



## SYNTHÈSE

Diagnostic régional

**Nouvelle-Aquitaine** 



#### Synthèse du diagnostic régional

#### LA POPULATION ET SES CARACTÉRISTIQUES

La Nouvelle-Aquitaine est la plus vaste région de l'hexagone, mais une de celles qui présentent les plus faibles densités de population. Comparativement à la France, sa population est plutôt âgée avec un état de santé relativement favorable : l'espérance de vie et les taux de mortalité sont équivalents, à l'exception de la mortalité prématurée évitable plus élevée qu'au niveau national. Cependant les situations sont très contrastées selon les départements. En chiffres : on relève 60 000 décès par an et 56 000 naissances. En moyenne 10 000 décès prématurés (avant 65 ans) surviennent chaque année, plus d'un tiers seraient évitables.

La région compte 5,9 millions d'habitants au 1<sup>er</sup> janvier 2015 et représente 9 % de la population de France métropolitaine. La densité varie fortement selon les départements allant de 21 habitants/km² pour le moins peuplé en Creuse, à 68 habitants/km² en Haute-Vienne et jusqu'à 155 habitants/km² en Gironde.

Relativement attractive, elle voit sa population augmenter de 0,6 % en moyenne chaque année mais cette croissance est essentiellement portée par l'afflux migratoire. Seuls les trois départements les plus jeunes, la Gironde, les Deux-Sèvres et la Vienne, affichent à la fois des arrivées plus nombreuses que les départs et des naissances plus nombreuses que les décès. C'est autour des grandes agglomérations ou près du littoral que la population augmente le plus. Les quatre départements littoraux connaissent une croissance supérieure à la moyenne régionale tandis que la Corrèze et la

Vieillissement de la population selon la commune en Nouvelle-Aquitair (carte communale lissée à 5 km)

Authority of the communale lissée à 5 km

Indice de vieillissement

[182:26]
[193:102]
[193:103]
[193:78]
[193:78]

Creuse perdent des habitants. A l'horizon 2040<sup>1</sup>, la Nouvelle-Aquitaine gagnerait près de 700 000 habitants, 320 000 dans les dix prochaines années d'ici à 2027. Sur cette même période, les départements littoraux et la Vienne connaîtraient une croissance nettement au-dessus du taux national, mais les départements intérieurs verraient leur population croître peu, voire stagner (Creuse et Corrèze).

La population de la Nouvelle-Aquitaine est âgée et devrait continuer de vieillir. Plus de 11 % des habitants ont 75 ans ou plus (9 % en métropole). Cette proportion devrait atteindre 17 % en 2040². La situation est contrastée dans les départements. L'indice de vieillissement de la Creuse est deux fois plus élevé que celui de la Gironde, L'allongement de la durée de vie et la baisse de la natalité ont un effet sur le vieillissement de la population.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Projections de population 2013-2050, Omphale 2017, Insee

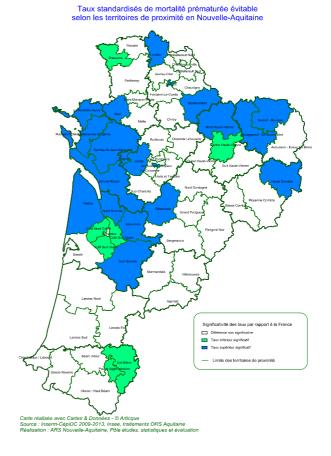
<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Projections de population 2007-2040, Omphale 2010, Insee

En 2014, l'espérance de vie à la naissance des femmes (85,4 ans) est supérieure à celle des hommes (79,4 ans) en Nouvelle-Aquitaine, comme en France. Depuis plusieurs années, l'écart se réduit sous l'effet des gains d'espérance de vie masculins supérieurs aux gains féminins. En Pyrénées-Atlantiques et dans la Vienne, l'espérance de vie des hommes dépasserait 80 ans tandis qu'en Creuse, les hommes vivraient 3 ans de moins. Un garçon né en France métropolitaine peut espérer vivre en bonne santé 63,4 ans, une fille 64,2 ans. Différente selon le sexe, l'espérance de vie l'est aussi selon les catégories sociales. Chez les hommes, l'espérance de vie à 35 ans des cadres est de 6,4 ans plus élevée que celle des ouvriers, de 3,2 ans chez les femmes.

En Nouvelle-Aquitaine, on enregistre 60 000 décès en moyenne chaque année et 10 000 surviennent prématurément, avant 65 ans. Les causes de décès prématurés les plus fréquentes sont les tumeurs, loin devant les morts violentes et les maladies de l'appareil circulatoire (respectivement 43 %, 15 % et 13 % des décès). Après 65 ans, les premières causes de décès sont les maladies de l'appareil circulatoire et les tumeurs (respectivement 43 % et 26 % des décès). Toutes causes confondues, la mortalité générale a diminué de 42 % au cours des trente dernières années. Au niveau régional, les taux de mortalité générale et prématurée<sup>3</sup> sont très proches des taux nationaux mais les écarts au sein de la région sont importants. La Creuse présente les taux les plus forts, les Pyrénées-Atlantiques les moins élevés.

Concernant la mortalité prématurée évitable liée à des pratiques de prévention primaire, les

résultats sont moins favorables qu'en France. Les décès pour des causes évitables comme l'alcool, le tabac, les accidents de la circulation, les chutes accidentelles, les suicides ou le sida représentent un tiers des décès prématurés ; c'est plus qu'en France (30 %). Le taux de mortalité prématurée évitable s'établit à 61,5 décès pour 100 000 habitants contre 57,8 sur le territoire national (75 en Charente-Maritime et Creuse). Il est plus élevé qu'en France dans un département sur deux. Celui des hommes est 3,2 fois supérieur à celui des femmes. Au cours de la période 2011-2015, près de 180 enfants de moins d'un an meurent en moyenne chaque année, soit 3 enfants pour 1 000 naissances vivantes dans la région mais 4,5 en Haute-Vienne (3,6 en France). En 2015, le taux de mortinatalité hospitalière s'élève à 8,8 enfants nés



<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> Les taux de mortalité générale, prématurée et prématurée évitable sont standardisés sur l'âge de la population au RP2006. Ils indiquent 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. Taux de mortalité moyen sur la période 2011-2013

sans vie pour 1 000 naissances totales, la mortalité fœtale spontanée à 5,1 décès pour 1 000. Le taux de décès néonatal précoce (< 7 jours) est de 1,6 décès pour 1 000 naissances vivantes en région.

La natalité en Nouvelle-Aquitaine est la plus basse des régions de France après la Corse (10 naissances pour 1 000 habitants). On compte en moyenne 56 000 naissances par an. La part des femmes en âge de procréer diminue, le nombre de naissances régresse à un rythme soutenu et la fécondité figure parmi les plus faibles de la métropole (1,81 enfant par femme en âge de procréer). Dans les départements, l'indicateur conjoncturel de fécondité varie de 1,75 enfant par femme en âge de procréer en Gironde à 1,99 dans le Lot-et-Garonne.

En Nouvelle-Aquitaine, 16 430 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en 2015, dont 2 263 IVG médicamenteuses en ville. Le taux de recours à l'IVG des Néo-aquitaines est de 13,5 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en 2015 (14,4 en métropole). Au niveau infrarégional, il est relativement élevé en Dordogne, Gironde et Lot-et-Garonne. Près de 5 % des IVG sont pratiquées chez des jeunes filles âgées de moins de 18 ans, 7 % chez des femmes de plus de 39 ans. Les IVG tardives, à 13 ou 14 semaines d'aménorrhée représentent 8,8 % des IVG et concernent majoritairement les jeunes mineures. C'est en Gironde, Vienne et dans les Landes que la part des IVG tardives est la plus forte.

#### LES DÉTERMINANTS DE SANTÉ: ENJEUX DE LA PRÉVENTION

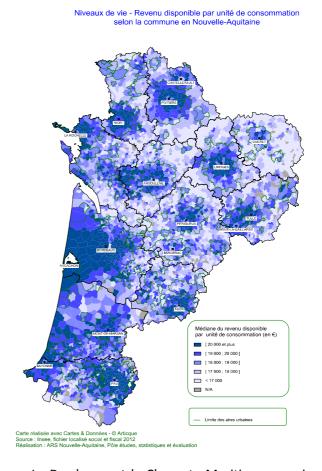
Au-delà de l'âge, du sexe et des facteurs héréditaires, les conditions économiques, sociales et environnementales, les comportements individuels ont un impact sur la santé. Région plutôt rurale à l'économie dynamique, la Nouvelle-Aquitaine est plus épargnée que d'autres par les difficultés sociales. Elle est exposée à divers facteurs environnementaux tant urbains (pollution atmosphérique) que ruraux (produits phytosanitaires, moustique tigre), industriels (installations classées ICPE) et de l'habitat (radon).

#### Les déterminants socio-économiques

Le fait d'avoir un emploi ou d'en être dépourvu, la catégorie socio-professionnelle, le niveau de vie contribuent aux inégalités sociales de santé. En Nouvelle-Aquitaine, l'économie régionale se caractérise par une forte spécificité agricole, du secteur médico-social et un bon dynamisme de la plupart des secteurs d'activité. La spécificité agricole est plus intense en Creuse et en Lot-et-Garonne d'où une proportion d'agriculteurs importante parmi les actifs. La surreprésentation de l'emploi dans les secteurs « hébergement médico-social » et « action sociale sans hébergement », en lien avec la part élevée de personnes âgées, est nette dans les départements ruraux de Creuse, Lot-et-Garonne, Corrèze, Dordogne mais aussi en Charente-Maritime avec l'attractivité du littoral pour les retraités. En Gironde, Vienne et Pyrénées-Atlantiques, la présence d'industries de pointe, d'universités, de centres de recherches et d'hôpitaux notamment, explique la part élevée des cadres, professions intellectuelles supérieures et professions intermédiaires. Enfin, la Charente et les Deux-Sèvres, dont

l'emploi industriel est relativement important, enregistrent une forte proportion d'ouvriers. En Nouvelle-Aquitaine, la plupart des secteurs d'activité ont mieux traversé la crise de 2007-2012 qu'ailleurs en France métropolitaine mais l'emploi a reculé en Creuse, Corrèze et en Haute-Vienne davantage à cause du faible dynamisme démographique que de la structure sectorielle.

Dans la région, la part des personnes vivant sous le seuil de pauvreté est un peu plus faible qu'en France métropolitaine et cette pauvreté est moins intense. Le taux de chômage est aussi un peu moins fort. Mais la situation très contrastée selon est départements. Le niveau de vie médian est au plus haut dans les grands pôles urbains et leurs couronnes, au plus bas dans les espaces hors de l'influence des villes. La pauvreté est marquée en



Creuse, dans le Lot-et-Garonne et en Dordogne. La Dordogne et la Charente-Maritime connaissent

des difficultés sur le marché de l'emploi et enregistrent les taux de chômage les plus élevés de la région. Les départements du littoral et les Deux-Sèvres qui cumulent attractivité démographique et santé économique sont plus dynamiques. Les difficultés augmentent en s'éloignant de la côte atlantique vers des territoires très peu denses et moins dynamiques.

Les minima sociaux<sup>4</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). Par ailleurs, 6 % de la population bénéficient de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) qui permet un accès sans frais aux soins. La Creuse enregistre le plus fort taux de bénéficiaires (8 % de la population), la Corrèze le plus faible (4,5 % de la population).

