moyen par enfant ou adolescent en psychiatrie ambulatoire en Nouvelle-Aquitaine en 2015	172
Figure 181.	Les 3 principaux diagnostics de prise en charge ambulatoire des enfants et adolescents en psychiatrie en Nouvelle-Aquitaine en 2015.....	173
Figure 182.	Cartographie des secteurs de psychiatrie générale en Nouvelle-Aquitaine.....	174
Figure 183.	Les établissements autorisés en psychiatrie générale par département, en Nouvelle-Aquitaine, au 1 <sup>er</sup> janvier 2017	175
Figure 184.	Offre d'accueil en psychiatrie générale en Nouvelle-Aquitaine au 31 décembre 2015 .....	176
Figure 185.	Taux d'équipement en hospitalisation temps plein en psychiatrie générale pour 10 000 habitants au 31 décembre 2015 en Nouvelle-Aquitaine.....	177
Figure 186.	File active des adultes pris en charge en psychiatrie en Nouvelle-Aquitaine en 2015.....	178
Figure 187.	Prise en charge des adultes parmi l'ensemble des patients pris en charge en psychiatrie en Nouvelle-Aquitaine en 2015 .....	179
Figure 188.	File active des adultes pris en charge en psychiatrie en 2015 en Nouvelle-Aquitaine.....	179
Figure 189.	Activité d'hospitalisation en psychiatrie des adultes en 2015 en Nouvelle-Aquitaine.....	180
Figure 190.	Durée moyenne d'hospitalisation des adultes en psychiatrie en Nouvelle-Aquitaine en 2015 .....	181
Figure 191.	Les 3 principaux diagnostics de prise en charge des adultes en hospitalisation en psychiatrie en Nouvelle-Aquitaine en 2015 .....	182
Figure 192.	L'attractivité des établissements de santé mentale pour l'hospitalisation des adultes par département en Nouvelle-Aquitaine en 2015.....	183
Figure 193.	Lieux de prise en charge ambulatoire en psychiatrie générale en Nouvelle-Aquitaine en 2015 .....	184
Figure 194.	Lieux des actes réalisés sur les adultes en psychiatrie ambulatoire en Nouvelle-Aquitaine en 2015 .....	185
Figure 195.	Nombre d'actes moyen par adulte en psychiatrie ambulatoire en Nouvelle-Aquitaine en 2015 .....	185
Figure 196.	Les 3 principaux diagnostics de prise en charge ambulatoire des adultes en psychiatrie en Nouvelle-Aquitaine en 2015	186
Figure 197.	Les patients hospitalisés au long cours en 2015 en Nouvelle-Aquitaine.....	187
Figure 198.	Les hospitalisations sans consentement en 2015 en Nouvelle-Aquitaine.....	188
Figure 199.	Les hospitalisations sans consentement à temps partiel en Nouvelle-Aquitaine en 2015.....	189
Figure 200.	Part des patients pris en charge sans consentement admis en soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPI) par département en 2012 .....	190
Figure 201.	Nombre d'établissements publics participant à la prise en charge des hospitalisations sans consentement par département en Nouvelle-Aquitaine .....	190
Figure 202.	Tableaux complémentaires.....	191
Figure 203.	Allocations aux personnes âgées par département de Nouvelle-Aquitaine .....	192
Figure 204.	Établissements et nombre de places installées dans les établissements pour personnes âgées en Nouvelle-Aquitaine	193
Figure 205.	Taux d'équipement pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus, tous types d'établissements confondus en Nouvelle-Aquitaine .....	194
Figure 206.	Taux d'équipement en places médicalisées, en établissement, pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus en Nouvelle-Aquitaine .....	195