#### Des risques professionnels identifiés notamment dans les zones rurales

Les conditions de travail sont susceptibles d'influencer l'évolution de la santé à plus ou moins long terme, avec des effets potentiellement négatifs sur la longévité, ou sur la qualité de la vie au grand âge. En Nouvelle-Aquitaine, selon l'Observatoire en santé au travail, 27 % des salariés considèrent que leur posture au travail est difficile, 23 % portent des charges lourdes, 17 % sont exposés à des vibrations en Nouvelle-Aquitaine. Ces proportions sont identiques au niveau national. Par ailleurs, 30 % des salariés seraient exposés à des produits chimiques, 20 % des salariés à des nuisances sonores supérieures à 80 décibels contre 24 % en France dans les deux cas. Avec plus de 62 000 accidents du travail annuels, la fréquence régionale est plus élevée dans la région qu'en France, principalement sur les territoires agricoles et dans la zone d'emploi de Bordeaux. Le taux de fréquence des maladies professionnelles reconnues est également plus élevé que celui de la France. Il est plus marqué sur les zones d'emploi de Pauillac, au nord Deux Sèvres et à Oloron-Sainte-Marie.

#### Des situations environnementales contrastées en milieu urbain et rural

L'environnement influe sur l'état de santé. Le milieu urbain est plutôt concerné par la pollution de l'air, des sols et par la présence d'Installations classées pour la protection et l'environnement (ICPE), le milieu rural par la qualité de l'eau et l'habitat. Certains territoires de la région sont concernés par une diversité d'expositions, d'autres présentent des spécificités (radon, ICPE, fluorures). S'agissant de l'environnement extérieur, les épisodes de pollution atmosphérique sont plus fréquents dans les départements littoraux, en Charente et dans la Vienne. L'usage des produits phytosanitaires pour les cultures de la vigne et des fruits et l'horticulture est plus courant en Gironde et dans les Landes, à un degré moindre en Charente, Charente-Maritime, Lot-et-Garonne et Deux-Sèvres. Avec deux centrales

<sup>&</sup>lt;sup>4</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'élevait à 743,62 € au 1er janvier 2012 et à 810,89 € au 01/04/2017 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'établissait à 742,27 € pour une personne seule et à 1 181,77 € pour un couple au 1er janvier 2012, et respectivement 808 € et 1 247 € au 01/04/2017.

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.

nucléaires (Blaye en Gironde et Civaux dans la Vienne) et 4 678<sup>5</sup> installations classées pour la protection de l'environnement (ICPE) dont 3 922 de type « industries » et 756 de type « élevage », les risques technologiques sont plus ou moins importants selon les territoires.

Si les douze départements de la région comptent des installations à risque accidentel majeur au sein des ICPE, la Charente est particulièrement concernée avec la présence de nombreux chais et distilleries dans la région du Cognac. Les Deux-Sèvres, le sud-est des Landes et l'est des Pyrénées-Atlantiques sont les plus impactés par les installations de type « élevage » potentiellement les plus polluantes et relevant de la directive européenne (IED)<sup>6</sup>. Autres facteurs liés à l'environnement extérieur, les espèces végétales allergisantes : les pollinoses concernent aujourd'hui près d'un quart de la population, 5 % il y a 40 ans. Les graminées constituent la principale source de pollens allergisants sur l'ensemble de la région. La présence d'ambroisie est relativement forte en Charente et dans les Deux-Sèvres. Enfin, 606 sites et sols pollués sont recensés en Nouvelle-Aquitaine en 2015. Le bassin de vie de Bordeaux et certaines zones des Pyrénées-Atlantiques présentent le plus grand nombre de sites pollués. La contamination des espaces de vie intérieurs peut avoir de fortes incidences sur la santé. Le radon, gaz d'origine naturelle radioactif et inodore, présent dans le sol, peut s'accumuler dans l'air à l'intérieur des bâtiments. La Haute-Vienne, la Corrèze, la Creuse et les Deux-Sèvres sont plus exposés que les autres départements de la région.

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. Néanmoins, il s'étend progressivement dans les départements français. 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.

La fourniture à la population d'une eau potable de bonne qualité est un enjeu de santé publique. La proportion d'analyses dépassant les limites et références de qualité bactériologique sur les années 2012 à 2014 est inférieure à 2,5 % dans la plupart des bassins de vie, mais excède 10 %, voire 15 % dans certains bassins de vie de la Creuse, Corrèze et à l'est de la Haute-Vienne. Le sud des Landes et quelques bassins de vie en Charente, Dordogne et Pyrénées Atlantiques ont été exposés à une eau non conforme en pesticides en 2014. De fortes concentrations en nitrate sont relevées dans le sud de la Vienne et la Charente.

Des risques comportementaux liés à la nutrition, la consommation d'alcool et de tabac et les conduites à risques

Au titre des comportements individuels, la situation de la Nouvelle-Aquitaine en matière de nutrition est à surveiller, la prévalence de l'obésité poursuivant sa progression. La consommation de tabac et d'alcool reste élevée chez les jeunes. La morbidité et la mortalité dues à ces consommations sont observables à des degrés divers selon les départements. Les actions de prévention déjà menées doivent pour autant être poursuivies : les taux de couverture vaccinale et les taux de participation au dépistage des cancers restent à améliorer.

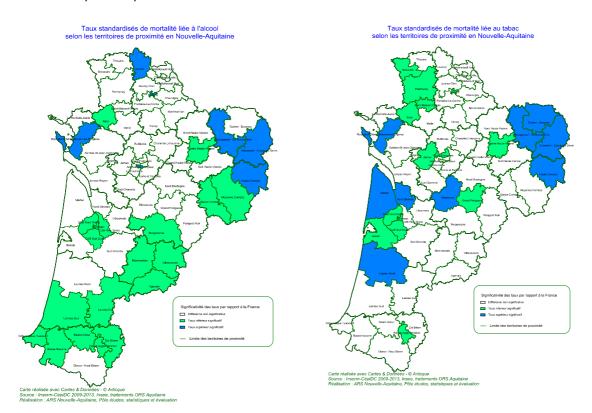
<sup>5</sup> Installations autorisées ou soumises à enregistrement présentant des risques importants

<sup>6</sup> La directive 2010/75/UE relative aux émissions industrielles, appelée directive IED, a pour objectif de parvenir à un niveau élevé de protection de l'environnement grâce à une prévention et à une réduction intégrées de la pollution provenant d'un large éventail d'activités industrielles et agricoles. Elle est le pendant pour les risques chroniques de la directive 2012/18/UE du 4 juillet 2012 dite directive Seveso 3.

Les déséquilibres nutritionnels et le manque d'exercice physique ont des répercussions sur la santé. En France, selon l'enquête nationale de santé<sup>7</sup> réalisée en milieu scolaire, le surpoids concerne 9 % des élèves scolarisés en grande section de maternelle. Le surpoids touche 14 % des élèves de CM2 et 15 % des élèves de 3<sup>ème</sup>.

D'après l'enquête Obépi 2012, la part des adultes obèses varie de 14 % en ex-Poitou-Charentes à 18 % en ex-Limousin, avec une valeur intermédiaire en ex-Aquitaine (16 %), le taux national se situant à 15 %.

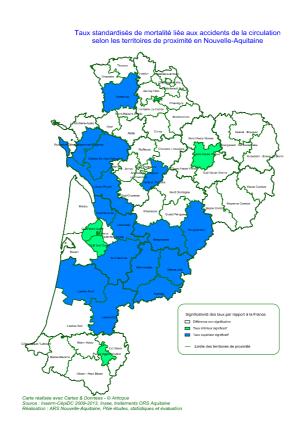
L'excès de consommation d'alcool ou de tabac est à l'origine d'une part importante de la morbidité (cancers, maladies chroniques du foie, atteintes psychiques, séquelles d'accidents) et de la mortalité prématurée. La consommation de substances psychoactives chez les jeunes de 17 à 18 ans est plus élevée en Nouvelle-Aquitaine qu'en France métropolitaine, quelles que soient les addictions : alcoolisation ponctuelle importante, tabagisme quotidien, expérimentation du cannabis. Le taux d'admission en affection de longue durée (ALD) pour les pathologies liées à la consommation d'alcool culmine en Creuse. Celui pour les pathologies liées au tabac est élevé dans les Landes, en Gironde et en Charente-Maritime. Parmi les 60 000 décès enregistrés en moyenne chaque année, 8 900 seraient liés au tabac, 1 700 à l'alcool. Les taux de mortalité pour les pathologies liés à l'alcool sont particulièrement élevés en Creuse, Charente-Maritime et Charente. Ceux liés à la consommation du tabac sont plus fréquents en Creuse et dans les Landes.



En 2015, Plus de 5 000 accidents de la circulation sont enregistrés sur les routes de Nouvelle-Aquitaine dont 370 accidents mortels. Entre 2010 et 2015, les nombres d'accidents, qu'ils soient

<sup>&</sup>lt;sup>7</sup> Enquête nationale Les résultats portent sur les années scolaires 2012-2013 pour les élèves de grande section de maternelle, 2007-2008 pour les élèves de CM2, 2008-2009 pour les élèves de 3<sup>ème</sup>.

corporels, mortels ou graves, ont diminué de 15 à 20 % mais depuis 2013, le nombre d'accidents mortels a augmenté de 10 %. L'alcool est présent dans un tiers des accidents mortels. La mortalité par accident de la circulation est plus marquée chez les hommes que chez les femmes. Elle frappe durement le Lot-et-Garonne, la Charente-Maritime, la Dordogne et les Landes.



La **promotion et la prévention** de la santé constituent un enjeu majeur sur les déterminants de la santé et contribuent à la réduction des inégalités de santé. De nombreux acteurs participent directement ou via des financements propres à la prévention et à la promotion de la santé (assurance maladie, services de l'État, collectivités territoriales, associations, structures de soins ou du social). En 2016, près de 1 000 actions ont été financées par l'ARS Nouvelle-Aquitaine.

Quel que soit le département, les maladies endocriniennes et tout particulièrement le diabète, sont les pathologies qui mobilisent le plus de programmes d'éducation thérapeutique. Viennent ensuite les maladies cardio-vasculaires et les maladies respiratoires (asthme, BPCO, insuffisance respiratoire).

### Des taux de couverture vaccinale et de participation au dépistage du cancer encore insuffisants dans certaines zones

Depuis 2004, la loi de santé publique préconise pour cible un taux de couverture vaccinale de 95 % pour les maladies à prévention vaccinale, 75 % pour la grippe. En Nouvelle-Aquitaine, les taux de couverture vaccinale à 2 ans<sup>8</sup> sont très satisfaisants pour le DTP, la coqueluche et l'HIB. Pour

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup> Source : Drees, remontées des servides de PMI – certificats de santé au 24<sup>ème</sup> mois, 2014.

l'hépatite B, le pneumocoque et le ROR, l'objectif visé n'est pas atteint et les taux de couverture varient fortement d'un département à l'autre. La couverture vaccinale contre la grippe n'est que de 52 % chez les personnes âgées de 65 ans ou plus et aucun des départements n'a atteint le niveau visé.

La participation aux dépistages des cancers<sup>9</sup> est plus ou moins forte selon les territoires. Le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein en 2015 est plus élevé dans la région qu'en France mais avec des disparités infrarégionales (49 % des femmes âgées de 50 à 74 ans en Creuse, 60 % dans les Landes, 61 % en Lot-et-Garonne). Celui du cancer colorectal est proche de la moyenne nationale (29 % des personnes âgées de 50 à 74 ans vs 30 %) et varie de 22 % dans la Creuse à 37 % dans les Deux-Sèvres.

\_

<sup>&</sup>lt;sup>9</sup> Dernières données disponibles : cancer du sein (2015), cancer colorectal (moyenne 2013-2014),

#### LE RECOURS AUX SOINS DE VILLE

Malgré une densité en médecins généralistes supérieure à la moyenne nationale de grandes disparités sont constatées entre les territoires. Les difficultés sont plus importantes encore pour l'accès aux médecins spécialistes. Pour autant, la consommation en soins de ville des Néo-aquitains est plus élevée qu'au niveau national. Le temps d'accès moyen aux soins urgents est de 23 à 24 minutes, comme en France. En prenant en compte l'ensemble des moyens (SMUR, médecins correspondants du SAMU, hélicoptères), seuls 2,3% des Néo-aquitains sont à plus de 30 mn.

#### Une offre en généralistes inégalement répartie et insuffisante dans certaines disciplines

Début 2016, près de 17 500 médecins<sup>10</sup> exercent à titre libéral ou salarié en Nouvelle-Aquitaine : 8 400 généralistes, 9 100 spécialistes. La densité des médecins spécialistes est inférieure à la moyenne nationale et la pédiatrie est la discipline la plus affectée. Celle des médecins généralistes est supérieure à la moyenne nationale mais l'accès aux soins est difficile dans les territoires ruraux comme les Deux-Sèvres, le Lot-et-Garonne, la Charente, la Creuse et la Dordogne. De plus, près d'un tiers des médecins généralistes libéraux sont âgés de 60 ans ou plus. Les MSP (Maisons de santé pluridisciplinaires) constituent l'un des éléments de réponse aux problèmes de démographie médicale. Elles permettent de favoriser les coopérations, d'optimiser le temps médical, de répondre aux craintes d'isolement des jeunes médecins. Mi 2017, 119 MSP sont en fonctionnement en Nouvelle-Aquitaine et 45 ont adhéré au règlement arbitral.

Hormis les médecins, on compte 3 700 chirurgiens-dentistes, 1 800 sages-femmes. La densité des chirurgiens-dentistes est inférieure à la moyenne nationale dans tous les départements de la région sauf dans les Pyrénées-Atlantiques et en Gironde. Trois départements sont particulièrement déficitaires : la Creuse, les Deux-Sèvres et la Vienne. L'offre d'officines pharmaceutiques est d'une pharmacie pour 2 600 habitants, plus dense que la moyenne nationale.

Parmi les autres professionnels de santé, les infirmiers sont de loin les plus représentés : 61 700 (dont 20% sont libéraux). Les métiers de la rééducation comptent 14 400 professionnels dont près de 8 000 masseurs-kinésithérapeutes. La densité des orthophonistes, comme celle des ergothérapeutes, est inférieure à la moyenne nationale.

Les taux de recours<sup>11</sup> aux soins de **premier recours en ville** en Nouvelle-Aquitaine sont légèrement supérieurs à ceux observés en France métropolitaine : 92 % des habitants ont consulté au moins une fois leur médecin généraliste en 2015 (90 % en France), 20 % ont eu recours à un infirmier libéral (17 % en France), 17 % à un masseur-kinésithérapeute (16 % en France). Le taux de recours aux médecins spécialistes est proche de celui observé en métropole sauf pour la pédiatrie où il est inférieur de 20 %. On note également un sous-recours aux métiers de la rééducation (orthoptistes, orthophonistes). La faible densité des professionnels dans certaines zones peut expliquer en partie ces sous-recours.

<sup>&</sup>lt;sup>10</sup> Hors remplaçants

<sup>&</sup>lt;sup>11</sup> 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 (RP 2013).

#### L'accès aux soins urgents en moins de 25 mn en moyenne

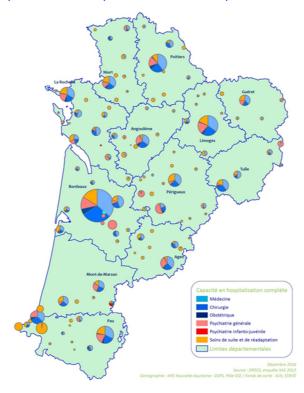
L'accès de la population à des soins urgents en moins de trente minutes est une priorité de l'État. En 2016, le temps d'accès moyen aux soins urgents (services d'urgence ou intervention d'un SMUR) est estimé à 23-24 minutes en Nouvelle-Aquitaine. Il est supérieur à 30 mn pour 9 % de la population. En tenant compte des Médecins Correspondants du Samu (MCS) qui interviennent en avant-coureur du SMUR sur demande de la régulation médicale, seulement 5 % de la population accèdent aux soins urgents en plus de 30 minutes. Ce taux de population baisserait à 2,3 % en tenant compte des interventions des hélicoptères basés en Nouvelle-Aquitaine.

#### L'OFFRE ET LE RECOURS AUX ÉTABLISSEMENTS DE SANTE

Globalement, les taux d'équipement hospitalier de la région sont satisfaisants mais des disparités existent selon le type d'activité et le territoire. Presque un habitant sur cinq a été hospitalisé en court séjour en 2015. La chirurgie ambulatoire poursuit son développement. Les prises en charge en hospitalisation à domicile sont à renforcer. Les établissements de psychiatrie de la région proposent des prises en charge diversifiées allant de l'hospitalisation au suivi ambulatoire dans la plupart des territoires.

#### Des équipements et durées d'hospitalisation variables selon les territoires

Début 2016, la Nouvelle-Aquitaine compte 382 établissements de santé dont un tiers relèvent du secteur public. Ils disposent de 38 200 lits en hospitalisation complète, 6 700 places en hospitalisation partielle (sans nuitée). Quelle que soit la discipline, Médecine-chirurgie-obstétrique (court séjour), Soins de suite et de réadaptation ou psychiatrie, le taux d'équipement régional est supérieur à la moyenne nationale mais avec de fortes disparités départementales. Haute-Vienne et Corrèze sont sur-dotés en lits de court séjour contrairement aux Landes, Deux-Sèvres et Dordogne.



L'offre en hospitalisation complète en Nouvelle-Aquitaine au 31 décembre 2015

En **Médecine-chirurgie-obstétrique** (**MCO**), la durée moyenne de séjour en hospitalisation complète est de 5,5 jours. Le taux de chirurgie ambulatoire est très proche du taux national (51,7 %) mais varie selon les lieux de résidence, allant de 45 % en Creuse jusqu'à 55,6 % en Gironde. La part des séjours de Néo-aquitains en MCO effectués hors région est de 4,3 %; elle atteint 20 % en Creuse et dépasse 17 % dans les Deux-Sèvres.

En 2015, 18 % des habitants de la région ont été hospitalisés au moins une fois en court séjour. Les causes les plus fréquentes d'hospitalisation sont liées aux pathologies de l'appareil digestif, aux maladies cardio-vasculaires et aux pathologies respiratoires. Les séjours avec chirurgie représentent

40 % des séjours hospitaliers avec pour principaux motifs l'orthopédie, les pathologies digestives et l'ophtalmologie; ces interventions représentent à elles-seules la moitié des séjours chirurgicaux. Le recours aux soins chirurgicaux se situe au-dessus de la moyenne nationale mais avec de fortes disparités départementales; on note un sous-recours en Creuse et Corrèze, un sur-recours sur la façade atlantique (Gironde, Landes, à un degré moindre Pyrénées-Atlantiques et Charente-Maritime).

**Les séjours d'obstétrique** représentent 5,6 % des hospitalisations en court séjour. En 2015, 56 200 accouchements ont eu lieu dans la région dont 19 % par césariennes. Les IVG ont motivé 13 800 hospitalisations, soit 84 % de l'ensemble des IVG réalisées.

Creuse et Pyrénées-Atlantiques sont les départements les mieux pourvus en offre de soins de suite et de réadaptation (SSR).

Les premières causes d'hospitalisations en SSR sont en 2015 les affections locomotrices traumatiques (fractures, luxations, lésions tendineuses) et non traumatiques (suite de prothèse), les affections du système nerveux et les affections cardiologiques. La durée moyenne de séjour en hospitalisation complète s'établit à 28,9 jours. Elle est inférieure à la moyenne nationale quels que soient les départements. Les durées moyennes de séjour varient selon les spécialités et les territoires. Elles 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.

L'hospitalisation à domicile (HAD) permet d'assurer, au lieu de vie du patient, des soins médicaux et paramédicaux afin d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation en établissement. En Nouvelle-Aquitaine, le taux de recours à ce mode de prise en charge apparaît légèrement plus faible qu'en France (15 patients pour 100 000 habitants, 16 en France) mais plus élevé en termes de journées réalisées. Cela s'explique par une durée de prise en charge plus longue qu'au niveau national. L'hospitalisation à domicile apparaît très développée dans les Landes.

Les taux d'équipement en **psychiatrie** varient du simple au double entre la Dordogne, la mieux dotée, et les Deux-Sèvres, les moins bien pourvues. L'offre de soins en psychiatrie se structure autour de trois types de prises en charge: le temps complet qui s'appuie sur près de 6 000 lits d'hospitalisation à temps plein, le temps partiel dont l'offre s'articule autour de 3 000 places d'hospitalisation de jour ou de nuit, et l'ambulatoire qui correspond à la forme de prise en charge la plus courante principalement dans l'une des 600 structures que sont les centres médico-psychologiques (CMP) et les centres d'activités thérapeutiques à temps partiel (CATTP). En outre, les établissements offrent 227 places d'accueil de placement familial thérapeutique, 60 places d'accueil en appartement thérapeutique, 56 places d'accueil d'urgence ou de crise ou encore 32 places en hospitalisation à domicile.

Plus de 220 000 patients, adultes et enfants ont été pris en charge au moins une fois en 2015 en **psychiatrie dont 170 000 exclusivement en ambulatoire**. Les patients accueillis à temps complet ou partiel sont principalement atteints de troubles mentaux liés à un état anxio-dépressif (36 %), de schizophrénie (17,0 %) ou d'addiction aux substances psychoactives (9 %). En ambulatoire, les motifs de recours concernent principalement les états anxio-dépressifs et les troubles du comportement.

#### L'ACCÈS AUX SERVICES MÉDICO-SOCIAUX POUR LES PERSONNES AGÉES

Le taux d'équipement en EHPAD de la région est supérieur au niveau national mais des écarts assez marqués existent entre les départements. Parallèlement, le taux d'équipement régional en services de soins infirmiers à domicile, comparable à celui de la France, a progressé de 0,8 point entre 2011 et 2016. Les dispositifs mis en place dans le cadre des plans Alzheimer ont permis de couvrir presque tout le territoire avec le dispositif MAIA (seule une zone en Dordogne n'est pas couverte), en plate-forme de répit (sauf en Creuse) et en Unités d'hébergement renforcé (sauf en Haute-Vienne).

#### Une offre médicalisée pour les personnes âgées variable selon les départements

La Nouvelle-Aquitaine dispose 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. Près de 9 places sur 10 sont médicalisées<sup>12</sup>. Le taux d'équipement en places médicalisées est un peu plus élevé qu'en France métropolitaine mais les écarts interdépartementaux sont très marqués. La Creuse et les Deux-Sèvres, à un degré moindre la Charente et la Vienne figurent parmi les départements les mieux lotis. La Haute-Vienne, la Gironde, le Lot-et-Garonne et les Pyrénées-Atlantiques sont les moins bien pourvus. En Gironde, l'équipement en résidences autonomie est relativement important et justifie en partie son faible taux d'équipement en places médicalisées.