Figure 207.	Taux d'équipement pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus, par catégorie d'établissement en Nouvelle-Aquitaine	196
Figure 208.	Services et nombre de places installées pour les personnes âgées et Alzheimer par département de Nouvelle-Aquitaine	198
Figure 209.	Taux d'équipement en places de SSIAD pour personnes âgées et Alzheimer pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus par département de Nouvelle-Aquitaine	199
Figure 210.	Évolution du nombre de places en hébergement temporaire et accueil de jour en Nouvelle-Aquitaine	200
Figure 211.	Les dispositifs MAIA en Nouvelle-Aquitaine en 2016	201
Figure 212.	Les UHR en Nouvelle-Aquitaine en 2016	202
Figure 213.	Les PASA en Nouvelle-Aquitaine en 2016	203
Figure 214.	Taux d'équipement en PASA pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus en Nouvelle-Aquitaine	204
Figure 215.	ESA : nombre d'équipes et places installées pour les personnes Alzheimer en Nouvelle-Aquitaine	204
Figure 216.	Taux d'équipement en places d'ESA pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus en Nouvelle-Aquitaine	205
Figure 217.	Taux d'équipement en places médicalisées dans les établissements et services pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus en Nouvelle-Aquitaine	206
Figure 218.	Allocations et prestations aux personnes handicapées en Nouvelle-Aquitaine	207
Figure 219.	Évolution 2010-2016 de l'offre d'accueil des personnes handicapées en région par catégorie de structures en Nouvelle-Aquitaine	208
Figure 220.	Offre d'accueil des personnes handicapées par catégorie de structure et département en 2016 en Nouvelle-Aquitaine	208
Figure 221.	Évolution en % entre 2010 et 2016 du nombre d'établissements et services accueillant des personnes handicapées et du nombre de places installées en Nouvelle-Aquitaine	209
Figure 222.	Offre d'accueil des enfants et adolescents handicapés par catégorie de structure et département en Nouvelle-Aquitaine	210
Figure 223.	Évolution en % entre 2010 et 2016 du nombre d'établissements et services accueillant des enfants ou adolescents handicapés et du nombre de places installées en Nouvelle-Aquitaine	210
Figure 224.	Taux d'équipement au 1er octobre 2016 en établissements et services pour enfants et adolescents handicapés (places pour 1 000 habitants de moins de 20 ans) en Nouvelle-Aquitaine	211
Figure 225.	Répartition des places installées par catégorie d'établissements d'éducation spéciale pour enfants et adolescents handicapés au 1er octobre 2016 en Nouvelle-Aquitaine	212
Figure 226.	Taux d'équipement au 1er octobre 2016 par catégorie d'établissements pour enfants et adolescents handicapés (places pour 1 000 habitants de moins de 20 ans) en Nouvelle-Aquitaine	212
Figure 227.	Établissements <sup>(1)</sup> pour enfants et adolescents handicapés - Places installées par catégorie de handicap au 1er octobre 2016 en Nouvelle-Aquitaine	213
Figure 228.	Répartition des places installées dans les établissements d'éducation spéciale <sup>(1)</sup> pour enfants et adolescents handicapés par type de déficience au 1er octobre 2016 en Nouvelle-Aquitaine	214
Figure 229.	Répartition des places installées dans les établissements et services pour enfants et adolescents handicapés par mode d'accueil au 1er octobre 2016 en Nouvelle-Aquitaine	215
Figure 230.	CAMSP et CMPP par département en Nouvelle-Aquitaine au 1 <sup>er</sup> décembre 2016	215
Figure 231.	Délais moyens entre le 1 <sup>er</sup> contact, la 1 <sup>ère</sup> consultation et le début du suivi en Nouvelle-Aquitaine	216
Figure 232.	Offre d'accueil des adultes handicapés par catégorie de structure et département en Nouvelle-Aquitaine	217
Figure 233.	Évolution en % entre 2010 et 2016 du nombre d'établissements et services accueillant des adultes handicapés et du nombre de places installées en Nouvelle-Aquitaine	218
Figure 234.	Taux d'équipement au 1er octobre 2016 en établissements d'hébergement pour adultes handicapés (selon les disciplines) et dans les ESAT (places pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans) en Nouvelle-Aquitaine	219
Figure 235.	Répartition des places installées par catégorie d'établissements pour adultes handicapés au 1er octobre 2016 (hors services) en Nouvelle-Aquitaine	220
Figure 236.	Répartition des places installées dans les établissements <sup>(1)</sup> et services pour adultes handicapés par type de déficience agréée au 1er octobre 2016 en Nouvelle-Aquitaine	221
Figure 237.	Répartition des places installées dans les établissements et services pour adultes handicapés par mode d'accueil au 1er octobre 2016 en Nouvelle-Aquitaine	222
Figure 238.	Répartition des places agréées autisme/TED par catégorie de structures en Nouvelle-Aquitaine	223
Figure 239.	Part des élèves avec des troubles autistiques parmi les élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire	224
Figure 240.	Répartition des enfants autisme/TED suivis en psychiatrie selon leur mode de prise en charge	225