Parallèlement, 205 SSIAD<sup>13</sup> ou SPASAD facilitent le maintien à domicile des personnes âgées. Ces services offrent 13 910 places installées dont 540 réservées aux malades Alzheimer. Le taux d'équipement régional, comparable à celui de la France, a progressé de 0,8 point entre 2011 et 2016. La Creuse, à un degré moindre la Corrèze et la Haute-Vienne se distinguent par un taux d'équipement très élevé en SSIAD, contrairement aux départements les plus urbains, où la densité en infirmiers libéraux est la plus concentrée.

Depuis 2001, trois plans de santé publique consacrés à la maladie d'Alzheimer se sont succédés pour répondre aux besoins des patients et aux attentes des aidants. Ainsi, 3 200 places en accueil de jour et en hébergement temporaire ont été créées. Tous les départements, à l'exception de la Creuse disposent au moins d'une plateforme de répit (PFR) pour accompagner les proches d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une personne âgée en perte d'autonomie. Le dispositif MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie) couvre l'ensemble du territoire, à l'exception début 2017 de 152 communes, situées principalement au sud-est de la Dordogne et en Gironde.

\_

<sup>&</sup>lt;sup>12</sup> On considère comme places médicalisées toutes les places des EHPAD, Unités de soins de longue durée, centres de jour et établissements d'hébergement pour personnes âgées percevant des crédits de l'assurance

<sup>13</sup> SSIAD (Services infirmiers de soins à domicile), SPASAD (Services Polyvalents d'Aide et de Soins à domicile). Les SPASAD assurent à la fois des missions d'un SSIAD et celles d'un SAAD (Service d'Aide et d'accompagnement à domicile).

Les dispositifs MAIA en Nouvelle-Aquitaine en 2016



Les 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 sont présentes sur onze départements, hors la Haute-Vienne. Les pôles d'activité et de soins adaptés (PASA) permettent d'accueillir dans la journée des résidents ayant des troubles du comportement modérés. Ils équipent 20 % des EHPAD de la région mais seulement 11 % de ceux basés en Charente-Maritime. Les EHPAD de la Haute-Vienne bénéficient de ces services à hauteur de 37 %. Enfin, les SSIAD peuvent recourir à des 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 et interviennent dans tous les départements de la région.

## L'ACCÈS AUX SERVICES MÉDICO-SOCIAUX POUR LES PERSONNES HANDICAPEES

Les taux d'équipement en structures et services médico-sociaux, tant pour enfants qu'adultes, sont supérieurs aux taux nationaux. Les services à domicile pour les enfants/adolescents se sont considérablement accrus favorisant leur maintien à domicile (+ 26 % entre 2010 et 2016). Les deux tiers de leurs places sont à destination des enfants déficients intellectuels ou psychiques. Le développement de tels services pour les adultes n'a pas montré la même progression (+ 7 %) et est en retard par rapport à la moyenne nationale (+ 15 %). Le nombre d'enfants et adolescents autistes ou atteints d'autres TED est estimé à 6 000 et l'on comptabilise près de 900 places dédiées au sein des établissements et services médico-sociaux. La prise en charge des adultes s'avère encore plus problématique.

Il faut souligner par ailleurs une forte augmentation de l'offre d'accueil pour les personnes handicapées vieillissantes.

L'offre continue de se développer plus rapidement dans les services que dans les établissements. Fin 2016, les établissements et services médico-sociaux en Nouvelle-Aquitaine proposent 14 700 places dans 397 structures accompagnant des enfants ou adolescents en situation de handicap et 35 000 places dans 788 structures pour adultes en situation de handicap. La région apparaît bien équipée comparée à la France métropolitaine. On recense 11,2 places d'enfants pour 1 000 habitants de moins de 20 ans (vs 9,6) et 12 places d'adultes pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans (vs 9,8). Pour les enfants, les écarts interdépartementaux sont importants entre les mieux lotis (Creuse et Vienne) et les moins équipés (Landes et Lot-et-Garonne). Pour les adultes, la Corrèze présente le taux d'équipement le plus élevé de la région, suivi de la Creuse, la Dordogne, la Haute-Vienne. A contrario, la Gironde apparaît la moins bien dotée.

#### Les enfants en situation de handicap

Les enfants ou adolescents en situation de handicap sont majoritairement pris en charge par des établissements d'éducation spécialisée. Ceux-ci permettent d'assurer une fonction d'hébergement (internat) ou d'accueil de jour, par opposition aux services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) qui accompagnent les enfants sur leurs lieux de vie (domicile, lieux scolaires, loisirs, etc.); Les places en établissements représentent 71 % de l'offre globale, voire plus dans les départements où les services sont moins développés (Gironde, Charente, Lot-et-Garonne).

Dans les établissements, les trois quarts des places sont agréées pour les enfants ayant une déficience intellectuelle ou psychique (76 % des places mais 95 % en Deux-Sèvres et Creuse, face à une offre peu diversifiée). Les agréments sont moins fréquents pour l'accompagnement de déficients moteurs, d'enfants polyhandicapés, d'enfants ayant une déficience sensorielle ou d'enfants autistes (6 % pour chacune de ces déficiences). La Creuse se démarque avec un taux d'équipement en Instituts médico-éducatifs (IME) élevé: 3,2 fois plus que celui de la Gironde, 2,8 fois plus que les Pyrénées-Atlantiques. A contrario, ces deux derniers départements offrent le plus grand nombre de places de la région en Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP), rapporté à leur population. Dans l'ensemble des établissements, les places en externat (accueil de jour) représentent plus de la moitié des capacités d'accueil (54 % contre 62 % en France métropolitaine). En IME, 59 % des places sont réservées à l'accueil de jour, c'est moins qu'en France (69 %) sauf en Deux-Sèvres,

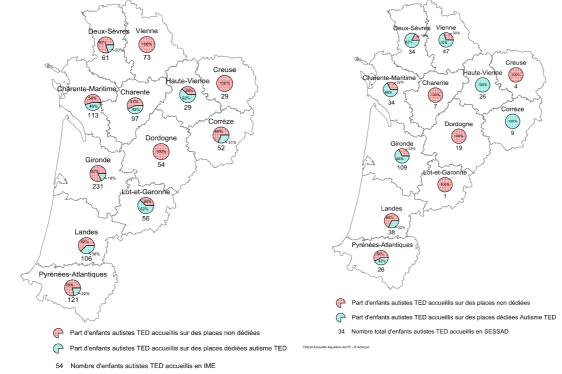
Charente, et Gironde où le taux dépasse les 70 %. Inversement, en Creuse et Corrèze, c'est l'internat qui prédomine (plus de 70 % des places en IME, 100 % en ITEP).

Depuis 2010, le nombre de places a peu augmenté dans l'ensemble des établissements, à l'exception de ceux qui accueillent de jeunes polyhandicapés et déficients sensoriels. En revanche, les services à domicile se sont considérablement accrus, favorisant ainsi le maintien des enfants handicapés à leur domicile (+ 26 % en région entre 2010 et 2016, + 20 % en France métropolitaine). Les services comptent 4 300 places, soit 29 % de la capacité d'accueil totale. Cette proportion atteint 40 % de l'offre en Corrèze et dans la Vienne. Comme dans les établissements, la majorité des places sont agréées pour des enfants déficients intellectuels ou psychiques (62 %).

En Nouvelle-Aquitaine, on estime à 6 000 le nombre d'enfants et adolescents porteurs d'autisme ou autres troubles envahissants du développement (TED); plus de la moitié sont suivis en pédopsychiatrie, 13 % par le secteur libéral et un quart accompagnés par le secteur médico-social. Dans les établissements et services médico-sociaux de la région, 891 places sont dédiées aux enfants affectés par l'autisme, soit 6 % de leur capacité d'accueil mais plus de 10 % en Charente, Dordogne et dans les Landes. Cette offre spécifique a considérablement augmenté depuis 2010 mais reste inférieure au nombre de personnes autistes accueillies dans les structures médico-sociales (1 600) qui occupent 11 % de la capacité autorisée. La grande majorité des enfants avec autisme et autres TED est accueillie en IME (63 %) ou suivie par un SESSAD (22 %).

en IME avec places « dédiées » ou « non en SESSAD avec places « dédiées » ou « non dédiées »

Accueil des jeunes présentant un autisme/TED Accueil des jeunes présentant un autisme/TED dédiées »



#### Adultes handicapés : le nombre de places augmente dans les structures médicalisées

Fin 2016, les établissements pour **adultes handicapés** proposent 15 600 places d'hébergement en internat ou externat et 12 800 places d'accueil pour un travail ou une formation. Les services d'accompagnement à domicile pour les adultes handicapés offrent en outre 6 500 places. Depuis 2010, la capacité d'accueil des établissements centrés sur l'hébergement a progressé de 15,4 % avec 2 000 places supplémentaires dont 1 600 dans les structures médicalisées (FAM, MAS) destinées à accueillir les personnes les plus lourdement handicapées et les foyers de vie ou occupationnels. Les services d'accompagnement à domicile ont par ailleurs augmenté leur capacité d'accueil mais à un rythme moins soutenu qu'en France (+7 % contre + 15 %). Toutes places confondues, c'est en Gironde, Charente-Maritime et dans les Landes que la progression a été la plus forte.

La Nouvelle-Aquitaine est relativement bien équipée en *établissements* pour adultes handicapés au regard des résultats nationaux, quel que soit le type de structure. Néanmoins, selon l'enquête ES2014, 650 jeunes handicapés âgés de plus de 20 ans – dont 120 autistes - seraient maintenus dans une structure d'accueil pour enfants et adolescents en bénéficiant de l'amendement Creton<sup>14</sup>, faute de places en établissements pour adultes handicapés. La Creuse et la Corrèze sont les départements les mieux dotés en places en ESAT et en accueil spécialisé pour adultes, la Corrèze en foyers de vie et occupationnels. La Gironde et la Charente semblent les moins bien pourvues en accueil spécialisé ou médicalisé.

En 2016, en Nouvelle-Aquitaine, 62 % des places installées en établissements sont agréées pour accompagner des adultes présentant une déficience intellectuelle ou psychique, 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. Dans les services d'accompagnement médicosocial (SAMSAH) dont les prestations sont également médicales, la moitié des places sont agréées pour des personnes avec des troubles du comportement alors que dans les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) une place sur deux est réservée aux déficients intellectuels.

Les ESAT proposent essentiellement des places en accueil de jour pour les adultes en capacité de travailler. Dans les autres établissements (foyers d'hébergement, foyer d'accueil médicalisé, maison d'accueil spécialisé, foyer de vie ou occupationnel), 90 % des places sont vouées à l'internat. Le taux de places en internat dépasse les 95 % en Creuse, Corrèze et Deux-Sèvres. Les places d'accueil temporaire ont augmenté de 80 % depuis 2010, ce qui porte l'offre à un total de 287 places en 2016, réparties dans toutes les catégories d'établissement.

Dans les établissements et services médico-sociaux pour adultes, 533 places sont dédiées à l'accompagnement des personnes autistes ou autres TED, soit 2 % des places agréées. Elles sont réparties dans 34 établissements ou services dont 18 ont la totalité de leurs places spécifiquement dédiées. Or les personnes affectées par l'autisme occupent 6 % des places médico-sociales en faveur des adultes handicapées et jusqu'à 20 % des places médicalisées (MAS, FAM). Un peu plus d'un quart seulement de ces adultes bénéficie d'un accueil dans une structure ou unité dédiée à l'accompagnement des spécificités de l'autisme et des TED.

\_

L'amendement Creton permet le maintien de jeunes adultes handicapés dans une structure médico-sociale pour enfants et adolescents au-delà de l'âge de 20 ans dans l'attente d'une solution dans les structures pour adultes.