Figure 241.	Part des usagers avec autisme/TED ou psychoses infantiles dans les ESMS pour enfants, par département en Nouvelle-Aquitaine .....	226
Figure 242.	L'évolution des effectifs autisme/TED par département en Nouvelle-Aquitaine .....	226
Figure 243.	Répartition des enfants et adolescents avec autisme/TED ou psychose infantile par catégorie d'établissements ou services .....	227
Figure 244.	Accueil des jeunes présentant un autisme/TED en IME, par département en Nouvelle-Aquitaine.....	228
Figure 245.	Proportion des jeunes avec autisme/TED accueillis en SESSAD avec places « dédiées », par département en Nouvelle-Aquitaine .....	229
Figure 246.	Répartition par sexe et âge des jeunes autistes accompagnés dans le médico-social en Nouvelle-Aquitaine 230	
Figure 247.	Répartition des enfants selon leur mode d'accueil .....	231
Figure 248.	Répartition des enfants de 3 à 16 ans selon leur mode de scolarisation en Nouvelle-Aquitaine .....	232
Figure 249.	Répartition des enfants atteints de TED sous amendement Creton selon la catégorie d'établissement et modalités d'accueil en Nouvelle-Aquitaine .....	233
Figure 250.	Nombre de places dédiées PHV de 60 ans ou plus comparé à l'accueil effectif des PHV de 60 ans ou plus au 31/12/2014 en Nouvelle-Aquitaine.....	235
Figure 251.	Localisation des établissements ayant des places dédiées de PHV en Nouvelle-Aquitaine.....	236
Figure 252.	Taux de personnes âgées de 50 ans et plus accueillies en établissement pour personnes handicapées par catégorie d'établissement en Nouvelle-Aquitaine .....	237
Figure 253.	Répartition des pathologies des personnes handicapées vieillissantes accueillies dans des établissements pour adultes handicapés selon la catégorie d'établissement en Nouvelle-Aquitaine.....	238
Figure 254.	Nature des déficiences principales et associées des personnes de 50 ans ou plus accueillies dans un établissement pour adultes handicapés en Nouvelle-Aquitaine .....	239
Figure 255.	Évolution du nombre de PHV de 50 ans ou plus par département en Nouvelle-Aquitaine .....	239
Figure 256.	Fréquence de consommation des médicaments psychotropes des jeunes de 17 ans de Nouvelle-Aquitaine selon le sexe et le médicament (en %).....	241
Figure 257.	Évolution de la consommation des médicaments psychotropes des jeunes de 17 ans de Nouvelle-Aquitaine selon le sexe et le médicament entre 2008, 2011 et 2014 (en %).....	242
Figure 258.	Taux bruts de résidents de Nouvelle-Aquitaine de moins de 20 ans ayant consommé des médicaments psychotropes selon le département et le type de psychotropes, en 2016 (pour 1 000 jeunes) .....	243
Figure 259.	Proportion de pensées suicidaires au cours de l'année et de tentatives de suicides au cours de la vie déclarées selon les enquêtes chez les jeunes menées intégralement ou partiellement sur le territoire Nouvelle-Aquitaine (en %) 244	
Figure 260.	Déclaration de pensées suicidaires ayant entraîné une consultation hospitalière selon le sexe en Nouvelle-Aquitaine en 2008, 2011 et 2014 (en %) .....	244
Figure 261.	Nombre de séjours hospitaliers en médecine et chirurgie pour tentative de suicide et taux bruts de recours à l'hospitalisation (pour 100 000 jeunes) en 2015 .....	245
Figure 262.	Taux bruts de recours à l'hospitalisation en médecine ou chirurgie pour tentative de suicide, pour 100 000 garçons ou filles de 10-19 ans, en 2015 .....	246
Figure 263.	Taux de mortalité par suicides des jeunes de 10-14 ans (pour 100 000) en Nouvelle-Aquitaine .....	247
Figure 264.	Taux de mortalité par suicides des jeunes de 15-19 ans (pour 100 000) en Nouvelle-Aquitaine .....	247
Figure 265.	Jeunes de moins de 20 ans résidant en Nouvelle-Aquitaine bénéficiant d'une prise en charge en ALD pour affections psychiatriques au 31-12-2014, selon le sexe et l'âge .....	248
Figure 266.	Jeunes de moins de 20 ans résidant en Nouvelle-Aquitaine (n = 9 870) et en France (n = 112 350) bénéficiant d'une prise en charge en ALD pour affections psychiatriques au 31-12-2014, selon la famille de pathologies ou de handicaps et l'âge (pour 100).....	249
Figure 267.	Jeunes de moins de 20 ans résidant en Nouvelle-Aquitaine bénéficiant d'une prise en charge en ALD pour affections psychiatriques au 31-12-2014, selon la famille de pathologies ou de handicaps et le sexe (n = 9 874), pour 100 garçons et 100 filles.....	250
Figure 268.	Nombre de jeunes de moins de 20 ans résidant en Nouvelle-Aquitaine bénéficiant d'une prise en charge en ALD pour affections psychiatriques et taux standardisé, au 31-12-2014 (pour 100 000) .....	251
Figure 269.	Taux standardisé de jeunes de moins de 20 ans résidant en Nouvelle-Aquitaine bénéficiant d'une prise en charge en ALD pour affections psychiatriques, au 31-12-2014, selon le sexe (pour 100 000) .....	251
Figure 270.	Taux standardisé de jeunes de moins de 20 ans résidant en Nouvelle-Aquitaine bénéficiant d'une prise en charge en ALD pour affections psychiatriques, au 31-12-2014, selon le territoire de proximité (pour 100 000) .....	252

Figure 271.	Nombres annuels d'admissions en ALD pour affections psychiatriques (ALD23) et pour « autres affections » de jeunes de moins de 20 ans résidant en Nouvelle-Aquitaine .....	253
Figure 272.	Nombres annuels moyens de jeunes de moins de 20 ans résidant en Nouvelle-Aquitaine admis en ALD pour affections psychiatriques en 2010-2014, selon l'âge .....	253
Figure 273.	Nombre annuel moyen de jeunes de moins de 20 ans résidant en Nouvelle-Aquitaine admis en ALD pour affections psychiatriques en 2010-2014 et taux standardisé (pour 100 000) .....	254
Figure 274.	Taux standardisé d'admission en ALD pour affections psychiatriques des jeunes de moins de 20 ans en 2010-2014, selon le sexe (pour 100 000) .....	254
Figure 275.	Taux standardisé d'admission en ALD pour affections psychiatriques des jeunes de moins de 20 ans en 2010-2014, selon le territoire de proximité (pour 100 000).....	255
Figure 276.	Prévalence de la souffrance psychique au travail selon le sexe en 2014 (en %).....	256
Figure 277.	Taux standardisés de consommateurs de 20 ans et plus de médicaments psychotropes selon le département et le type de psychotropes en Nouvelle-Aquitaine en 2016 (pour 100 habitants).....	257
Figure 278.	Taux standardisés de consommateurs de 20 ans et plus de médicaments psychotropes selon le territoire de proximité et le type de médicaments en Nouvelle-Aquitaine en 2016 (pour 100 habitants .....	259
Figure 279.	Taux bruts de consommateurs de 20 ans et plus de médicaments psychotropes par âge selon le sexe et le type de médicaments en Nouvelle-Aquitaine en 2016 (pour 100 habitants) .....	260
Figure 280.	Taux de recours à l'hospitalisation pour tentative de suicide en médecine et chirurgie des habitants de Nouvelle-Aquitaine et France en 2015 (pour 100 000) .....	261
Figure 281.	Taux de recours à l'hospitalisation pour tentative de suicide en médecine et chirurgie des hommes et des femmes de Nouvelle-Aquitaine, en 2015 (pour 100 000) .....	261
Figure 282.	Taux standardisés de recours à l'hospitalisation en médecine et chirurgie pour tentative de suicide des habitants de Nouvelle-Aquitaine (pour 100 000) en 2015 .....	262
Figure 283.	Taux de mortalité par suicide des habitants de Nouvelle-Aquitaine, selon le sexe et l'âge en 2009-2013 (pour 100 000)	263
Figure 284.	Taux de mortalité par suicide des habitants de Nouvelle-Aquitaine et de France selon l'âge, en 2009-2013 (pour 100 000)	263
Figure 285.	Taux standardisés de mortalité par suicide des habitants de Nouvelle-Aquitaine, en 2009-2013 (pour 100 000)	264
Figure 286.	Taux standardisé de mortalité par suicide en 2009-2013 par territoire de proximité (pour 100 000 habitants)	264
Figure 287.	Taux de suicide et de tentatives de suicide en milieu carcéral en Nouvelle-Aquitaine et en France (pour 10 000 détenus) en 2014 .....	265
Figure 288.	Répartition par sexe et âge des bénéficiaires de Nouvelle-Aquitaine d'une ALD pour affection psychiatrique au 31-12-2014	266
Figure 289.	Taux de personnes en ALD pour affection psychiatrique résidant en Nouvelle-Aquitaine par sexe et âge au 31-12-2014 (pour 1 000) .....	266
Figure 290.	Répartition des personnes âgées de 20 ans ou plus résidant en Nouvelle-Aquitaine, en ALD pour une affection psychiatrique, selon le groupe de pathologies, au 31-12-2014 .....	267
Figure 291.	Nombre annuel moyen de personnes de 20 ans ou plus résidant en Nouvelle-Aquitaine bénéficiaires d'une prise en charge en ALD pour affections psychiatriques et taux standardisé* au 31-12-2014 (pour 100 000).....	267
Figure 292.	Taux standardisé de personnes de 20 ans ou plus résidant en Nouvelle-Aquitaine bénéficiaires d'une prise en charge en ALD pour affections psychiatriques au 31-12-2014, selon le sexe (pour 100 000).....	268
Figure 293.	Taux standardisés de personnes résidant en Nouvelle-Aquitaine bénéficiant d'une prise en charge en en ALD23 au 31-12-2014, selon le territoire de proximité (pour 100 000) .....	268
Figure 294.	Nombre annuel d'admissions en ALD pour affections psychiatriques de personnes âgées de 20 ans ou plus résidant en Nouvelle-Aquitaine.....	269
Figure 295.	Nombre annuel moyen d'admissions en ALD pour affections psychiatriques de personnes âgées de 20 ans ou plus résidant en Nouvelle-Aquitaine en 2010-2014, selon l'âge .....	269
Figure 296.	Nombre annuel moyen de personnes de 20 ans ou plus résidant en Nouvelle-Aquitaine admis en ALD pour affections psychiatriques en 2010-2014 et taux standardisé (pour 100 000) .....	270
Figure 297.	Taux standardisé d'admission en ALD pour affections psychiatriques des habitants de Nouvelle-Aquitaine âgés de 20 ans ou plus, en 2010-2014, selon le territoire de proximité (pour 100 000).....	271
Figure 298.	Taux standardisés de mortalité liée au cancer selon les territoires de proximité en Nouvelle-Aquitaine .....	272
Figure 299.	Les structures de prise en charge hospitalière des cancers en Nouvelle-Aquitaine .....	273
Figure 300.	Activité en cancérologie hors séances des établissements de la région Nouvelle-Aquitaine en 2015 .....	274