## Forte augmentation de l'offre d'accueil pour les personnes handicapées vieillissantes mais inégalement répartie

Selon l'enquête ES2014, 46 établissements, principalement des foyers de vie ou occupationnels et des FAM, offrent 878 places dédiées aux personnes handicapées vieillissantes (PHV) de 60 ans ou plus. L'offre d'accueil s'est considérablement développée depuis 2010 (+ 70 % des capacités en 4 ans) mais reste insuffisante (878 places dédiées pour 1 823 personnes handicapées vieillissantes) et inégalement répartie sur le territoire. Le nombre de personnes handicapées vieillissantes réellement accueillies pour 1 place dédiée est de 2,1 pour la région. Selon les départements, il oscille entre 1,1 en Charente à 5,5 dans les Landes sauf dans la Vienne et en Charente-Maritime (respectivement 15 et 12,6 PHV pour une place dédiée). A domicile, près de 70 % des SAMSAH accompagnent des personnes handicapées vieillissantes. 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.

Au vu du nombre de personnes handicapées vieillissantes âgées de 50 ans ou plus vivant en institutions (7 500 en établissements et services pour adultes handicapés, 600 en EHPAD) et face au vieillissement de la population, la demande va nécessairement croître à moyen terme.

#### LES PATHOLOGIES CHRONIQUES

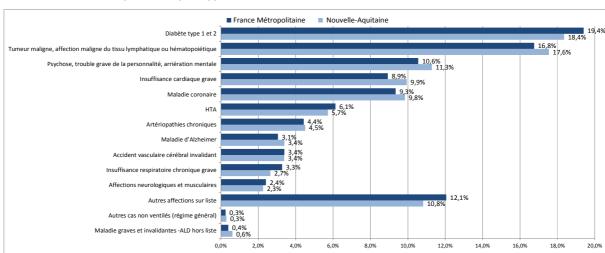
Les premières pathologies chroniques des Néo-aquitains sont les maladies cardio-vasculaires, le diabète, les cancers et les pathologies mentales.

Les maladies cardio-vasculaires : près de 463 000 patients et 17 000 décès.

Les cancers : plus de 243 000 patients et 16 000 décès par an.

Le diabète : plus de 254 000 patients.

Plus d'un million de personnes souffrent d'une maladie chronique et bénéficient d'une prise en charge en affection de longue durée (ALD) en Nouvelle-Aquitaine, soit 17 % de la population. Les ALD touchent majoritairement des patients âgées de 65 ans et plus. Les premières causes sont les maladies cardiovasculaires, le diabète, les cancers et les pathologies mentales.



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

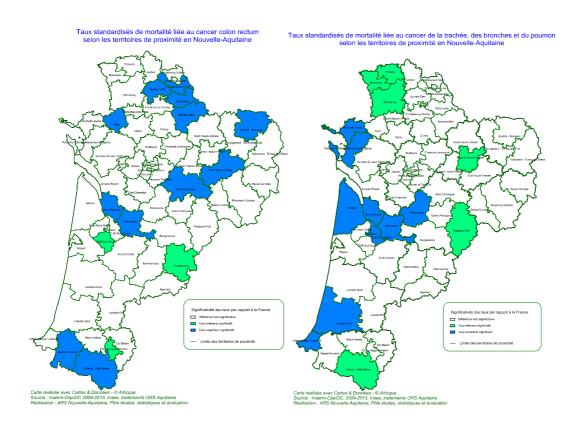
#### Les cancers

Début 2015, 243 200 patients relèvent d'une ALD **pour tumeur maligne** en Nouvelle-Aquitaine (4 % de la population) et 62 500 patients de la région ont été hospitalisés au moins une fois pour tumeur cancéreuse dans la même année. La moyenne d'âge de survenue de ces pathologies est de 67,5 ans. Moins de un pourcent des cancers affecte les jeunes de moins de 18 ans (0,56 %).

En 2015, 6 800 patients néo-aquitains ont été hospitalisés pour un cancer du côlon. Ils ont donné lieu à 8 000 séjours hospitaliers (6,8 séjours et séances pour 1 000 habitants, comme en France). Le nombre de patientes hospitalisées pour un cancer du sein est du même ordre de grandeur. A l'origine de 7 100 séjours hospitaliers, le taux de recours est inférieur à la moyenne nationale (42,7 séjours et séances pour 1 000 femmes âgées de 15 ans ou plus vs 55,3). Plus de 4 900 patients souffrant d'un cancer broncho-pulmonaire, majoritairement des hommes, ont eu recours à l'hôpital et généré 5 800 séjours en 2015. Le recours à ces soins est moins fréquent qu'en France (6,7 séjours et séances pour 1 000 habitants vs 8).

Les **tumeurs sont la cause de 16 000 décès** en moyenne chaque année, dont 3 200 pour un cancer de la tranchée, des bronches et du poumon, 2 000 pour un cancer colorectal, 1 200 pour un cancer du

sein. Là encore, les disparités spatiales sont importantes : on note une surmortalité masculine pour le cancer colorectal (Vienne, Deux-Sèvres, Creuse, Haute-Vienne, Landes, Dordogne) et une surmortalité des deux sexes pour le cancer de la tranchée, des bronches et du poumon en Charente-Maritime, Gironde, Landes.



#### Les pathologies cardio-vasculaires

Environ 462 800 personnes bénéficient du dispositif des ALD au titre d'une maladie cardiovasculaire, dont près de 70 % pour insuffisance cardiaque, maladie coronaire ou accident vasculaire cérébral invalidant.

La mortalité par cardiopathies ischémiques frappe près de 3 900 personnes en moyenne chaque année. L'analyse des taux standardisés de mortalité souligne des disparités départementales importantes. La Creuse, les Landes, la Dordogne et la Corrèze présentent les taux les plus élevés, la Charente-Maritime, la Gironde et les Pyrénées-Atlantiques les plus bas.

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. Début 2015, 148 100 habitants de la région bénéficient d'une prise en charge en ALD pour insuffisance cardiaque grave, soit 2,2 % de la population. En 2015, 20 500 patients ont été hospitalisés au moins une fois dans l'année pour insuffisance cardiaque. L'âge moyen des patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque est de 80,5 ans. Le nombre de séjours hospitaliers des résidents de la région pour insuffisance cardiaque a augmenté de 13,5 % entre 2011 et 2015. L'augmentation a été très marquée en Gironde et dans les Pyrénées-Atlantiques, à un degré moindre en Dordogne et en Charente. Le taux de transfert des patients en SSR sous 30 jours s'établit en moyenne à 16,5 % en Nouvelle-Aquitaine. La mortalité hospitalière pour insuffisance cardiaque est

en moyenne de 8,4 % pour les résidents de Nouvelle-Aquitaine et varie de 6 % pour les landais à 10,8 % pour les Charentais. L'insuffisance cardiaque est la cause d'environ 2 500 décès en moyenne par an et le taux de mortalité standardisé est supérieur à la moyenne nationale dans tous les départements de la région sauf en Gironde, Charente et Haute-Vienne.

Début 2015, 49 200 personnes de la région étaient prises en charge en ALD pour **accident vasculaire cérébral invalidant,** (0,7 % de la population) et 16 800 patients ont été hospitalisés pour AVC. L'âge moyen des patients hospitalisés pour AVC est de 72,9 ans. Ils ont donné lieu à 19 200 séjours à l'hôpital. Le nombre de séjours a augmenté de 8,8 % en Nouvelle-Aquitaine entre 2011 et 2015 et la hausse est plus marquée en Gironde, Dordogne et Landes. Le taux de recours aux soins est le même qu'en France (2,8 séjours pour 1 000 habitants). Parmi les départements de Nouvelle-Aquitaine, c'est en Creuse que les taux de décès au cours de l'hospitalisation sont les plus élevés : 13,3 % pour AVC constitué (vs 8,9 %) et 39,3 % pour hémorragie intracrânienne (vs 32,4 %).

#### Le diabète

Le vieillissement de la population, l'augmentation de l'obésité et le manque d'activité physique font partie des éléments favorisant le développement du diabète.

On distingue deux types de diabète. Le diabète de type 1, ou diabète insulinodépendant qui représente 5 à 10 % des cas de diabète observés. Cette forme de diabète survient essentiellement chez les enfants et les jeunes adultes. Le diabète de type 2, qualifié d'insulino-résistant, bénéficie d'un traitement comprenant des mesures hygiéno-diététiques (régime, activité physique) qui peuvent être associées dans un second temps à des médicaments antidiabétiques oraux ou injectables. Il se déclare souvent après 40 ans et l'âge moyen au diagnostic est de 65 ans. En Nouvelle-Aquitaine, 254 400 personnes bénéficient d'une prise en charge en affection de longue durée pour diabète de type 1 ou 2 début 2015, soit 3,9 % de la population. Les hospitalisations pour prise en charge principale de diabète ont concerné 8 300 patients néo aquitains et 9 300 séjours en 2015. Les taux de recours bruts sont plus élevés en Creuse, Dordogne et Landes. Plus de 1 200 personnes meurent en moyenne chaque année du diabète. Le taux régional de mortalité est inférieur aux taux national sauf en Creuse et en Dordogne.

#### La santé mentale

Plus de 200 000 patients pris en charge par les structures hospitalières en 2015 dont 80 % d'adultes de plus de 18 ans. 40 % des hospitalisations sont en lien avec des états anxio-dépressifs.

Près de 2 200 patients hospitalisés durant plus de 270 jours dans l'année.

Plus de 8 000 tentatives de suicide par an et 1 100 décès.

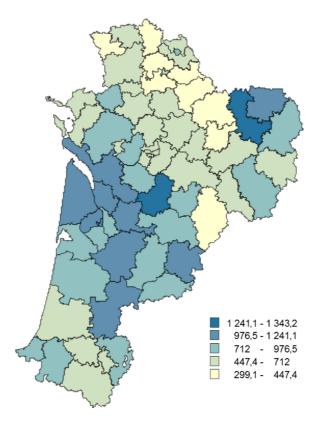
En Nouvelle-Aquitaine, 156 300 personnes sont admises dans le dispositif des ALD<sup>15</sup> pour des affections psychiatriques, soit 2,8 % de la population. 214 000 patients ont été pris en charge dans les structures hospitalières en psychiatrie infanto-juvénile ou générale pour les adultes. Les *enfants* et adolescents âgés de moins de 18 ans représentent 22 % de la file active globale, mais seulement 1,6 % de la file active du département de la Corrèze, plus de 30 % dans les Landes et le Lot-et-Garonne.

\_

<sup>&</sup>lt;sup>15</sup> Régimes CNAMTS, CCMSA, RSI

En Nouvelle-Aquitaine, 9 900 jeunes de moins de 20 ans sont bénéficiaires d'une prise en charge psychiatrique en **ALD** et 1 700 nouveaux patients entrent chaque année dans ce dispositif. Le taux standardisé des jeunes en ALD pour affections psychiatriques est supérieur au taux national et est plus élevé chez les garçons que chez les filles. Les taux les plus élevés sont observés en Creuse et en Gironde, les plus faibles en Haute-Vienne et Vienne. Un tiers de ces **jeunes** est âgé de moins de 10 ans. Le nombre de jeunes en ALD augmente avec l'âge jusqu'à 10-14 ans pour diminuer ensuite. Les garçons sont les plus représentés (2/3) et souffrent davantage que les filles de troubles du développement psychologique et des acquisitions (43 % contre 26 %); chez les filles, les retards mentaux, malformations congénitales et anomalies chromosomiques ont un poids plus important (32 % contre 21 %) ainsi que les troubles de l'humeur (8 % contre 3 %).