Figure 301.	Taux de recours standardisé 2015 pour chirurgie du cancer : nombre de séjours pour 1 000 habitants .....	274
Figure 302.	Taux de recours standardisé 2015 pour chimiothérapie : nombre de séances pour 1 000 habitants .....	275
Figure 303.	Séjours des patients néo-aquitains pour cancer en 2015 et lieu d'hospitalisation .....	276
Figure 304.	Age moyen des patients néo-aquitains et sex-ratio des séjours pour cancers .....	276
Figure 305.	Taux standardisés de mortalité liée au cancer du sein selon les territoires de proximité en Nouvelle-Aquitaine	277
Figure 306.	Séjours hors séances pour cancer du sein des établissements de la région Nouvelle-Aquitaine .....	278
Figure 307.	Séjours des patientes néo-aquitaines pour cancer du sein en 2015 et lieu d'hospitalisation.....	278
Figure 308.	Taux de recours standardisé 2015 pour cancer du sein : nombre de séjours et séances pour 1000 femmes de 15 ans et plus	279
Figure 309.	Taux standardisés de mortalité liée au cancer colorectal selon les territoires de proximité en Nouvelle-Aquitaine	280
Figure 310.	Séjours hors séances des établissements de Nouvelle-Aquitaine pour cancer colo-rectal.....	281
Figure 311.	Séjours des patients néo-aquitains pour cancer colorectal en 2015 et lieu d'hospitalisation .....	281
Figure 312.	Taux de recours standardisé 2015 pour cancer colorectal : nombre de séjours et séances pour 1 000 habitants	282
Figure 313.	Taux standardisé de mortalité liée au cancer de la trachée, des bronches et du poumon selon les territoires de proximité en Nouvelle-Aquitaine .....	283
Figure 314.	Séjours hors séances des établissements de Nouvelle-Aquitaine pour le cancer broncho-pulmonaire .....	284
Figure 315.	Séjours des patients pour cancer broncho-pulmonaire en 2015 et lieu d'hospitalisation .....	284
Figure 316.	Taux de recours standardisé 2015 pour cancer broncho-pulmonaire : nombre de séjours et séances pour 1 000 habitants.....	285
Figure 317.	Séjours hors séances des établissements de Nouvelle-Aquitaine pour le cancer des VADS.....	285
Figure 318.	Séjours des patients pour cancer des VADS en 2015 et lieu d'hospitalisation.....	286
Figure 319.	Taux de recours standardisé 2015 pour cancer des VADS : nombre de séjours et séances pour 1 000 habitants	286
Figure 320.	Les structures de prise en charge spécialisées en médecine et SSR .....	287
Figure 321.	Évolution du nombre de séjours MCO pour AVC entre 2011 et 2015 selon le département de résidence en Nouvelle-Aquitaine .....	288
Figure 322.	Durée moyenne des séjours selon le département de résidence des patients néo-aquitains en 2015.....	288
Figure 323.	Taux de recours standardisé 2015 (en nombre de séjours pour 1 000 habitants) en Nouvelle-Aquitaine ....	289
Figure 324.	Répartition selon le type d'AVC en nombre de patients pris en charge (en dehors de hémorragies sous arachnoïdiennes) en Nouvelle-Aquitaine en 2015 .....	289
Figure 325.	Nombre moyen de journées de prise en charge par patient et taux de décès selon le type d'AVC en Nouvelle-Aquitaine en 2015 .....	290
Figure 326.	Pourcentage de séjours pour AVC pris en charge en UNV (parmi les 1 <sup>ers</sup> séjours uniquement) par département de Nouvelle-Aquitaine .....	291
Figure 327.	Pourcentage de transferts directs en SSR pour les patients néo-aquitains hospitalisés en MCO pour AVC..	291
Figure 328.	Pourcentage de transferts directs en HAD pour les patients néo-aquitains hospitalisés en MCO pour AVC	292
Figure 329.	Taux standardisés de mortalité liée à l'insuffisance cardiaque selon les territoires de proximité en Nouvelle-Aquitaine	293
Figure 330.	Évolution du nombre de séjours MCO pour Insuffisance cardiaque entre 2011 et 2015 selon le département de résidence en Nouvelle-Aquitaine .....	294
Figure 331.	Taux de recours standardisé 2015 (en nombre de séjours pour 1000 habitants) en Nouvelle-Aquitaine .....	294
Figure 332.	Nombre de patients néo-aquitains avec plus d'un séjour MCO pour insuffisance cardiaque dans l'année 2015	295
Figure 333.	Durée moyenne des séjours des néo-aquitains pour insuffisance cardiaque en 2015 .....	296
Figure 334.	Taux de décès lors de séjours de néo-aquitains pour insuffisance cardiaque en 2015.....	296
Figure 335.	Pourcentage de transferts en SSR dans les 30 jours suivant la sortie de MCO pour les patients néo-aquitains hospitalisés pour IC .....	297
Figure 336.	Pourcentage de transferts directs en HAD pour les patients néo-aquitains hospitalisés en MCO pour IC ....	297
Figure 337.	Taux standardisés de mortalité liée à la BPCO selon les territoires de proximité en Nouvelle-Aquitaine .....	299
Figure 338.	Séjours hospitaliers MCO pour BPCO en 2015 des patients néo-aquitains.....	300
Figure 339.	Séjours hospitaliers SSR pour BPCO en 2015 des patients néo-aquitains.....	300
Figure 340.	Lieu d'hospitalisation SSR pour BPCO en 2015 des patients néo-aquitains .....	301
Figure 341.	Prévalence standardisée du diabète traité pharmacologiquement, par région, France, 2013 (© InVS) .....	302

Figure 342.	Taux d'incidence standardisés des complications liées au diabète, France entière, 2013.....	303
Figure 343.	Taux de mortalité par diabète par département de Nouvelle-Aquitaine, 2011-2013 .....	304
Figure 344.	Taux standardisés de mortalité liée au diabète selon les territoires de proximité en Nouvelle-Aquitaine ...	304
Figure 345.	Nombre de séjours et taux de recours à l'hospitalisation pour diabète en 2015 en Nouvelle-Aquitaine.....	305
Figure 346.	Répartition des dépenses publiques de santé en Nouvelle-Aquitaine selon leur destination .....	306
Figure 347.	Les dépenses publiques de santé en Nouvelle-Aquitaine selon leur destination .....	307
Figure 348.	Répartition des dépenses de soins des établissements de santé selon leur statut.....	308
Figure 349.	Répartition des dépenses de soins des établissements de santé selon leur destination.....	309
Figure 350.	Variation des dépenses de soins des établissements de santé selon l'activité .....	309
Figure 351.	Les dépenses des établissements de santé en 2014, 2015 et 2016 .....	310
Figure 352.	Répartition des dépenses de soins de ville selon le poste .....	311
Figure 353.	Variation des dépenses de soins de ville selon le poste de dépense .....	311
Figure 354.	Les dépenses de soins de ville en 2014, 2015 et 2016.....	312
Figure 355.	Répartition, selon le poste, des dépenses de soins de ville consommées par les Néo-aquitains en 2016 – Dépenses remboursables : 10 008 M€.....	313
Figure 356.	Montants remboursable/remboursé selon les postes de dépense en Nouvelle-Aquitaine en 2016 en millions d'Euros	314
Figure 357.	Montant, par habitant, des dépenses totales de soins de ville versées aux acteurs de santé et des dépenses consommées par les habitants, en 2016 en Euros. ....	315
Figure 358.	Montant, par habitant, des dépenses de médecin généraliste versées aux acteurs de santé et des dépenses consommées par les habitants, en 2016 en Euros. ....	316
Figure 359.	Montant, par habitant, des dépenses d'honoraires de spécialistes médicaux versées aux acteurs de santé et des dépenses consommées par les habitants, en 2016 en Euros. ....	317
Figure 360.	Montant, par habitant, des dépenses d'infirmier libéral versées aux acteurs de santé et des dépenses consommées par les habitants, en 2016 en Euros. ....	318

## 11. BIBLIOGRAPHIE

### Démographie, emploi, chômage, précarité, social

1. « Entre revenu disponible et dépenses pré-engagées : combien reste-t-il aux bénéficiaires de revenus minima garantis ? », Les Dossiers de la DREES, n° 11, décembre 2016
2. « La Nouvelle-Aquitaine à grands traits », Insee Analyses Nouvelle-Aquitaine n° 36, novembre 2016
3. « 5 844 177 habitants en Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes au 1er janvier 2013 » Insee Analyses Aquitaine-Limousin-Poitou Charentes n° 1, janvier 2016
4. « État de santé de la population », France, Portrait social, Insee Références, édition 2016
5. « Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers », Insee Première, n° 1584, février 2016
6. « La pauvreté touche une personne sur huit en Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes », Insee Analyses Poitou-Charentes, n° 16, juin 2015

### Déterminants de santé

1. « Comportements, ressentis et consommations de substances psychoactives des lycéens de Poitou-Charentes », ROBIN S. L'enquête ESPAD Poitou-Charentes 2015, ORS Poitou-Charentes. A paraître
2. « Comportements et ressentis des élèves de Poitou-Charentes en 2014 », ROBIN S., Données de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children pour l'Académie de Poitiers. ORS Poitou-Charentes, Rapport n° 174. 96 p., Mai 2016
3. « La prise en charge des addictions à l'hôpital », ORS Aquitaine, 8 p, novembre 2015
4. « Évaluation du programme ESPACE (Éducation, Sensibilisation et Prévention Alcool au Collège) avec l'appui de l'Environnement, ROUCHAUD A., FERLEY J.-P. ORS Limousin, Rapport n°221-E, 107 p., février 2015
5. « Enquête sur la santé des lycéens de la Communauté Urbaine de Bordeaux », ORS Aquitaine, 22 p, décembre 2011
6. « L'état de santé de la population en France », DREES, 326 p, Edition 2015
7. « Prévalence du surpoids, de l'obésité et des facteurs de risque cardio-métaboliques dans la cohorte Constances », MATTA J., ZINS M., FERLAL-PIERSSENS A.M.et al.. BEH n°35-36. 25 octobre 2016
8. « La santé des élèves scolarisés en classe de 6ème. Situation dans les établissements publics d'Aquitaine en 2014/2015 », ORS Aquitaine, 54 p, Août 2016
9. « Exploitation des bilans de santé en classe de 6ème dans les collèges publics du Limousin en 2013/2014 », ORS Limousin, 38 p., Juillet 2015
10. « et ressentis des élèves de Poitou-Charentes en 2014 », ROBIN S., Données de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children pour l'Académie de Poitiers. ORS Poitou-Charentes, Rapport n°174. 96 p., Mai 2016
11. "Children Adolescents and Television", Committe of Public Education INC, Pediatrics vol 107 n°2 p. 423-426, Février 2001
12. « Corpulence, normes et inégalités sociales », DE SAINT POL T., Lettre scientifique du Fonds français alimentation santé 11 4 p., 2013
13. « La santé des collégiens en France en 2010 », GODEAU E., NAVARRO F., ARNAUD C., Données françaises de l'enquête HBSC, INPES. Études santé 254 p., 2012
14. « Image corporelle positive, notions de base, facteurs d'influence et conséquences », Promotion Santé Suisse 8 p., , Déc. 2016