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)

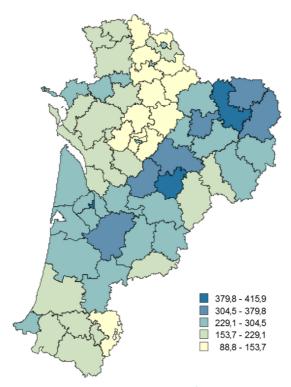


Sources: Cnamts, CCMSA, RSI, Insee Exploitation ORS

En 2015, 47 500 enfants âgés de moins de 18 ans ont été pris en charge dans les structures hospitalières. Les jeunes filles représentent deux patients sur cinq sur l'ensemble de la région. L'âge moyen d'hospitalisation chez les enfants et adolescents est de 10,8 ans. La prise en charge psychiatrique chez les enfants est principalement réalisée en ambulatoire (87 % des enfants) et majoritairement en centre médico-psychologique (CMP). 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. Les enfants et adolescents hospitalisés à temps complet (28 %) ont été admis pour une durée moyenne d'hospitalisation de 41,7 jours au niveau régional.

Début 2015, près de 128 000 **adultes** âgés de 20 ans ou plus bénéficient du dispositif des affections de longue durée au titre d'une affection psychiatrique et 10 800 nouveaux patients sont admis chaque année en moyenne en ALD à ce titre. Les hommes sont majoritaires jusqu'à l'âge de 45 ans environ. Au-delà, les femmes sont plus nombreuses que les hommes. Les taux standardisés des adultes en ALD pour affections psychiatriques dans la région et dans sept départements sur douze est au-dessus de la moyenne nationale. Dans la Creuse, il est 1,5 fois plus élevé que celui de la région. Les patients sont principalement suivis pour des troubles de l'humeur (40 % d'entre eux), les schizophrénies (20 %) et les troubles de la personnalité (17 %).

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)



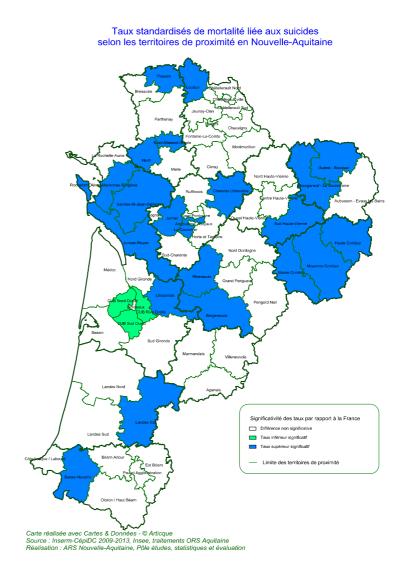
Sources: Cnamts, CCMSA, RSI, Insee - Exploitation ORS

En 2015, plus de 166 500 patients de 18 ans ou plus ont été pris en charge en Nouvelle-Aquitaine dont 83 % en ambulatoire, principalement en CMP ou CATTP. Les femmes représentent près des deux-tiers de la file active. La Corrèze est le seul département où les hommes sont les plus nombreux. L'âge moyen de prise en charge en psychiatrie chez les adultes est de 48,3 ans. En 2015, ce sont 44 500 patients âgés de 18 ans ou plus qui ont été hospitalisés dans un établissement psychiatrique de la région. Les trois quarts des patients hospitalisés le sont à temps plein et les journées réalisées en hospitalisation à temps complet représentent 82 % de l'activité hospitalière en psychiatrie. La prise en charge à temps partiel est très faible en Charente-Maritime et en Dordogne contrairement à la Vienne où trois patients sur cinq sont hospitalisés à temps partiel. La durée moyenne d'hospitalisation des adultes de 18 ans ou plus est supérieure à celle des enfants (52,6 jours). Le principal motif d'hospitalisation en psychiatrie générale est l'état anxio-dépressif des patients (40 %). Les prises en charge pour schizophrénie viennent en seconde position (19 %), suivies des prises en charge des addictologies (10,4 %).

Agés en moyenne de 45 ans, 4,3 % des personnes ont été hospitalisées plus de 270 jours continus ou non dans l'année, en hospitalisation à temps plein. La Dordogne détient plus de 10 % de patients hospitalisés « au long cours ». A l'inverse, en Haute-Vienne, seuls 1 % des patients sont dans ce cas. Enfin, 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.

En 2015, 8 067 néo-aquitains, âgés de 10 ans ou plus ont tenté de mettre fin à leur vie. Le taux d'hospitalisation<sup>16</sup> pour **tentatives de suicide** est plus élevé en Nouvelle-Aquitaine qu'en France métropolitaine (193 séjours pour 100 000 habitants *versus* 157) et les femmes sont davantage concernées que les hommes. C'est en Gironde que les taux sont les plus élevés. Les trois quarts des

tentatives de suicide ayant entraîné une hospitalisation sont liés une auto-intoxication médicamenteuse. L'utilisation d'un objet tranchant concerne 10 % des séjours, l'auto-intoxication l'alcool 6 % et la pendaison 2 %. Dans la région, près de 1100 décès par suicide sont enregistrés en moyenne chaque année. Les trois quarts concernent des hommes. En France comme en Nouvelle-Aquitaine, les taux de décès par suicide sont diminution significative, mais depuis 2000, la région reste en situation de surmortalité par suicide par rapport à la France, notamment dans les départements de l'ex-Poitou-Charentes, de l'ex-Limousin et en Dordogne. Pour la première fois depuis plus de dix ans, les Deux-Sèvres sont le département le plus touché par la mortalité par suicide, devant la Charente, la Charente-Maritime et la Creuse.



<sup>&</sup>lt;sup>16</sup> Standardisé sur l'âge, le **taux comparatif** permet de comparer le niveau de mortalité ou de recours hospitalier de chaque unité géographique indépendamment de la structure par âge de la population. Ainsi, ce taux indique le nombre de décès (ou d'hospitalisations) qui serait dû aux suicides ou aux tentatives de suicide pour 100 000 habitants si la répartition par âge du territoire était la même qu'au niveau de la population de référence. Ici, les taux ont été standardisés en prenant pour référence la population de la France entière de 2006 (2013 pour les données d'hospitalisation).

#### LES DÉPENSES DE SANTÉ

Les dépenses publiques liées à la santé s'élèvent à plus de 18 milliards d'euros en Nouvelle-Aquitaine, soit environ 3 100 euros par habitant. Les soins de ville représentent 44 % de la dépense et les soins hospitaliers près de 39 %. Les médicaments sont le premier poste de dépenses des soins de ville (un tiers de la dépense), suivis des honoraires (un quart de la dépense). La dépense en soins de ville par néo-aquitain varie fortement selon les départements. Elle est liée à l'âge de la population, à l'offre en professionnels de santé et à l'attractivité des territoires.

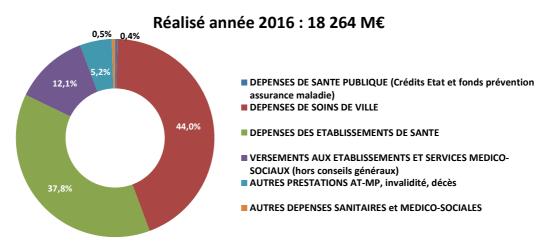
#### Les dépenses publiques

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.

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).

Tableau : Les dépenses publiques de santé en Nouvelle-Aquitaine selon leur destination

REPARTITION DES DEPENSES PAR DESTINATION												
		Nouvelle-	Aquitaine			France						
Libellé dépense	Réalisé année 2014 (M€)	Réalisé année 2015 (M€)	Réalisé année 2016	Variation 2015 / 2016	Part dans dépenses nationales	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%			
TOTAL	17 482	17 856	18 264	2,3%	9,0%	194 601	198 325	202 591	2,2%			

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.

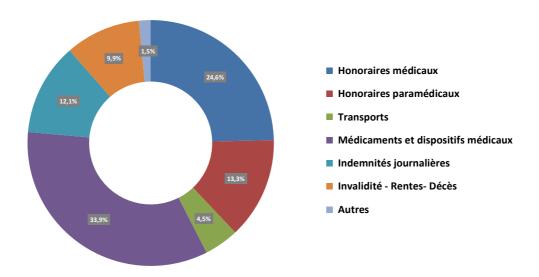
Sur les deux années 2015 – 2016, la progression des dépenses est supérieure en Nouvelle-Aquitaine pour tous les postes de dépense, l'écart étant marqué pour les dépenses de santé publique (+13,5 % Vs 6,9 % France entière).

#### Focus : Les consommations des soins de ville des Néo-aquitains

Le financement par les institutions publiques des soins de ville prend en charge 8 031 M€ en 2016. La dépense totale, c'est-à-dire cette somme complétée du montant « non remboursé » restant à la charge des ménages, des organismes complémentaires et aussi des entreprises s'élève à 10 008 M€.

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).

#### Répartition, selon le poste, des dépenses de soins de ville consommées par les Néoaquitains en 2016 - <u>Dépenses remboursables</u> : 10 008 M€



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 17 est inférieure à 1 % (1 697 € en 2016).

 $<sup>^{\</sup>rm 17}$  La différence entre ces deux grandeurs est due aux :

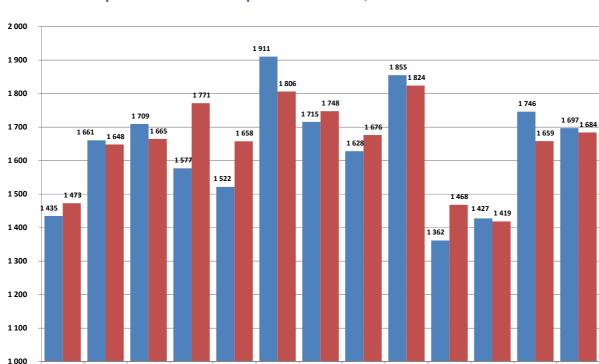
Dépenses consacrées au soutien à la qualité, aux réseaux et à la coordination des soins : réseaux, permanence des soins ambulatoire ; actions ou structures contribuant à la permanence des soins.

Prises en charge des cotisations sociales d'une partie des professionnels de santé.

Aides à la télétransmission ; le ticket modérateur des ALD 31 et 32, les cures thermales.

Remboursements d'honoraires non individualisables : aide sociale, dispensaires antituberculeux, dispensaires antivénériens, hygiène mentale, établissements de lutte contre la tuberculose, protection maternelle et infantile.

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.



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 €uros.

Source: État financier 2016 des ARS

17

19

16

L'examen départemental de ces deux grandeurs permet de montrer :

23

■ Montants versés aux acteurs du département

24

33

• que le niveau de dépenses par habitant varie fortement d'un département à l'autre 1419 €/habitant en Vienne, jusqu'à 29 % de plus en Pyrénées Atlantiques,

40

79

■ Consommations engagées par les habitants

86

Région

- 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.