### Santé au travail

1. « Plan santé au travail 2016-2020 », Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social
2. « Panorama socio-économique de la région Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes et de ses départements ». Direccte Nouvelle-Aquitaine. Collection Etudes n°46. Mai 2016
3. « Le tableau de bord régional. Emploi et chômage des personnes handicapées en Aquitaine-Limousin Poitou-Charentes », AGEFIPH. Bilan de l'année 2015. Mars 2016
4. « Les chiffres clés 2015 », Direccte Nouvelle-Aquitaine. Edition 2016
5. **Qualité de vie au travail. « L'entreprise en santé », version Aquitaine.** Revue Entreprise et carrières n°1199. Du 1<sup>er</sup> au 7 juillet 2014. Pp 12-14.
6. INRS – **La pénibilité au travail** – ED 6135 – Septembre 2012. 20 p. Actualisé sur : [www.inrs.fr/demarche/penibilite.html](http://www.inrs.fr/demarche/penibilite.html)
7. DARES. **Les données sur les risques professionnels par sexe en 2010** - Sumer 2010. 221 p. Présentation et données de l'observatoire EVREST: <http://evrest.alamarge.org/front/Pages/page.php>
9. Direccte Nouvelle-Aquitaine. **Éléments de diagnostic de santé au travail en ALPC : contexte socio-économique, accidents du travail et maladies professionnelles.** Collection Etudes n047. Juillet 2016. 15 p.
10. MSA. **Statistiques des risques professionnels des salariés agricoles. Données nationales 2012.** Avril 2014.20 p. <http://docplayer.fr/13994485-Statistiques-des-risques-professionnels-des-salaries-agricoles.html>

## Accidents de la circulation

1. Observatoire National Interministériel de la Sécurité Routière. La sécurité routière en France - Bilan de l'accidentalité de l'année 2015. 2016. 175 p.
2. Drees. L'état de santé de la population en France. Rapport 2015. Fiche Insécurité routière. p 306-307.

## Prévention, dépistage

1. HCSP. Indicateurs de mortalité « prématurée » et « évitable ». Collection document. Avril 2013, 33 p.
2. OSCARS<sup>®</sup> : <http://www.oscarsanthttp://www.oscarsante.org/nouvelle-aquitaine/e.org/nouvelle-aquitaine/>
3. ARS Aquitaine. Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS). Décembre 2011. 61 p.
4. ARS Limousin. Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS). 21 p.
5. ARS Poitou-Charentes. Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS). Révision 2015. 49 p.
6. Site Internet de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) : La conférence des financeurs. <http://www.cnsa.fr/compensation-de-la-perte-dautonomie/financement-des-prestations-concours-aux-departements/la-conference-des-financeurs>. Site visité le 10 janvier 2017.
7. Dépistage organisé du cancer du sein : guide du format des données et définitions des indicateurs de l'évaluation du programme national. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2011. 63 p.
8. Jezewski-Serra D, Salines E. Évaluation épidémiologique du programme de dépistage organisé du cancer colorectal en France. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2013. 31 p.
9. Site Internet de AIDES : <http://www.aides.org/actu/cegidd-un-des-outils-des-politiques-publiques-contre-le-vih-les-hepatites-et-les-ist-se-reforme>

## Vaccinations

1. « Bilan MDO : Maladies à prévention vaccinale, bilan annuel 2015 », Cire Nouvelle-Aquitaine. Bulletin de veille sanitaire, n°7, , 8 p, déc.2016
2. « Évaluation de la couverture vaccinale chez les jeunes participant aux Journées défense et citoyenneté en Aquitaine, 2013. Expérimentation à partir du carnet de vaccination électronique de MesVaccins.net », GAULT G., FISCHER A. Saint-Maurice : Santé publique France ; 50 p, 2016.
3. « La santé des élèves scolarisés en classe de sixième dans les établissements publics d'Aquitaine en 2014/2015 », ORS Aquitaine, 54p, Août 2016.
4. « Exploitation des bilans de santé réalisés en classe de 6ème dans les collèges de l'académie de limoges (bilan à 11-12 ans), années scolaires 2013-2014 », ROCHE-BIGAS B., FERLEY J.-P. ORS du Limousin. RAPPORT N° 252-11a. 34 p, Juillet 2015.
5. « La vaccination des jeunes de 17 ans en Poitou-Charentes. Couverture vaccinale, perception de la vaccination, état de santé ressenti et violences - Journées Défense et Citoyenneté, juin 2010 à mai 2011 », GIRAUD J., ROBIN S., LIMOUZI F., CHUBILLEAU C., BOUFFARD B.. ORS Poitou-Charentes.. Rapport n° 142. 74 p., Janvier 2013

## Éducation thérapeutique du patient

1. Inpes. Référentiel de compétences pour coordonner un programme d'ETP. Juin 2013. 33 p.
2. Haute Autorité de Santé. Indicateurs dans le champ de l'éducation thérapeutique du patient. Mai 2014. 13 p.
3. ARS Poitou-Charentes. Com'Stat n°7. L'éducation thérapeutique du patient en Poitou-Charentes. Décembre 2010. 8p.
4. ARS Aquitaine. Programme de développement de l'ETP 2014-2016. Juin 2015. 33 p.
5. Arrêté du 31 mai 2013 relatif aux compétences requises pour dispenser l'ETP. Paru au JO du 2 juin 2013
6. Arrêté du 14 janvier 2015 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation et de leur renouvellement. Paru au JO du 23 janvier 2015.

## Pathologies ou prises en charge spécifiques

1. « Le VIH et les infections sexuellement transmissibles en Nouvelle-Aquitaine », Santé publique France. Cire Nouvelle-Aquitaine. Bilan annuel 2015. Bulletin de veille sanitaire n°6, 10 pages, Décembre 2016
2. « Les infections sexuellement transmissibles bactériennes en France : situation en 2015 et évolutions récentes », Santé publique France, Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire 41-42, Pages 738 à 744, Novembre 2016
3. Bulletin des réseaux de surveillance des infections sexuellement transmissibles, Institut de Veille Sanitaire, 18 pages, Février 2016
4. Évaluation du Plan national de lutte contre le VIH-sida et les IST 2010-2014, Haut Conseil de la Santé Publique, 53 pages, Février 2016
5. « La contamination par le virus de l'immunodéficience humaine et les virus de l'hépatite en Aquitaine en 2014 », Observatoire Régional de la Santé Aquitaine, 16 pages, Décembre 2015
6. « Surveillance du VIH et autres infections sexuellement transmissibles en Poitou-Charentes », Institut de Veille Sanitaire Limousin et Poitou-Charentes, Bulletin de veille sanitaire n°24-PC, 2 pages, Décembre 2013
7. « Suicide et tentatives de suicide : état des lieux en France InVS », BEH 47-48, pp. 487-510, 13 décembre 2011.
8. « Regards sur la santé des collégiens et lycéens du Limousin ORS Limousin », Rapport n°183-A. Mai 2009. 22 p.
9. « La santé des apprentis de Poitou-Charentes. Diagnostic santé. ORS Poitou-Charentes », Robin S., Bounaud V., Debarre J. Juin 2013. Rapport n° 151. 125 p.

10. « Portraits d'adolescents. Enquête épidémiologique multicentrique en milieu scolaire en 2013 », Joussette C., Cosquer M., Hassler Ch.. Fondation Vallée, INSERM. Mars 2015. 180 p.
11. Enquête ESCAPAD : <http://www.ofdt.fr/enquetes-et-dispositifs/escapad/>
12. « Comportements et consommations de substances psychoactives des lycéens de Poitou-Charentes : enquête ESPAD 2015 », S. ROBIN.. ORS Poitou-Charentes. Rapport n°XX. A paraître. 51 p.
13. « La souffrance des soignants en Limousin Volet 1 : les médecins. », Ferley J.P, Roche-Bigas B.. Octobre 2015.4 p
14. « La souffrance des soignants en Limousin Volet 2 : les sages-femmes », Ferley J.P, Roche-Bigas B. Octobre 2015.4p.
15. « La souffrance psychique en lien avec le travail chez les salariés actifs en France entre 2007 et 2012, à partir du programme MCP », Khireddine I et Al.. BEH 23. 23 juin 2015. 431-438.
16. Dossier thématique MCP : <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/Dossiers-thematiques/Travail-et-sante/Maladies-a-caractere-professionnel/Qu-est-ce-qu-une-maladie-a-caractere-professionnel>
17. Observatoire national du suicide. Suicide. Connaître pour prévenir. Dimensions nationales, locales et associatives. Rapport n°2. Février 2016. 481 p.
18. « Surveillance de la mortalité par suicide des agriculteurs exploitants », Khireddine-Medouni I et al. Situation 2010-2011 et évolution 2007-2011. Santé publique France. 2016. 29 p.

## Personnes handicapées

1. L'accompagnement des personnes avec autisme/TED en Nouvelle-Aquitaine – CRÉAI Aquitaine – CRÉAI Limousin – Janvier 2017
2. Les personnes handicapées vieillissantes accompagnées par une structure médico-sociale en Nouvelle-Aquitaine – CRÉAI Aquitaine – CRÉAI Limousin – Janvier 2017
3. La scolarisation des élèves en situation de handicap en Nouvelle-Aquitaine - CRÉAI Aquitaine – CRÉAI Limousin - Décembre 2016
4. Les jeunes adultes sous amendement Creton en Nouvelle-Aquitaine - CRÉAI Aquitaine – CRÉAI Limousin – Janvier 2017
5. Vie dans la cité et participation sociale des personnes handicapées en Nouvelle-Aquitaine - CRÉAI Aquitaine – CRÉAI Limousin – Février 2017
6. Emploi et insertion professionnelle des personnes handicapées - Tableaux de bord Nouvelle-Aquitaine - CRÉAI Aquitaine – CRÉAI Limousin – Février 2017
7. L'accompagnement des enfants handicapés dans les départements de Nouvelle-Aquitaine : 12 fiches départementales : - CRÉAI Aquitaine - CRÉAI Limousin - Février 2017
8. L'accompagnement des adultes handicapés dans les départements de Nouvelle-Aquitaine : 12 fiches départementales : - CRÉAI Aquitaine - CRÉAI Limousin - Février 2017

PRRS 2018-2028  
NOUVELLE  
AQUITAINE  
Projet Régional de Santé

POUR EN SAVOIR +  
SUR LE PRS NOUVELLE-AQUITAINE 2018 – 2028

[nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr](http://nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr)

PRRS 2018-2028  
NOUVELLE  
AQUITAINE  
Projet Régional de Santé