#### Indicateurs de santé transversaux

	Charente	Charente- Maritime	Corrèze	Creuse	Dordogne	Gironde	Landes	Lot-et- Garonne	Pyrénées- Atlantiques	Deux-Sèvres	Vienne	Haute- Vienne	Nouvelle- Aquitaine	Fran	
DEMOGRAPHIE														métropolitaine	entière
Estimations de population au ter lanvier 2015 Nontre d'inhabitant au uni* Variation amrustie moyenne de la population 2089-2013 (%) due au so doit entraire (%) due au so de migration (%) Nontre de cinitation scene au 2014 Taux de natatité brut en 2014(%) Age moyen des mêmes à la maissaire de la cinitation de la contraire de liconomie d'ordinarie conjuncture de lécondité (prombre d'ordinaries par femme âgée de 15 à 49 ans) straire de la population (égée de 55 ans ou plus en 2015 (%) indice de veillissement 2015 GETERMINANTS DE LA SANTE	354 600 60 0,1 -0,1 0,2 3 735 3 378 9,5 29,2 1,92 12,1 4,1 108,3 surligné en ja	639 600 93 0,7 -0,1 0,8 7 124 5 846 9,2 29,7 1,85 12,3 7,4 117,5 une (taux sign	238 700 41 -0,2 -0,4 0,2 3 046 2 094 8,8 29,6 1,87 13,9 1,8 124,1	119 400 21 -0,5 -0,8 0,3 1 866 879 7,3 29,3 1,8 15,6 5,6 151,9	418 200 46 0,4 -0,3 0,7 5 241 3 479 8,3 29,1 1,87 13,6 4,5 131,5 moyenne nat	1 543 000 155 1,2 0,3 0,8 12 464 17 303 11,3 30,8 1,75 8,9 3,1 76,2	405 200 44 1,3 0 1,3 4 159 3 696 9,2 2 29,8 1,82 11,2 3,5 103,9	334 100 62 0,4 0,5 3 770 3 347 10 29,7 1,99 12,7 4,3 112,9	670 400 88 0,5 0,5 6 718 6 497 9,7 30,7 11,77 11,7 3,9 103,1	372 600 62 0,4 0,1 0,2 3 666 3 718 10 29,5 1,94 11,5 3,8 92,6	433 700 62 0,3 1,2 0,1 3 909 4 686 10,8 30,1 1,82 10,7 3,7 86,3	375 400 68 0,1 0,1 3 865 3 724 9,9 30,0 1,8 11,9 4,1 104,2	5 904 900 70 0,6 0,6 59 563 58 647 10 30,2 1,81 11,3 3,8 99,5	64 277 200 118 0,5 0,4 0,1 545 028 779 278 12,2 30,3 1,98 9,3 3,0 76,4	
Economiques et sociatus  Part des lamilles monogeneralises en 2013 (%)  Taux de châmage localisé en 2015 (%)  Taux de châmage localisé en 2015 (%)  Part de la propulation couverte par le RSA fin 2015 (%)  Part de la population couverte par le RSA fin 2015 (%)  Taux dislocatises ASPA, ASP (part 100 personnes de 20 à 64 ains fin 2015  Taux dislocatises ASPA, ASP (part 100 personnes de 60 ains tou plus fin 2014  Taux de bénédication de la COLICe and 50 à 64 ains fin 2014  Taux de bénédication de la COLICe and 50 à 65 de ains fin 2014  Taux de particularies de la COLICe and MCD pour une pathologie liée à l'afocot pour 100 000 h (moyerne 2012-2014)  Taux disdinaisoir en ALD pour une pathologie liée à l'afocot pour 100 000 h (moyerne 2012-2014)  Taux standardisé de mortaitile pour une pathologie liée à la consommation discool pour 100 000 h (moyerne 2012-2014)	12,9 10,2 14,8 8,9 3,5 3,1 1,2 7,5 754,5 46,6	12,8 10,9 13,4 7,6 3,3 2,2 1,3 6,0 867,3 56,7	12,0 8,3 13,8 5,1 3,0 1,0 4,5 704,6 58,4	13,6 9,7 19,5 7,4 4,4 1,6 8,0 878,9 89,4	12,6 10,9 16,3 7,3 3,4 3,4 1,3 6,5 677,0 65,4	14,9 10,2 12,1 7,4 3,0 3,1 0,9 5,9 1149,8 56,1	12,7 9,8 11,5 5,7 2,9 2,6 0,9 5,0 624,9 59,2	13,4 10,3 16,8 8,6 3,6 3,8 1,2 7,5 989,5 56,3	14,7 8,7 11,5 6,1 3,8 3,0 1,0 5,1 568,3 47,4	10,3 7,9 12,3 6,2 3,6 2,5 0,9 5,1 726,6 57,6	12,5 8,5 13,2 8,3 2,4 2,6 0,9 7,0 808,4 53,7	13,7 10,0 15,1 8,2 4,0 3,3 0,9 7,6 709,3 60,4	13,4 9,8 13,3 7,2 3,3 3,0 1,0 6,1 838,0 58,4	14,5 10,0 14,3 7,7 2,8 3,1 1,1 6,9	56,3 27,9
Taux d'admission en ALD pour un cancer de la trachée, des bronches et du poumon pour 100 000 h (moyenne 2012-2014) Taux standardisé de mortalité liée au tabac pour 100 000 h (moyenne 2009-2013)	41,2 114,5	47,6 120,1	39,2 121,4	36,3 146,8	39,9 117,2	49,2 111,5	49,2 123,2	45,1 115,6	42,8 111,4	38,5 104,4	38,9 115,0	35,5 110,3	43,7 115,3		43,3 117,6
Taux standardisé de motatile par accident de la circulation pour 100 000 h (moyenne 2009-2013)  ETAT DE SANTE ET RECOURS AUX SONS  Espérance de vie à la naissance - Hommes en 2014  Espérance de vie à la naissance - Hommes en 2014  Tommes, Fennnes  Hommes, Fennnes  Fennnes  Fennnes  Taux de standardisé de mortalité pérmaturée (pour 100 000 h), moyenne annuelle 2011-2013  Hommes, Fennnes  L'aux de standardisé de mortalité pérmaturée (pour 100 000 h), moyenne annuelle 2011-2013  Hommes, Fennnes  L'aux de standardisé de mortalité pérmaturée (pour 100 000 h), moyenne annuelle 2011-2013	7,9 surligné en jar 79,4 86,0 756,3 1012,3 568,3 198,1 277,8 120,7	9,1 78,5 85,1 765,9 1027,6 569,9 214,3 298,3	6,5 79,3 85,3 781,2 1044,9 592,4 188,7 256,5 122,3	5,7 supérieurs à la 76,9 84,8 875,0 1172,9 642,8 229,8 324,3 133,2	8,3 moyenne nat 79,1 84,9 764,3 1011,1 578,3 192,1 268,6 118,4	5,8 ionale) 79,6 85,5 716,8 950,2 554,3 177,4 243,2 116,2	79,4 85,0 747,0 995,9 564,2 185,3 262,0 111,2	9,3 79,6 85,4 719,7 944,6 547,2 181,7 252,2 114,5	5,5 80,2 85,5 712,9 956,5 543,5 175,8 238,7 116,0	7,4 79,8 85,4 746,7 974,8 568,8 192,4 264,1 120,9	5,6 80,1 86,0 750,7 985,7 575,6 192,6 267,3 120,7	79,3 85,8 737,9 997,6 554,5 184,5 255,7 116,7	79,4 85,4 743,1 988,4 564,4 188,2 260,3 119,4	79,3 85,4	754,1 992,7 581,9 187,5 257,2 120,1
Hommes, Fernmes Hommes Fernmes Traux de mortalisé infarrite (pour 1000 naissances vivantes), moyerne annuelle 2011-2015 Part de la population prise en charge en ALD (standardisée) début 2015 Recours aux soins de ville Taux standardisée et recours aux soins de ville en médecine générale en 2015 (%) Recours à Thôpital Taux de recours standardisée en médecine pour 1000 h en 2015	66,6 105,0 29,1 2,9 15,0 89,0	75,2 116,5 36,4 2,1 18,9 94,2	56,5 82,5 31,3 3,1 16,6 87,9	74,8 118,0 30,6 3,1 17,1 83,7	64.2 98,6 31,0 3,5 16,2 87,8	56,0 86,4 27,8 3,3 18,0 95,8	63,0 96,6 30,4 2,5 17,5 94,1	59,1 92,4 27,2 2,5 16,4 88,5	56,2 85,0 28,8 3,0 15,8 89,4	66,9 105,7 28,0 2,6 16,3 93,7	62,0 97,7 27,7 2,6 14,9 92,6	58,5 89,8 28,6 4,5 16,7 90,8	61,5 95,1 29,5 3,0 16,6 92,1	17,3 90,0	57,8 89,7 27,3 3,6
Taux de necuns standardisé en chirurgie pour 1000 h en 2015 Taux de churge ambutation en 2015 (1) Taux de necuns standardisé en SSR pour 1000 h en 2015 (hospitalisation compléte) Parbologies Taux de necuns standardisé en MCO pour cancer du sein pour 1000 lemmes ágées de 15 ans ou plus en 2015 Taux de necuns standardisé en mCO pour cancer du sein (Ferness - noyenne 2009-2013) Taux de necuns standardisé en MCO pour cancer du sein (Ferness - noyenne 2009-2013) Taux de necuns standardisé en MCO pour cancer de sein (Ferness - noyenne 2009-2013) Innigenne 2009-2013) Taux de necuns standardisé en MCO pour cancer de tronche pulmonaire pour 1000 he 2015 Innigenne 2009-2013)	97,5 58,7 347,0 38,3 27,9 8,1 42,9 6,6	104,3 55,6 363,7 41,1 28,4 6,0	93,7 46,8 373,9 58,8 26,1 7,1 41,5	88,2 52,1 512,6 45,5 30,0 6,8 47,9 10.8	99,3 53,3 530,8 27,1 25,8 5,3 42,2 4,5	113,9 51,7 392,3 47,0 29,4 7,2 47,4 6,9	110,0 52,3 522,5 51,0 26,9 8,6 45,4	98,3 53,3 417,5 28,6 27,7 5,7 43,0	106,4 53,1 567,5 21,7 24,9 5,8 43,2 2.8	98,8 46,7 469,5 63,7 28,4 7,5 37,9 9,0	100,0 46,7 407,9 66,6 32,6 7,5 42,1 8,4	88,7 47,4 408,6 37,2 27,3 5,2 39,0 5,7	103,6 51,7 436,5 42,7 27,9 6,7		98,7 51,9 524,5 55,3 29,6 8,0 43,8
Taxa standardisé de motatille pour cancer de l'appeare digestif pour 100 000 h (moyenne 2009-2013) Taxa de recours standardisé de MOS pour cancer du célon pour 100 he an 2015 Taxa standardisé de motatille pour un cancer du célon-neturn pour 100 000 h (moyenne 2009-2013) Taxa de recours standardisé de MOS pour 400 pour 100 he ne 2015 Part des sépours hospitaliers pour AVC pris en chasque en UNV en 2015 Taxa standardisé de motatille pour maisdes vasieles celébrales pour 100 000 h (moyenne 2009-2013) Taxa de recours standardisé de MOS pour insuffisiance cardiaque pour 1000 h en 2015 Taxa de décès los de séjours pour insuffisiance cardiaque pour 1000 000 h (moyenne 2009-2013) Taxa de décès los de séjours pour insuffisiance cardiaque pour 1000 000 h (moyenne 2009-2013)	34,9 6,2 24,5 2,5 41,5 45,7 4,0 10,8 26,8	35,6 6,1 24,0 2,8 44,0 46,0 3,3 9,2 31,0	34,1 6,0 24,5 2,8 8,0 48,7 3,7 9,2 30,0	40,8 6,7 28,0 3,3 9,6 52,2 4,5 8,2 35,0	30,9 5,9 26,1 2,8 36,1 52,0 4,2 9,3 34,1	30,3 8,1 24,0 2,9 33,1 42,9 4,0 7,0 25,8	29,3 7,3 27,0 3,1 63,4 46,2 3,6 6,0	26,2 6,4 22,6 2,7 44,9 43,4 4,0 7,8 32,0	26,5 7,5 24,8 2,9 50,9 44,9 3,9 8,3 32,6	28,6 6,0 28,4 2,7 48,0 43,6 4,2 9,7 31,9	33,9 7,7 29,5 2,7 45,1 44,5 3,7 7,3	31,9 4,6 27,1 2,6 38,8 48,6 3,2 10,4 27,6	31,1 6,8 25,4 2,8 40,5 45,8 3,9 8,4 30,4		32,5 6,5 24,2 2,6 nc 44,1 4,0
Taxa standardiaci de considera pour matadies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques pour 100 000 h (moyone 200-2013). Taxa standardiaci de motaboliques pour 100 000 h (moyone 200-2013). Taxa standardiaci de motaboli pour 100 000 h (moyone 200-2013). Taxa comparadi de séguira en MCD pour tentatives de subicida - finames en 2015. Taxa comparadi de séguira en MCD pour tentatives de subicida - finames en 2015. Taxa standardiaci de mortalite pour subicida pour 100 000 h (moyone 100-2005). Taxa standardiaci de mortalite pour subicida pour 100 000 h (mortalite pour 2000-2013). ACCES AUX Soldinaria pour subicida pour 100 000 h (moyone 200-2013). ACCES AUX SOLDIna standardiaci de mortalite pour subicida pour 100 000 h (moyone 200-2013).	30,7 17.7 11,2 172,2 260,4 33,9 8,7	25,1 14,0 10,4 180,8 285,6 35,4 9,0	27,2 16,7 11,6 125,0 225,0 32,8 8,9	38,9 23,3 12,7 120,1 226,4 39,0 6,0	28,6 18,4 9,5 178,2 256,0 31,8 8,4	23,5 13,4 9,1 191,5 308,5 24,2 6,5	27,2 18,1 11,0 118,6 207,9 28,1 7,6	25,1 15,1 11,2 147,3 202,2 28,4 6,5	24,2 14,5 10,9 54,5 78,1 24,2 8,7	24,8 14,3 10,1 134,2 196,0 34,4 8,6	24,0 13,3 11,6 120,7 193,6 29,9 6,7	29,1 16,9 10,1 141,1 261,7 28,7 9,4	26,1 15,4 10,4 148,5 237,3 29,1 7,8	123,4 190,1	27,3 15,6 11,6 25,1 7,6
Promotion et pévention de la santé Part des enfinas l'aliaités à la maissance en 2014 (%) Taux de conventue vaccinate à 2 ars, 3 doses, en 2014 (%) UTP Cospulache Hépatite Presumocoque ROR 1 dose ROR 2 doses Monipocoque Ce 2015 Taux de couvertue vaccinate antigrippale chez les 65 ans et plus en 2015-2016 (%) Taux de participation au D0 du cancer du sein en moyenne 2015-2016 (standardise) Taux de participation au D0 du cancer du sein en moyenne 2015-2016 (standardise) Taux de participation au D0 du cancer du sein en moyenne 2015-2016 (standardise) Médecine st a targes roofressionnels es aents. Illébraux, our 100 000 hab. debut 2016	55,0 99,3 99,2 99,1 83,4 90,0 97,3 78,3 60,2 51,0 55,2 27,9	55,0 97,7 97,5 96,4 85,2 88,8 90,1 73,9 62,9 52,5 51,2	60,0 97,7 97,3 96,7 83,0 89,5 92,2 74,0 54,9 51,0 57,6	53,0 97,3 97,0 96,8 76,2 84,5 90,5 71,5 11,7 49,8 49,3 28,9	62,0 97,6 97,5 96,7 71,4 86,9 88,1 70,3 49,5 49,9 55,0 30,3	67,0 97,9 97,6 96,6 76,3 83,0 91,5 77,2 68,2 55,0 54,2 27,4	53,0 99,2 99,0 98,4 86,9 89,8 93,0 79,4 67,8 53,0 60,2 29,3	61,0 98,0 97,7 95,9 78,6 86,0 89,7 65,3 54,1 46,8 60,5	57,0 97,6 97,2 96,3 84,3 88,3 90,3 75,8 73,4 53,1 57,9 23,3	51,0 98,5 98,2 97,8 83,3 83,3 86,8 68,1 50,4 54,3 50,4	58,0 97,8 97,6 97,0 74,0 nd 86,1 73,0 65,6 52,5 50,7 29,5	58,0 98,3 98,0 97,0 79,8 84,6 89,6 75,6 75,9 52,9 58,1 32,6	nd nd nd nd nd e4,5 52,3 55,3 29,4	50,8	65,0 98,4 98,0 97,3 83,1 89,3 90,6 76,8 nc
selection in a states processor and search, increasts, pour tou durina, beaut zure selection processor and processor anative and processor and processor and processor and processor and	83,2 36,0 3,1 27,0 16,2 56,0 6,2 59,0 8,7 0,0 5,7 45,0 45,8 28,0 116,6 9,0 55,4 16,0	107.7 28.0 5.4 24.0 30,0 5.7 28,0 15,9 13,0 4,3,3 56.0 168,1 8,0 112.4	98,8 35,0 5,8 43,0 8,5 44,0 5,0 25,0 13,7 0,0 3,7 33,0 266,6 8,0 82,2 19,0	92.7 39.0 3.3 75.0 5.6 33.0 75.0 11.8 100.0 7.4 56.0 32.3 33.0 275.5 9.0 66.2 23.0	86,8 35,0 3,1 46,0 8,6 38,0 6,5 48,0 7,9 0,0 46,7 20,0 196,2 9,0 71,5 17,0	115,2 28,0 8,9 31,0 26,1 37,0 9,2 39,0 26,8 19,0 19,5 17,0 248,4 11,0 139,6 9,0	105,5 26,0 4,5 39,0,0 10,5 39,0 17,9 33,0 4,3,3 35,0 217,8 110,0 141,7 9,0	77,7 40,0 4,8 38,0 11,0 50,0 6,9 26,0 7,3 50,0 4,8 63,0 218,2 218,2 11,0 79,8	110,2 27,0 9,3 42,0 17,1 48,0 8,6 39,0 29,0 32,0 9,9 53,0 80,4 19,0 272,7 9,0 181,0	77, 2 31,0 3,8 21,0 7,7 58,0 3,5 31,0 4,5 67,0 2,2 88,0 35,8 24,0 114,9 8,0 59,7	97.2 28.0 5.1 45.0 13.9 27.0 6.3 26.0 16.1 50.0 5.6 38.0 43.6 23.0 103.0 8.0 65.4 12.0	121,3 30,0 4,0 47,0 13,8 48,0 5,6 48,0 11,7 14,0 7,4 36,0 41,5 17,0 199,8 7,0 84,1 18,0	102,6 30,0 6,1 15,7 41,0 7,0 38,0 17,6 24,0 9,2 50,0 57,5 19,0 205,9 9,0 110,1 12,0	94 32 7,0 33 19 43 7 7 24 36 10 50 57 20 174 9 104	
Offes hospitalizer  Thus despirement en list en NCO pour 1 000 h en 2015  Durée myorens de séjour  Taux despirement en list en SSR pour 1 000 h en 2015 (temps complet)  Durée myorens de séjour (pous)  Taux despirement en list en psychiatris pour 1 000 h en 2015 (hospitalisation temps plein)  Part de patients au long cours (n-270 (pous de présence) (%)  Offer d'accuelle pour personnes géées (pour 1 000 h de 75 ans ou plus) en 2015  Taux despirement en places, tous types d'établissements contonds (EFPA, EFPAD, USLD)  Taux despirement en places médicalisées pour 1000 h de 75 ans ou plus en 2016 (établissements)  Taux despirement en places médicalisées pour 1000 h de 75 ans ou plus en 2016 (établissements et l'aux despirement en places médicalisées pour 1000 h de 75 ans ou plus en 2016 (établissements et l'aux despirement en places des SSIAD pour personnes géées et Al/zémer  Taux despirement en places d'SSIAD (pour personnes géées et Al/zémer  Taux despirement en places d'SSIAD (pour personnes géées et Al/zémer  Taux despirement en places d'SSIAD (pour personnes géées et Al/zémer)  Taux despirement en places d'SSIAD (pour personnes géées et Al/zémer)  Taux despirement en places d'SSIAD (pour personnes géées et Al/zémer)	142,7 142,7 126,8 0,8 1,4 142,7 126,3 147,1 20,8 0,7 3,8	2,8 5,6 1,5 29,2 0,8 1,2 126,5 111,4 131,3 20 0,6 2,2	4,2 5,9 1,3 26,2 1,2 1,2 112,7 137,9 25,3 0,6 4,3	3,6 7,1 2,9 24,8 1,4 0,4 145,8 142 172,6 30,6 1 3,8	2,5 6,2 1,8 30,9 1,6 1,9 123,3 109,6 130,9 21,3 1,1 3,7	3,8 5,4 1,2 29,2 1,0 1,1 132 100,9 120,1 19,2 0,9 4,5	2,1 5,5 2,0 30,4 0,8 1,2 111 110,3 130,8 20,4 0,9 5,3	2,9 5,6 1,7 24,4 1,0 1,2 114,9 101 123,3 22,3 0,7 3,4	3,3 5,2 2,7 33,3 1,1 0,6 110,8 104 122,8 18,8 0,8 4,2	15,5 5,5 1,6 29,5 0,7 0,9 157,8 142,1 162,6 20,4 0,7 4,5	3,8 5,5 1,4 26,2 0,9 1,0 153 125,9 145,9 20 0,7 3,6	4,5 5,9 1,7 25,9 1,4 0,3 109,2 96,9 120,8 23,9 1,1	3,5 5,5 1,7 28,9 1,1 1,0 172,9 111,4 132,3 20,9 0,8 4	3,2	1,6 35,0 (2014)
Offer d'accioell pour personnes handicapées Taux déspapement on places dans les elabissements pour enfants handicapés (ME, ITEP, Polyhardicapés, EM, délicients sessories) jour 100h de moins de 20 ses en 2016 Taux déspapement en 2016 Taux déspapement en places (MAS, FAM, foyer les locacious four authoritation pour 1000 h de moins de 20 ares en 2016 Taux déspapement en places (MAS, FAM, foyer les locacipationnels, Foyers hébergement) pour adultes handicapées pour 100h ne 20 à 26 aven en 2016 Taux déspapement en places dans les ESAT (pour 1 000 h de 20 à 59 ares) Taux déspapement en places dans les ESAT (pour 1 000 h de 20 à 59 ares) Taux déspapement en services d'accompagnement pour adultes handicapés (SAMSAH, SAVS)	8,5 3,1 4,2 4,0 1,9	7,5 2,8 5,3 3,8 1,7	7,1 4,8 11,1 6,1 5,8	13,1 4,7 9,7 6,5 2,5	6,8 4,0 7,5 4,3 1,4	9,0 2,5 2,9 3,1 1,6	5,2 2,8 4,3 3,2 2,1	7,0 2,5 6,0 3,5 2,8	7,9 3,6 5,7 4,5 3,0	7,3 3,9 6,1 4,7 2,9	8,4 5,9 5,8 4,1 1,9	7,2 3,3 4,7 4,7 3,0	7,9 3,3 5,1 4,0 2,3	6,5 3,1 4,4 3,6 1,4	

# S NOUVELLE AQUITAINE Projet Régional de Santé

POUR EN SAVOIR + SUR LE PRS NOUVELLE-AQUITAINE 2018 – 2028 nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr



