

Construisons *ensemble*
un projet de santé
pour les Aquitains

PSRS

Plan stratégique
Régional de Santé
(PSRS)

Schémas régionaux

Programmes

Projet
régional de **SANTÉ**
Aquitaine
2012-2016



Sommaire



➤ La place du plan stratégique dans le projet régional de santé	4
➤ La méthodologie et les étapes d'élaboration du PRS en Aquitaine.....	6
➤ Le diagnostic	7
➤ Les orientations	15
➤ Les modalités de suivi et d'évaluation	25

➤ ANNEXE 1 : Etat de santé de la population en Aquitaine	33
➤ ANNEXE 2 : L'offre de santé en Aquitaine.....	75
➤ ANNEXE 3 : Dépenses de santé	117
➤ ANNEXE 4 : Positionnement de l'Aquitaine par rapport aux autres régions de France	123
➤ ANNEXE 5 : Glossaire.....	127

LA PLACE DU PLAN STRATÉGIQUE DANS LE PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ



L'Agence régionale de santé (ARS) d'Aquitaine a pour mission de mettre en place et de piloter la politique de santé dans la région, dans l'objectif d'améliorer l'état de santé des Aquitains et l'efficience du système de santé.

L'élaboration et la mise en œuvre de la politique régionale de santé s'appuient sur le Projet Régional de Santé (PRS), défini par le décret du 18 mai 2010. L'enjeu principal du PRS est d'englober l'ensemble des champs de compétence de l'ARS et de développer, en cohérence avec le parcours de vie des personnes, des coopérations transversales entre des secteurs abordés jusque là de façon séparée : promotion de la santé, prévention médicalisée, soins ambulatoires, soins hospitaliers, prises en charge médico-sociales.

Adopté pour 5 ans (2012– 2016), ce PRS se compose du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS), de trois schémas (prévention, soins ambulatoires et hospitaliers, médico-social), ainsi que de programmes d'application de ces schémas. Il est réalisé en concertation avec l'ensemble des professionnels et des usagers, dans un souci d'efficacité et de transparence.

Clef de voûte de l'ensemble de la démarche, le PSRS définit les priorités de santé de la région et les objectifs qui en découlent, permettant de décliner leur mise en œuvre dans les schémas d'organisation et les programmes thématiques et territoriaux.

PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ

1

Plan stratégique régional de santé

2

Schémas régionaux

Prévention

Organisation des soins

Organisation médico-sociale

3

Programmes déclinant les schémas

Programme
télémédecine

PRIAC

Programme interrégional
d'accompagnement des handicaps
et de la perte d'autonomie

PRGDR

Programme régional
de gestion du risque

PRAPS

Programme régional
d'accès à la prévention
et aux soins

Programmes territoriaux

Contrats locaux de santé

LES PRIORITÉS RÉGIONALES S'INSCRIVENT DANS LE CADRE DES 3 PRIORITÉS NATIONALES QUI ONT ÉTÉ DÉFINIES :

- > améliorer l'espérance de vie en bonne santé ;
- > promouvoir l'égalité devant la santé ;
- > développer un système de soins et de qualité accessible et efficient.

LA MÉTHODOLOGIE ET LES ÉTAPES D'ÉLABORATION DU PRS EN AQUITAINE

LA CONCERTATION

L'élaboration du projet régional de santé s'inscrit dans une démarche de concertation avec les acteurs et les usagers du système de santé aquitain.

Les instances de démocratie sanitaire : la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), sa commission permanente, les commissions spécialisées ainsi que les conférences de territoire, participent par leurs contributions et la formulation de leurs avis à la construction du PRS.

Les deux commissions de coordination des politiques publiques en matière de prévention et dans le domaine de l'accompagnement médico-social contribuent également à cette élaboration.

LA DÉFINITION DES TERRITOIRES DE SANTÉ

Les territoires de santé constituent les nouveaux espaces sur lesquels s'appuient les décisions en matière d'organisation de la santé dans la région.

Un arrêté de la directrice générale de l'ARS a délimité, en juillet 2010, 6 territoires de santé qui s'inscrivent dans le périmètre des départements, à l'exclusion des 2 territoires au sein du département des Pyrénées-Atlantiques.

Ont été ainsi définis les territoires de :

- > Dordogne ;
- > Gironde ;
- > Landes ;
- > Lot-et-Garonne ;
- > Navarre-Côte Basque (arrondissement de Bayonne) ;
- > Béarn-Soule (arrondissements de Pau et Oloron).

L'ÉLABORATION DU PSRS

Le PSRS s'est appuyé sur un état des lieux aquitain portant sur la situation démographique, l'état de santé de la population, la situation de l'offre en santé. A partir de cet état des lieux, un diagnostic a été établi dans les cinq domaines définis au plan national :

- > maladies chroniques (hors vieillissement) ;
- > périnatalité et petite enfance ;
- > santé mentale et addictions ;
- > handicap et vieillissement ;
- > risques sanitaires.

Ce diagnostic a été soumis à concertation au travers de six groupes thématiques (le domaine handicap/vieillessement ayant été séparé en 2 groupes). Ces groupes comprenaient des représentants des usagers, des professionnels de santé et du secteur social, des représentants des établissements sanitaires et médico-sociaux et des représentants des collectivités territoriales. Leurs travaux ont permis d'enrichir le diagnostic, d'identifier des besoins de santé dans chacun des domaines et de proposer des actions prioritaires.

Une première version du PSRS a été soumise à l'avis de la CRSA, du préfet de région, du conseil de surveillance de l'ARS, des collectivités territoriales. La prise en compte des observations formulées a conduit à la rédaction du document PSRS actuel.

LES SCHÉMAS ET LES PROGRAMMES

Les schémas et les programmes sont établis avec une méthodologie identique en s'appuyant sur un diagnostic partagé avec les usagers, les acteurs en santé, les partenaires institutionnels. Des réunions de concertation ont lieu dans les différents territoires à partir d'états des lieux spécifiques qui ont permis d'établir des objectifs d'actions prioritaires.



Le diagnostic



Sommaire

- Contexte géographique et démographique 8
- Etat de santé 9
- Offre en santé 11
- Les points marquants du diagnostic de la région : 14

CONTEXTE GÉOGRAPHIQUE ET DÉMOGRAPHIQUE

Un territoire régional étendu avec une métropole régionale excentrée

Trois départements aquitains sont les plus étendus de France métropolitaine : la Gironde, les Landes et la Dordogne. Cet élément qui s'associe au caractère encore rural de la région est à l'origine de zones de faible, voire très faible, densité de population pour lesquelles se pose le problème de l'organisation de l'accès aux soins. La position excentrée de la métropole régionale, siège du CHU, crée également une contrainte en matière d'accessibilité et de transports.

Une population plus âgée que la moyenne des régions françaises avec un vieillissement plus marqué dans les zones rurales

En Aquitaine, la part des personnes âgées de plus de 60 ans (25 % de la population) est plus élevée que celle de jeunes de moins de 20 ans (23 %). Cette situation est l'inverse de celle observée en France avec des proportions respectives de 21,7 % et 25,0 %. La proportion de personnes de 75 ans et plus s'élève à 10 % de la population régionale et jusqu'à 12 % de la population des communes rurales.

Une population qui est en augmentation régulière grâce au solde migratoire qui contribue au vieillissement de la population

Le taux de fécondité régional est faible, situant l'Aquitaine à la 4^{ème} place des régions françaises à taux les moins élevés. Ceci explique que la croissance démographique observée de 1 % par an depuis 10 ans soit essentiellement due au solde migratoire et non au renouvellement de la population par les naissances. La classe d'âge des 55 – 64 ans est la plus concernée par ce solde migratoire ce qui participe au vieillissement de la population régionale.

Une urbanisation qui s'accroît et accroît les déséquilibres démographiques entre les zones urbaines ou littorales et les départements ruraux de Dordogne et de Lot-et-Garonne

Avec 70 % de la population vivant en zone urbaine, l'Aquitaine a un taux d'urbanisation inférieur au taux national de 82 %.

Cette urbanisation n'est pas homogène, elle se concentre et progresse plus rapidement dans les 3 principaux pôles urbains (Bordeaux, Pau et Bayonne) et sur le littoral et l'arrière pays littoral (Pays basque et côte sud des Landes, bassin d'Arcachon). Le contraste s'accroît ainsi avec les zones rurales de densité de population plus faible.

Un niveau de vie médian aquitain proche de la moyenne française mais des disparités avec de faibles revenus dans l'espace rural et chez les personnes âgées

Le niveau de vie médian aquitain est supérieur à celui de la France de province et place la région parmi les sept régions françaises ayant les revenus médians les plus élevés. Les plus hauts niveaux de vie sont observés dans les zones urbaines de Gironde et des Pyrénées-Atlantiques, alors que c'est dans l'espace rural de Lot-et-Garonne et de Dordogne que vivent les personnes ayant les plus faibles revenus. La moitié des personnes de 75 ans ou plus dispose d'un revenu inférieur au SMIC.

L'Aquitaine apparaît ainsi comme une région de contrastes entre un milieu urbain, en croissance régulière, à population plutôt jeune et favorisée, et des zones rurales, de faible densité, avec une population âgée, et des revenus plus faibles. Ceci nécessite une approche fine des besoins des populations, approche qui doit être infra territoriale, car dans un même territoire de santé peuvent coexister des zones très urbaines ou très rurales à caractéristiques et besoins différents.

Le vieillissement général de la population aquitaine est, d'autre part, un élément essentiel à intégrer dans la politique de santé régionale. En lien avec le développement des maladies chroniques et de la dépendance, il va nécessiter une adaptation du système des soins afin d'offrir des parcours de soins au long cours adaptés et coordonnés.



ÉTAT DE SANTÉ

Une espérance de vie en progression régulière et supérieure à la moyenne nationale

Entre 1999 et 2007, l'espérance de vie a progressé de 75,3 ans à 77,9 ans pour les hommes et de 82,9 ans à 84,7 ans pour les femmes, ce qui positionne l'Aquitaine en 5^{ème} et 6^{ème} positions les plus favorables par rapport aux 22 régions métropolitaines.

Des taux de mortalité générale en baisse régulière avec des disparités départementales

La baisse de la mortalité, observée depuis plusieurs années en Aquitaine comme en France, a été moins marquée en Dordogne. Ce département devient ainsi le seul de la région dont les taux comparatifs de mortalité générale sont supérieurs aux taux nationaux pour les hommes comme pour les femmes.

L'analyse des principales causes de décès montre pour la Dordogne une surmortalité régionale et nationale par maladies cardiovasculaires et plus particulièrement maladies cérébrovasculaires, ainsi que par cancer colorectal.

Une mortalité avant 65 ans qui continue à toucher deux fois plus les hommes avec un tiers des décès en lien avec des pathologies évitables

La proportion de décès prématurés s'élève à 24 % chez les hommes pour 12 % chez les femmes. Les principales causes de décès prématurés sont évitables, en particulier chez les hommes : le cancer du poumon constitue la première cause de décès prématuré, suivi des suicides, des cardiopathies ischémiques et des accidents de transports. Chez les femmes, le cancer du poumon et les suicides (2^{ème} et 3^{ème} causes de décès avant 65 ans) constituent également des cibles d'actions prioritaires.

La mortalité prématurée est supérieure au niveau national pour les pathologies liées au tabac (4 200 décès par an) et pour les accidents de transport, ce qui laisse supposer qu'une politique plus active en matière de prévention pourrait permettre d'améliorer cet indicateur.

Des maladies chroniques en augmentation régulière avec une part prépondérante des pathologies cardiovasculaires, du diabète, des cancers et des pathologies psychiques et un poids croissant dans les dépenses de santé

Les maladies cardio-vasculaires (159 000 bénéficiaires du régime général en ALD au 1/12/2009) et le diabète (près de 89 000 bénéficiaires) représentent en Aquitaine la moitié des affections de longue durée prises en charge par l'Assurance Maladie.

La prévalence du diabète est en forte augmentation (3,9 pour 100 habitants en 2009 pour 3,6 pour 100 habitants en 2007, soit plus de 8 % d'augmentation en 2 ans), en lien avec les habitudes alimentaires et la sédentarité. Il en est de même pour la prévalence de l'obésité (13,7 pour 100 habitants en 2009 pour 11,6 en 2006, soit une augmentation de 18 % en 3 ans).

L'incidence des cancers est en augmentation régulière avec une mortalité en baisse, sous l'influence des actions de dépistage mais aussi des progrès thérapeutiques. Dans ce contexte, les taux de mortalité par cancer du poumon chez la femme qui ont été multipliés par deux en vingt ans doivent particulièrement alerter.

La prévalence des maladies psychiques est élevée : l'enquête de l'OMS en 2001 « Santé Mentale en Population Générale » avait ainsi relevé au moins un trouble psychique chez 38 % de la population enquêtée en Aquitaine. Trois quarts de ces personnes n'avaient pas conscience de leurs troubles. Une notion d'épisode dépressif actuel avait été retrouvée chez 12,1 % des sujets testés pour 11 % au niveau national.

Le taux de bénéficiaires reconnus en ALD pour pathologies psychiatriques graves situe l'Aquitaine au 7^{ème} rang sur 22 des régions métropolitaines à taux les plus élevés.

Le retentissement social de ces affections est majeur : les maladies psychiques représentent en Aquitaine comme en France la première cause d'invalidité professionnelle reconnue par le régime général de l'assurance maladie.

Les dépenses liées aux maladies chroniques (ALD ou non) constituent 84 % des dépenses de l'assurance maladie, selon une étude récente de la CNAMTS et leur augmentation est responsable de près de 90 % de l'augmentation annuelle de l'ensemble des dépenses d'assurance maladie. Une prise en charge efficiente des maladies chroniques est donc indispensable à l'équilibre du système de

santé. Mais cette prise en charge qui nécessite une approche transversale (éducation, prévention, soins, accompagnement médicosocial) pluridisciplinaire et coordonnée tout au long du parcours du patient pose le problème de la nécessaire adaptation du système actuel, davantage orienté sur les soins aigus ou ponctuels.

Tabac, alcool, nutrition/activité physique : des déterminants comportementaux qui influencent fortement la mortalité prématurée et la survenue des principales maladies chroniques dans notre région

> L'impact du tabac est majeur en Aquitaine : en termes de mortalité générale, avec 4 400 décès annuels liés au tabac sur la période 2005-2007, soit un décès masculin sur cinq et un décès féminin sur dix et surtout en termes de mortalité prématurée avec 2/3 des décès qui surviennent avant 65 ans, essentiellement par cancer du poumon dans les deux sexes et par cardiopathies ischémiques chez les hommes. Cette mortalité prématurée élevée qui touche principalement les hommes augmente chez les femmes sous l'influence de l'évolution de la mortalité par cancer du poumon (augmentation des taux standardisés de mortalité par cancer du poumon chez les femmes en Aquitaine de +65 % en 10 ans). Le comportement des jeunes aquitains est un motif d'alerte avec, selon les résultats de l'enquête ESCAPAD, 32 % de jeunes aquitains fumeurs en 2008. Ce taux est certes en baisse depuis 2002-2003 où il s'élevait à 39 % mais il reste sensiblement supérieur au taux national de 29 %.

- > Le taux de mortalité des pathologies liées à l'alcool est inférieur au taux national, mais il faut s'alerter du fait que le taux d'accidents corporels de la route mettant en cause le facteur alcool soit supérieur au taux national et que les jeunes aquitains soient plus consommateurs qu'au niveau national au niveau de plusieurs indicateurs relevés lors des enquêtes effectuées pendant les journées d'appel à la préparation de la défense (enquêtes ESCAPAD) : usage régulier, consommation ponctuelle importante, ivresses répétées.
- > L'expérimentation du cannabis de même que l'usage des médicaments psychotropes chez les adolescents qui apparaissent être plus élevés en Aquitaine traduisent également l'importance des conduites à risque dans notre région.
- > Les comportements alimentaires et la sédentarité exercent une influence directe sur la surcharge pondérale, l'obésité et le diabète, avec une telle augmentation

de la prévalence annuelle (+ 5 % par an pour l'obésité, 4 % pour le diabète en Aquitaine) que l'on est à même d'évoquer le terme « d'épidémie ». En termes de prévalence de l'obésité et du diabète, l'Aquitaine se situe dans une position plutôt favorable par rapport à la moyenne des régions métropolitaines mais ceci ne doit pas masquer le fait que la modification des comportements dans le domaine de la nutrition et de l'activité physique constitue un enjeu de premier plan en matière de baisse de la mortalité prématurée et de diminution du volume de la population atteinte de maladies chroniques, et plus particulièrement de pathologies cardiovasculaires.

Des facteurs environnementaux qui pèsent également sur la santé

En matière de risques professionnels, les accidents du travail, avec un risque de survenue plus élevé dans notre région qu'au niveau national, sont à surveiller.

En ce qui concerne les pathologies liées à l'environnement, l'Aquitaine ne se démarque pas des autres régions, même si les caractéristiques régionales se traduisent par des expositions plus fortes à certains éléments nocifs tels que pesticides, nitrates dans les eaux superficielles, nuisances sonores et pollution de l'air liés aux grands axes routiers, poussières de bois en activité industrielle...

Au total, l'Aquitaine se caractérise par un état de santé globalement bon mais des inégalités marquées dont la réduction constitue le principal enjeu pour la région

- > Des inégalités territoriales sont observées avec des écarts entre les indicateurs de santé qui peuvent varier :
 - de 6 % environ pour le taux de mortalité générale entre le taux le plus bas relevé dans le département de la Gironde et le taux le plus élevé en Dordogne ;
 - de 10 % entre les taux de mortalité prématurée du territoire de Béarn Soule et ceux plus élevés du territoire de Navarre-Côte Basque ou de la Dordogne ;
 - jusqu'à 20 % pour les taux de décès par cardiopathies ischémiques (entre les taux les plus bas observés dans les territoires des Pyrénées-Atlantiques et le taux le plus élevé dans les Landes), par cancer du poumon (entre le taux le plus bas en Dordogne et le taux le plus élevé dans le territoire de Navarre-Côte Basque) ou pour le cancer du colon (entre le taux le plus bas en Lot-et-Garonne et le taux le plus élevé en Dordogne).
- > Mais ces différences sont sans commune mesure avec les écarts de mortalité qui existent :



- entre les sexes, avec des taux de mortalité prématurée évitable 3 fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes ;
- en fonction des catégories sociales ou des niveaux d'instruction, avec des taux standardisés de mortalité chez les hommes de 25-54 ans variant en Aquitaine comme en France de 1 à 3 ans entre la catégorie des employés/ouvriers et celle des cadres/professions intellectuelles supérieures, et des indicateurs de morbidité montrant des variations du simple au double dans la prévalence de l'HTA chez les hommes entre les populations sans aucun diplôme et les niveaux d'études minimum baccalauréat et du simple au triple chez les femmes. Des inégalités sont aussi constatées dans les taux de mortalité par suicide, avec, selon une étude de l'INVS chez les salariés, des taux variant de 1 à 3 entre cadres et ouvriers et jusqu'à près de 6 chez les inactifs. L'influence de la catégorie socio professionnelle sur les comportements individuels vis-à-vis de facteurs comme le tabac, l'alcool et la nutrition est évidente avec des écarts de 1 à 2 dans la proportion de fumeurs chez les ouvriers et chez les cadres, et des écarts de 1 à 1,5 dans la consommation de fruits et légumes. Les conditions socio-économiques jouent un rôle majeur dans ces comportements : coût de la consommation des fruits et légumes, liens entre précarité, chômage, troubles psychiques et addiction, apparaissent ainsi comme un déterminant essentiel des inégalités en santé.

L'enjeu pour la région Aquitaine va donc être de limiter ces inégalités en santé en veillant à l'accessibilité de l'offre en santé à l'ensemble de la population, que ce soit en matière de promotion et éducation à la santé, d'éducation thérapeutique ou de soins avec la problématique de l'accessibilité géographique, culturelle mais également financière.

OFFRE EN SANTÉ

Un système de veille et de sécurité efficace mais qui peut encore s'améliorer

L'Aquitaine a mis en place une nouvelle organisation avec une plate-forme dotée d'un point unique pour le signalement des événements représentant un risque pour la population. Ce dispositif, en assurant en permanence la réception des signaux, a pour objectif de détecter le plus précocement possible la survenue d'un nouveau risque sanitaire et de le gérer avec la plus grande efficacité (surveillance, alerte, gestion éventuelle de la crise...) en lien avec l'ensemble des partenaires.

La coordination entre les institutions, ainsi que l'information des acteurs en santé pour une meilleure implication, restent encore à poursuivre.

Une offre en prévention encore insuffisamment développée, très dispersée, avec de nombreux financeurs et de nombreux acteurs, mais une dynamique qui existe

En Aquitaine, de nombreux acteurs participent à la promotion de la santé et à la prévention : institutionnels tels que le réseau assurance maladie, les collectivités territoriales (conseil régional, les cinq conseils généraux, les communes, groupements de communes), l'Education Nationale, différents services de l'Etat (DIRECCTE, DRJSCS,...) mais aussi les opérateurs que sont les associations, les établissements scolaires, les CCAS (Centres Communaux d'Action Sociale) et missions locales, les établissements et professionnels de santé...

Cette diversité d'interlocuteurs entraîne une difficulté spécifique dans le pilotage de la politique régionale.

Pour autant, un réel investissement a été réalisé dans des domaines tels que l'addictologie ou la mise en œuvre du plan national nutrition santé (PNNS).

Le dispositif de dépistage du cancer du sein avec un taux de 61,4 % en 2008-2009 est performant, le dispositif de dépistage du cancer colorectal se met progressivement en place dans la région depuis 2008.

L'éducation thérapeutique est assez bien développée dans la région avec 135 programmes autorisés, essentiellement développés par des structures hospitalières.

La création d'une plate-forme aquitaine pour des compétences en éducation du patient (PACE) constitue un atout pour le développement de l'éducation thérapeutique sur l'ensemble du territoire régional par son offre en formation et en accompagnement des projets d'éducation thérapeutique.

Une offre de soins qui situe l'Aquitaine dans une position très favorable...

De façon globale, le volume de l'offre de soins en Aquitaine apparaît satisfaisant, que ce soit en termes

- > de démographie des professionnels de santé libéraux avec une densité supérieure à la moyenne nationale pour les médecins généralistes comme pour les spécialistes, les infirmières, les masseurs-kinésithérapeutes ou les chirurgiens-dentistes
- > d'offre en structures hospitalières et en établissements médico-sociaux avec des taux d'équipements élevés

...avec toutefois des points de vigilance ...

• Concernant l'offre libérale :

- > Il s'agit en premier lieu du vieillissement des professionnels de santé plus marqué pour les médecins généralistes, certains spécialistes (anesthésistes-réanimateurs, psychiatres...), les chirurgiens-dentistes.
- > Le deuxième point d'alerte est lié à la concentration des professionnels de santé vers les espaces urbains, avec à l'horizon 2018, 70 % des médecins généralistes et 92 % des médecins spécialistes exerçant dans les grands pôles urbains, contre respectivement 21 % et 2,7 % dans l'espace rural.
Une situation identique pour les chirurgiens-dentistes et pour les masseurs-kinésithérapeutes avec une diminution de l'exercice en milieu rural, respectivement de 18 % en 2008 à 15 % en 2018 et de 10 % en 2008 à 9 % en 2018. La part de professionnels exerçant en milieu rural, encore élevée pour les infirmières avec un taux de 31 % en 2008, diminuerait à 27 % en 2018.
- > Ces deux éléments accentuent les disparités territoriales et entraînent l'apparition de zones fragiles, voire déficitaires, posant le problème de l'accessibilité aux soins dans certains territoires ruraux.

• En matière de structures de soins et d'accompagnement médico-social :

- > Le déséquilibre des implantations sur le territoire régional est difficile à réduire, avec par exemple au niveau des SSR des taux d'équipement variant de 1 à 3 entre la Navarre-Côte basque et le Lot-et-Garonne ou, au niveau des équipements lourds, des taux variant de 1 à 1,6 pour l'IRM entre la Gironde et la Dordogne et de 1 à 1,8 pour le scanner entre la Navarre-Côte Basque et les Landes ou la Dordogne.

> Un déséquilibre similaire est observé dans l'implantation des établissements médico-sociaux avec, pour les enfants, à titre d'exemple, une offre insuffisante pour les troubles du comportement en Lot-et-Garonne, dans les Landes, une offre insuffisante pour la prise en charge des jeunes autistes dans les Landes et en Gironde, et, pour l'adulte, des taux d'équipement en structures médicalisées particulièrement bas en Gironde.

> Des disparités territoriales persistent dans la prise en charge institutionnelle des personnes âgées ainsi qu'en matière d'offre de soins à domicile même si les écarts ont tendance à se réduire.

...et le constat que l'offre actuelle doit s'adapter :

• Aux besoins des patients

Le patient, de plus en plus âgé et de plus en plus atteint de maladies chroniques, donc dans des situations complexes, a besoin d'un parcours intégrant la prévention, les soins et l'accompagnement médico-social.

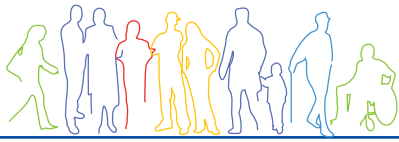
Son attente de pouvoir être pris en charge au domicile est forte, ce qui nécessite un travail pluridisciplinaire et une importante coordination des acteurs de premier recours entre eux mais également avec les services hospitaliers et les services médico-sociaux afin de garantir la fluidité de son parcours.

Cette coordination qui apparaît primordiale repose sur une bonne circulation et un partage de l'information.

Le choix préférentiel de maintien à domicile par les personnes handicapées et les personnes âgées nécessite une réorientation de l'offre vers davantage de structures d'aide à domicile (SSIAD, SAMSAH...) et la prise en compte du soutien à apporter aux aidants naturels sous la forme d'hébergement temporaire ou d'accueil de jour.

Pour répondre aux souhaits des patients, la prise en charge hospitalière ne devrait intervenir que dans les stricts cas le nécessitant : ceci implique une meilleure formation des acteurs de terrain en matière de handicap, d'accompagnement de fin de vie mais aussi l'intervention d'équipes mobiles hospitalières apportant au domicile leur soutien aux équipes de premier recours et cela plus particulièrement dans les domaines de la gériatrie et de la psychiatrie où la demande d'aide est forte.

La place de l'usager en santé évolue, avec, pour certains usagers, le souhait de s'impliquer davantage dans la prise en compte de leur santé. Cette évolution est une opportunité pour développer l'autonomie du patient, développer



ses compétences individuelles en santé. Elle nécessite toutefois un positionnement différent des soignants par rapport à l'approche prescriptive classique, et une « posture éducative » nouvelle à l'écoute des patients qui permet de développer l'éducation à la santé comme l'éducation thérapeutique. On retrouve dans ce domaine la nécessité d'une approche pluriprofessionnelle associant médecins, infirmiers, pharmaciens, autres professionnels de santé ou autres acteurs de promotion de la santé.

Les structures pluriprofessionnelles qui peuvent faciliter la coordination entre les professionnels sont encore peu développées en Aquitaine : de par son histoire, la région ne dispose pas de centres de santé pluridisciplinaires comme il peut en exister dans les régions à passé industriel ; depuis une dizaine d'années la création de réseaux a été encouragée, mais la majorité de ces réseaux sont ciblés sur une pathologie et ne proposent pas une véritable offre de soins coordonnée polyvalente de premier recours.

Le développement des maisons de santé pluridisciplinaires est récent : la dizaine de MSP installée se situe prioritairement en milieu rural. Les pôles de santé avec la possibilité d'élaboration d'un projet de santé sur l'ensemble d'un territoire apparaissent comme un enjeu fort pour répondre au besoin du développement d'activités pluridisciplinaires et de partage d'informations entre les acteurs facilitant ainsi la bonne coordination du parcours de santé du patient.

- *À la nécessité d'une meilleure efficience du système de soins*

Le système de soins se doit de fournir « les meilleurs soins au meilleur coût », ce qui sous-entend de poursuivre les deux objectifs : qualité et maîtrise des coûts de façon concomitante.

- > La qualité des soins est une préoccupation croissante de l'ensemble des acteurs de santé. Les établissements hospitaliers se sont investis dans des démarches de certification et les résultats des indicateurs de qualité suivis dans les établissements hospitaliers d'Aquitaine sont bons. L'établissement et la diffusion de référentiels et de recommandations par la Haute Autorité de Santé se poursuivent. Leur appropriation progresse. Pour autant, les démarches de partage de pratiques professionnelles, en particulier médicales, ne sont pas spécialement développées en Aquitaine. Dans ce domaine encore, le développement de structures pluridisciplinaires pourra constituer un levier d'amélioration.

Le signalement encore très insuffisant des événements indésirables graves (EIG) liés aux soins montre que le principe des démarches qualité n'est pas encore très bien intégré.

- > Si le recours aux soins hospitaliers apparaît être dans la moyenne nationale, le recours aux soins ambulatoires est en revanche élevé en Aquitaine, la région se situant parmi les plus fortement consommatrices, à l'identique des autres régions méridionales et en lien vraisemblable avec le niveau de l'offre de soins ambulatoires.

Le niveau de cette offre peut être considéré comme un atout sur la voie de l'efficience, permettant d'assurer à l'avenir un plus grand nombre de soins à domicile, en soulageant l'hôpital des recours inutiles et en répondant ainsi aux besoins exprimés par les patients. Ceci toutefois ne pourra se faire qu'au prix d'une meilleure structuration de l'offre ambulatoire en s'appuyant sur certains éléments précédemment exposés : information des usagers pour une orientation optimale dans le système de santé, coordination du parcours du patient à travers le travail pluridisciplinaire, le partage de l'information, la complémentarité des acteurs.

Dans le même temps, l'adaptation de l'offre hospitalière doit se poursuivre avec le développement de la chirurgie ambulatoire et l'effort de recomposition en cours avec les regroupements d'établissements publics (hôpitaux de Langon et La Réole), d'établissements privés ou des regroupements mixtes (établissements d'Arcachon).

Au total, face au contexte démographique avec le vieillissement attendu de la population, face à l'évolution épidémiologique avec la part croissante des maladies chroniques, face aux nouvelles attentes des citoyens, le système de santé régional doit s'adapter pour offrir des parcours complets intégrant l'approche préventive et éducative, assurant une prise en charge du patient et de la personne handicapée, globale et coordonnée, respectant le plus possible le souhait d'une vie à domicile et intégrée dans le milieu social environnant et tout ceci dans une recherche permanente d'efficience.

LES POINTS MARQUANTS DU DIAGNOSTIC DE LA RÉGION

FORCES

- Des indicateurs de santé situant la région en position plutôt favorable
- Une région attractive avec une densité élevée de professionnels de santé
- Un taux global d'équipement en structures hospitalières et médico-sociales satisfaisant
- L'adaptation de l'offre hospitalière en cours : regroupement de structures, développement de la chirurgie ambulatoire

FAIBLESSES

- Une région âgée dont le vieillissement s'accroît
- Des taux de mortalité prématurée supérieurs aux taux nationaux pour les maladies liées au tabac et pour les accidents de la circulation, une prévalence élevée des maladies psychiques
- Des disparités territoriales d'implantation de structures hospitalières et médico-sociales et des écarts de densité de professionnels libéraux qui s'accroissent entre zones urbaines et rurales
- Encore peu d'initiatives d'exercices pluriprofessionnels en soins de premier recours

LEVIERS

- Le développement des NTIC pour accompagner l'effort de coordination, améliorer l'information et le repérage de l'usager dans le système de soins
- L'adaptation des programmes de formation initiale et continue des professionnels de santé aux besoins émergents : éducation du patient, prise en charge du patient âgé, handicapé, santé mentale...

RISQUES

- Une adaptation insuffisante de l'offre en santé aux besoins actuels : prévention, suivi coordonné des pathologies chroniques, maintien à domicile... pouvant induire une perte d'efficacité du système de santé régional
- L'augmentation des inégalités de santé avec le cumul de difficultés géographiques et financières pour accéder à l'offre en santé : prévention, éducation thérapeutique, soins et accompagnement médico-social



Les orientations



Sommaire

- Orientation stratégique n°1 :
développer la prévention, dans un objectif
de réduction des inégalités de santé 18
- Orientation stratégique n°2 :
faciliter un accès équitable et pertinent
aux soins et aux prises en charge
médico-sociales 20
- Orientation stratégique n°3 :
renforcer la qualité des soins et des prises
en charge et la capacité à faire face
aux crises. 22
- Orientation stratégique n°4 :
améliorer la transversalité, la lisibilité,
la cohérence et la capacité d'adaptation
du système de santé régional : 23

L'établissement d'un diagnostic partagé par rapprochement des différents états des lieux et des réflexions produites par les représentants des usagers et les professionnels participant aux groupes de travail constitués dans les domaines d'action proposés par la méthodologie nationale (maladies chroniques, handicap, vieillissement, périnatalité/petite enfance, santé mentale/addictions) a permis d'identifier les problèmes de santé les plus importants et les priorités qui en découlent.

Il est apparu que les problèmes soulevés et les actions proposées dans les différents domaines se rejoignaient sur certains axes prioritaires :

- le développement et la coordination insuffisante des politiques de prévention, des actions d'éducation en santé, d'éducation thérapeutique, de dépistage
- les inégalités de santé et d'accès aux soins, selon les territoires et selon les populations, (personnes en situation de précarité, personnes handicapées),
- la nécessité de poursuivre l'adaptation du système de soins et d'accompagnement pour répondre aux exigences de sécurité, de qualité et d'efficience. Sont notamment visés le développement des dispositifs ou accompagnements substitutifs des prises en charge évitables en établissements de santé ou médico-sociaux, la nécessité d'une organisation territoriale coordonnée des différents acteurs, la sécurisation des parcours de santé (sécurité des soins, maîtrise des risques et veille sanitaire efficace, recours adapté et justifié au système de soins), la demande d'accompagnement des personnes les plus fragiles ou vulnérables (personnes âgées, personnes porteuses de handicaps...),
- une forte demande de coordination des acteurs autour du parcours en santé des patients a été exprimée, avec un souhait de décloisonnement entre les différents champs, prévention, sanitaire, médico-social et social,
- des attentes en matière d'amélioration de l'accès à l'information sur l'offre et les dispositifs existants, et de la connaissance de l'état de santé et des besoins en santé des différentes populations par le renforcement des dispositifs de recueil de données et la mise en commun et l'analyse partagée des données existantes.

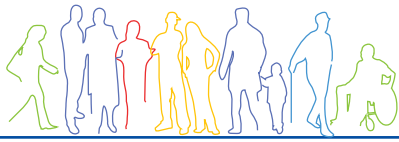
Il est ainsi proposé, dans un objectif de décloisonnement des politiques, d'identifier de manière transversale, quatre orientations stratégiques prioritaires pour l'organisation de la politique de santé en Aquitaine.

- > **orientation n°1** : Développer les politiques et actions de prévention, dans un objectif de réduction des inégalités de santé
- > **orientation n°2** : Faciliter un accès équitable et pertinent aux soins et aux prises en charge médico-sociales
- > **orientation n°3** : Renforcer la qualité des soins et des prises en charge et la capacité à faire face aux crises sanitaires
- > **orientation n° 4** : Améliorer la transversalité, la lisibilité, la cohérence et la capacité d'adaptation du système de santé régional

L'ensemble des objectifs découlant de ces orientations stratégiques devra être décliné dans les schémas, les plans et programmes d'actions et projets concrets, notamment pour les cinq domaines ciblés par les priorités nationales. Cette déclinaison et la conduite des changements dans les réponses aux besoins de santé devront être menées avec et par les acteurs en santé, les usagers et l'ARS.

Ces orientations et objectifs stratégiques du PSRS doivent s'inscrire dans un objectif général d'efficience et de respect de l'objectif national des dépenses de santé arrêté par la loi annuelle de financement de la sécurité sociale.

Afin d'assurer la cohérence des actions et des financements, l'articulation de la politique de l'ARS avec celles des différents partenaires concernés doit être recherchée dès la phase d'élaboration des différents schémas et programmes.



Pour garantir l'appropriation et la transcription dans la réalité des orientations définies, l'action de l'ARS Aquitaine et de ses partenaires devra s'engager dans le respect des principes fondamentaux suivants :

Favoriser les approches préventives et l'évitabilité des situations défavorables à la santé

Il est essentiel aujourd'hui de sortir de la culture trop exclusivement curative qui a marqué le fonctionnement du système de santé, en privilégiant de façon transversale toutes les approches favorisant les déterminants positifs pour la santé.

Veiller à l'équité des décisions prises

En préalable à ses arbitrages, l'ARS s'assurera que la décision n'est pas de nature à augmenter les inégalités territoriales ou d'accès aux soins, ce qui supposera une méthodologie d'évaluation systématique de ce critère.

Prendre en compte la valeur ajoutée des projets lors des prises de décisions

La priorisation des projets et des financements privilégiera les actions présentant la meilleure valeur ajoutée pour la population (critère coût / amélioration escomptée). Tous les projets (y compris ceux programmés mais non réalisés à ce jour) devront faire l'objet d'une étude d'évaluation de l'impact financier permettant au regard des financements disponibles, d'apprécier leur incidence sur les marges de manœuvre disponibles et la capacité financière régionale à conduire l'opération.

La priorisation des projets prendra en compte les objectifs de diminution des inégalités de santé.

Impliquer l'ensemble des partenaires

La veille, la prévention, et la gestion des risques (risques iatrogènes, maltraitance...) sont une responsabilité et un engagement conjoints et prioritaires de l'ARS, des acteurs en santé et des usagers.

ORIENTATION STRATÉGIQUE N°1 : DÉVELOPPER LA PRÉVENTION, DANS UN OBJECTIF DE RÉDUCTION DES INÉGALITÉS DE SANTÉ

L'amélioration des indicateurs en santé d'une population passe principalement par la prévention³ et la promotion de la santé, c'est-à-dire l'action sur les déterminants de santé. Il a été montré, en effet, que la prévention pourrait contribuer à 85 % à la réduction de la mortalité prématurée.

Même si les indicateurs en santé de l'Aquitaine sont globalement favorables, certains d'entre eux, supérieurs aux taux nationaux, méritent une attention toute particulière : taux de mortalité prématurée liée au tabac (cardiopathies ischémiques et cancers du poumon), ivresses répétées chez les jeunes, taux d'accidents de la circulation liés à l'alcool, prévalence des affections psychiatriques). D'autres indicateurs en forte augmentation nous alertent : prévalence du diabète en lien avec la prévalence du surpoids et de l'obésité, taux de mortalité par cancer du poumon chez les femmes.

La part croissante des maladies chroniques dans le recours aux soins est également à prendre en compte, et particulièrement les affections cardiovasculaires qui sont les plus fréquentes.

Enfin, les disparités observées selon les catégories socio-professionnelles, que ce soit en matière d'indicateurs de mortalité ou de prévalence de l'obésité ou de l'HTA doivent conduire à une réflexion prioritaire sur les modalités de mise en œuvre d'une politique de prévention et de promotion de la santé efficace et accessible pour tous les publics.

Le souci d'efficacité nécessite, en outre, de mieux coordonner les actions des nombreux intervenants, de concentrer les actions sur des thématiques prioritaires et d'accroître pour le public la lisibilité et la cohérence des actions mises en œuvre.

3. LA PRÉVENTION DE LA MALADIE comprend des mesures qui visent non seulement à empêcher son apparition mais également à en arrêter la progression et à en réduire les conséquences.

Nous avons choisi de retenir la classification populationnelle de la prévention, centrée sur la participation du sujet ou de la population cible adaptée par le Pr J.L. San Marco * :

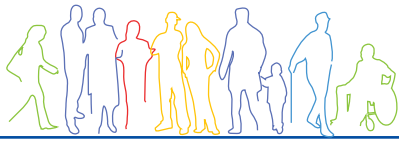
La prévention universelle, destinée à l'ensemble de la population, qui recouvre **l'éducation pour la santé**, nécessaire pour que la population puisse s'impliquer activement dans la mise en œuvre des actions de prévention et se les approprier.

La prévention orientée, destinée aux divers sous-groupes en fonction de leurs risques spécifiques – qu'existent ou non des facteurs de risque – correspond au champ classique de la **prévention des maladies** et repose à la fois sur des mesures extérieures et sur l'apprentissage de chacun à la gestion de ses propres risques.

La prévention ciblée s'adresse aux malades pour leur apprendre à gérer leur affection et son traitement : elle correspond à **l'éducation thérapeutique**.

LA PROMOTION DE LA SANTÉ, quant à elle, est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. Il s'agit de permettre aux individus de mieux maîtriser les **déterminants de la santé** et d'améliorer ainsi leur santé. Elle suppose en particulier des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus (**éducation pour la santé**) et utilise des méthodes fondées sur la **participation** des personnes et des groupes, sur l'implication des communautés et sur la mobilisation des ressources présentes sur chaque territoire.

(Source : * Dossier INPES, ARS- Promotion, prévention et programmes de santé- Sous la direction de F. Bourdillon- Août 2009)



Les objectifs spécifiques découlant de cette orientation stratégique sont les suivants :

1.1. Agir sur des déterminants de santé ayant en commun un impact fort sur les maladies chroniques, la mortalité prématurée et les inégalités de santé : alimentation, sédentarité, tabac, alcool

1.2. Structurer l'organisation en région en identifiant les rôles et responsabilités des différents acteurs (professionnels de santé, structures de santé, opérateurs associatifs...), à la fois au niveau régional et territorial, en cohérence avec les collectivités territoriales et les services de l'État

Assurer la lisibilité des dispositifs et mettre à disposition une information adaptée auprès des usagers (plate-forme d'information) et des actions de formation pour les acteurs

1.3. Privilégier des actions sur des territoires présentant des problématiques de santé et sociales importantes et auprès de publics prioritaires

- Petite enfance : dépistage précoce des handicaps, couverture vaccinale, surpoids et obésité
- Adolescents : promotion de la santé mentale et prévention des conduites addictives et à risque
- Populations en situation de vulnérabilité (personnes résidant en milieu rural isolé, en situation socio-économique précaires, migrants) : accès aux actions de prévention, notamment en matière de surpoids et d'obésité
- Personnes âgées : prévention de la dépendance dont dénutrition et activité physique

1.4. Lutter contre les inégalités environnementales par la mise en œuvre des actions du PRSE2 pour lequel l'ARS est pilote et veiller à la mise en œuvre des autres actions prescrites

La coordination des politiques publiques dans le domaine de la prévention

La coordination des acteurs au sein de la commission de coordination des politiques publiques du domaine de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail, de la protection maternelle et infantile doit permettre de favoriser l'atteinte de ces différents objectifs.

ORIENTATION STRATÉGIQUE N°2 : FACILITER UN ACCÈS ÉQUITABLE ET PERTINENT AUX SOINS ET AUX PRISES EN CHARGE MÉDICO-SOCIALES

Une mission essentielle de l'ARS est de garantir à la population une offre de soins suffisante et bien répartie sur le territoire, dans le domaine de la prévention, des soins ambulatoires, hospitaliers et dans le champ médico-social.

Dans ce cadre, l'organisation des soins de premier recours, tels que définis par la loi HPST, est un enjeu majeur. C'est en effet sur un accès satisfaisant aux soins de premier recours dans tous leurs aspects (prévention, dépistage, éducation thérapeutique, diagnostic, traitement et suivi, orientation dans le système de soins, éducation à la santé) que reposent, à la fois, l'amélioration de l'état de santé de la population et l'efficacité du système de santé. L'ARS aura donc à répondre, en priorité, à la problématique de l'accès aux médecins généralistes et aux soins spécialisés de premier recours, à la permanence des soins ambulatoires dans certaines zones rurales. L'accompagnement des projets de structures pluri-professionnelles, le développement des expérimentations de transferts de tâches et de nouveaux modes de rémunération complémentaires au paiement à l'acte, ainsi que la mise en œuvre des contrats d'engagement de service public peuvent contribuer à répondre à cet enjeu.

En matière d'offre médico-sociale, il existe des inégalités territoriales fortes, que ce soit en termes d'équipements ou de recours. La priorité pour l'ARS est de réduire les inégalités en matière d'offre et de favoriser le maintien à domicile et l'insertion en milieu ordinaire.

Dans le domaine sanitaire, les opérations de reconfigurations hospitalières doivent être poursuivies dans un objectif d'amélioration de la performance.

L'accès aux soins des personnes les plus démunies fait l'objet d'un programme spécifique à travers le PRAPS. Mais les difficultés d'accès aux soins et aux dispositifs d'accompagnement médico-sociaux pour raisons socio-économiques, qui touchent une part importante de la population, devront faire l'objet d'une surveillance attentive, afin de mettre en place des actions adaptées avec les différents partenaires concernés (ordres professionnels, établissements, conseils généraux...).

Les difficultés identifiées dans le parcours de soins et de vie sont souvent liées à des défauts de coordination. Une étroite coordination est nécessaire entre les acteurs pour apporter les réponses les plus cohérentes et les plus adaptées.

Ce découplage revêt une importance particulière dans l'accompagnement du handicap ou de la perte d'autonomie, ainsi que dans la prise en charge des troubles psychiques et psychiatriques.

Les objectifs spécifiques découlant de cette orientation stratégique sont les suivants :

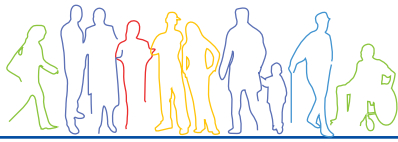
2.1. Organiser l'accès aux soins et aux prises en charge de premier recours

- > Engager le processus d'une meilleure répartition géographique des professionnels de santé
- > Promouvoir des cadres d'exercices diversifiés, adaptés aux souhaits des jeunes professionnels de santé, et favoriser des expérimentations de transfert de tâches et de nouvelles organisations
- > Structurer la permanence des soins ambulatoires

2.2. Assurer une offre performante en éducation thérapeutique sur ces différentes thématiques au travers de programmes d'éducation thérapeutique équitablement répartis sur les territoires

2.3. Réduire les inégalités territoriales en matière d'équipements et de services au niveau infrarégional

- > Améliorer la répartition territoriale en matière d'équipements et services médico-sociaux pour personnes âgées et personnes porteuses d'un handicap, en priorisant les territoires les moins dotés
- > Concernant les établissements de santé
 - Rééquilibrer l'offre régionale, notamment en matière de SSR
 - Poursuivre les actions de coopération, complémentarité et regroupement des établissements de santé, dans un objectif d'amélioration de la performance des organisations et de maintien d'une offre de proximité



2.4. Contribuer à limiter les inégalités socio-économiques d'accès aux soins

2.5. Améliorer la pertinence et la continuité des parcours

- > Faciliter la vie à domicile (personnes âgées, personnes handicapées, personnes atteintes de maladies chroniques), notamment en privilégiant le développement des services d'intervention à domicile
- > Poursuivre le développement des alternatives à l'hospitalisation et éviter les hospitalisations non justifiées

La coordination des politiques publiques dans le domaine des prises en charge médico-sociales

La coordination des acteurs au sein de la commission de coordination dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux permettra de favoriser l'atteinte de ces objectifs. Sera particulièrement recherchée, l'articulation avec les schémas départementaux médico-sociaux.

ORIENTATION STRATÉGIQUE N°3 : RENFORCER LA QUALITÉ DES SOINS ET DES PRISES EN CHARGE ET LA CAPACITÉ À FAIRE FACE AUX CRISES

Les structures et professionnels de santé et l'ARS doivent prioritairement apporter à toute la population des garanties en matière de sécurité et qualité des soins et des prises en charge médico-sociales.

La diffusion d'une culture de sécurité à tous les niveaux (usagers, professionnels de santé) est un outil d'amélioration de l'atteinte de qualité et de sécurité globale des soins. Les savoirs nécessaires existent dans la région, mais les compétences sont dispersées et les actions menées insuffisamment coordonnées. Il convient pour cela de mettre en place des actions et organisations pertinentes, participatives et coordonnées, associant professionnels et usagers.

Le repérage des situations de crise participe à l'efficience du dispositif de prise en charge en diminuant les hospitalisations indues, parfois délétères pour les patients, et à l'amélioration du maintien à domicile.

Cet accompagnement à domicile suppose que les aidants soient assistés par un certain nombre de dispositifs de répit et de formations qui restent à conforter, en particulier dans le domaine de la maladie d'Alzheimer.

La veille sanitaire et la gestion des crises sanitaires sont des enjeux majeurs pour l'ARS, qui imposent une préparation sans faille pour garantir la validation et le traitement des signaux et la réponse aux crises. Ceci nécessite de structurer et renforcer l'organisation régionale, en articulation forte avec les acteurs que sont les établissements, les professionnels de santé et en lien étroit avec les autorités préfectorales. Le positionnement de l'ARS Aquitaine en tant qu'ARS de la zone de défense Sud-ouest est également à prendre en compte.

Les objectifs spécifiques découlant de cette orientation stratégique sont les suivants :

3.1. Garantir la qualité et la sécurité des soins et des prises en charge

- > Mener des actions pour la diminution des risques évitables liés aux soins, aux dispositifs médicaux et à l'utilisation des médicaments
- Impulser des programmes régionaux d'actions de prévention des risques liés aux soins à destination des professionnels de santé (formation, partages d'expérience) et des usagers (information sur les risques médicamenteux en particulier)
- Améliorer la culture du signalement au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux et parmi les professionnels de santé libéraux
- > Prévenir et mieux gérer les situations de décompensation à domicile et en EHPAD, en particulier en matière de santé mentale, afin d'éviter les hospitalisations indues
- > Poursuivre la promotion des actions et des dispositifs de prévention de la maltraitance en institution et à domicile
- > Garantir la mise en place de projets de vie individualisés pour les personnes hébergées dans les établissements médico-sociaux
- > Améliorer la qualité de vie des aidants en proposant des structures de répit

3.2. Améliorer la veille sanitaire et la gestion des crises

- > Organiser la veille sanitaire et la gestion partagée des événements entre tous les partenaires au sein de l'ARS
- > Améliorer la gestion des crises sanitaires au niveau régional et zonal : renforcer la préparation, la coordination, l'implication des acteurs et des institutions partenaires



ORIENTATION STRATÉGIQUE N°4 : AMÉLIORER LA TRANSVERSALITÉ, LA LISIBILITÉ, LA COHÉRENCE ET LA CAPACITÉ D'ADAPTATION DU SYSTÈME DE SANTÉ RÉGIONAL

L'évolution démographique avec le vieillissement de la population, l'évolution de la morbidité avec la prééminence des maladies chroniques, nécessitent une adaptation du système de santé.

Les formations, initiales ou continues, dispensées aux professionnels amenés à prendre en charge les personnes dans le cadre de soins ou d'accompagnements, particulièrement dans les domaines des personnes âgées, des personnes handicapées et des maladies chroniques sont à développer pour répondre à ces nouveaux enjeux.

Le développement d'actions coordonnées mobilisant les différents acteurs (prévention, soins ambulatoires, soins hospitaliers, prise en charge médico-sociale, accompagnement social) mérite d'être approfondi pour assurer un parcours de soins optimal du patient et une prise en charge de qualité et efficiente.

La fluidité des parcours doit être d'autre part facilitée par la mise en place de dispositifs d'observation permettant d'analyser les besoins et les points de blocage au long de ces parcours et par la mise à disposition d'informations auprès des acteurs et des usagers facilitant l'orientation dans le système de santé.

Les objectifs spécifiques découlant de cette orientation stratégique sont les suivants :

4.1. Améliorer la connaissance des besoins et des parcours en santé par la mise en place et l'optimisation des dispositifs d'observation (registre, plate-forme d'observation...) dans les domaines

- > de la périnatalité-petite enfance
- > du handicap
- > des maladies chroniques

4.2. Promouvoir la qualité de l'information

- > Assurer la lisibilité des dispositifs en place dans les domaines du soin et des accompagnements
- Information des usagers
- Information des acteurs
- > Améliorer le partage des informations produites entre les acteurs de santé eux-mêmes et les acteurs des secteurs médico-social et social

4.3. Adapter les formations initiale et continue de professionnels de santé, particulièrement dans les domaines de la gériatrie, du handicap et de la santé mentale

4.4. Favoriser la fluidité des parcours entre la prévention, les soins ambulatoires, les soins hospitaliers, l'accompagnement médico-social ou social, et le retour à domicile ou dans l'établissement, substitut du domicile

- Renforcer les coordinations entre les acteurs, particulièrement pour les personnes souffrant de troubles psychiques ou psychiatriques, les personnes âgées ou en situation de handicap, ainsi que pour les personnes en situation d'exclusion sociale
- Développer les structures et les outils facilitant cette coordination (réseaux de santé, structures pluridisciplinaires, télémédecine...)

La coordination des politiques publiques dans le domaine des vigilances, de la sécurité, de la qualité de soins et de la qualité de vie

La coordination des acteurs au sein de la commission de coordination des politiques publiques dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux permettra de favoriser l'atteinte de ces objectifs, notamment pour le partage d'information, l'articulation avec les schémas départementaux médico-sociaux pour les dispositifs d'aide aux aidants, d'information des usagers.

Dans le domaine de la veille et sécurité sanitaire, l'ARS apporte son concours à l'autorité préfectorale dans le cadre des protocoles conclus avec les préfets de départements.

Dans un cadre plus général, la coordination avec les politiques publiques fait intervenir d'autres acteurs : ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance), ASIP (Agence des Systèmes d'Information Partagés de santé), ENRS (Espace Numérique Régional de Santé), OMEDIT (Observatoire des Médicaments, des Dispositifs médicaux et des Innovations Thérapeutiques), CCECQA (Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine).





Les modalités de suivi et d'évaluation



Sommaire

- Organisation prévisionnelle 26
- Méthode et outils..... 26
- Tableau de bord de suivi du PSRS..... 27
- Orientation stratégique n°1 :
développer la prévention, dans un objectif
de réduction des inégalités de santé 28
- Orientation stratégique n°2 :
faciliter un accès équitable et pertinent
aux soins et aux prises en charge
médico-sociales 29
- Orientation stratégique n°3 :
renforcer la qualité des soins et des prises
en charge et la capacité à faire face
aux crises..... 30
- Orientation stratégique n°4 :
améliorer la transversalité, la lisibilité,
la cohérence et la capacité d'adaptation
du système de santé régional : 31

Afin de conduire de manière optimale le PRS, une démarche de suivi et d'évaluation sera mise en œuvre dès le démarrage de l'élaboration des schémas d'organisation. Dans cette perspective, un processus d'évaluation peut être conduit à chacun de ces niveaux selon des méthodes spécifiques. L'évaluation du PRS n'est pas seulement la somme de l'évaluation des programmes et schémas qui le composent, de même que l'évaluation d'un programme ne peut pas se résumer à l'évaluation de ses différentes actions.

Cette démarche est essentielle pour s'assurer de l'efficacité de la politique de santé menée par l'ARS Aquitaine et apporter si nécessaire des ajustements tout au long de l'élaboration et de la mise en œuvre du PRS. Mener à bien le suivi et l'évaluation garantit par ailleurs la transparence vis-à-vis des partenaires et permet de rendre compte, à tout moment, de l'état d'avancement des schémas et des programmes d'actions.

ORGANISATION PRÉVISIONNELLE

La démarche de suivi et d'évaluation sera assurée par l'équipe de pilotage interne à l'ARS réunissant les pilotes des différents schémas et programmes. Elle suivra l'état d'avancement du PRS, s'assurera de la cohérence globale et devra veiller à ce que les principales préconisations des différents schémas et programmes soit associée à des indicateurs

Il est prévu en Aquitaine une évaluation en deux temps :

- > évaluation à mi-parcours (fin 2013 / début 2014) qui permettra d'effectuer un premier bilan de la politique régionale et d'apporter les ajustements nécessaires (révision de son contenu, amélioration des procédures de mise en œuvre, communication...).
- > évaluation en fin de parcours (2015) qui sera indispensable pour rendre compte de la politique menée et formuler des recommandations pour l'élaboration du prochain PRS.

MÉTHODE ET OUTILS

Sur le plan méthodologique, l'ARS Aquitaine s'appuiera sur une approche quantitative au travers d'indicateurs permettant de mesurer l'atteinte des objectifs stratégiques du PSRS. Afin de disposer d'une évaluation de l'ensemble du PRS, il conviendra également de définir des indicateurs de suivi des différents schémas et programmes, dès le stade de leur élaboration. Ces indicateurs de suivi seront prioritairement issus du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) de l'ARS Aquitaine. Par ce biais, la cohérence avec les dispositifs de pilotage national est privilégiée et le travail d'évaluation est facilité en évitant les doubles recueils d'information.

Les indicateurs de résultats du PSRS sont présentés dans le tableau de bord, ci-après, par orientation stratégique et par objectif spécifique.

Une approche qualitative viendra compléter le recueil d'indicateurs dans l'objectif de confronter les résultats du PRS à l'avis des usagers et des acteurs de santé. Dans cette perspective, il conviendra de mobiliser différentes instances de concertation. La CRSA, les conférences de territoire et les commissions de coordination seront ainsi sollicitées.

Plusieurs outils accompagneront cette démarche d'évaluation et seront diffusés régulièrement :

- > tableau de bord de pilotage à destination de la CRSA et du comité pilotage interne de l'ARS
- > bilan d'étape annuel
- > bilan d'étape intermédiaire pour l'évaluation à mi-parcours
- > bilan complet au terme des cinq ans

D'autres outils pourront être mobilisés :

- > relevés de décisions des différentes instances
- > enquêtes d'opinion auprès des usagers et des acteurs de santé à mi-parcours et au terme des cinq ans
- > entretiens individuels ou collectifs
- > analyse de documents internes à l'ARS ou externes

Compte tenu des délais impartis, il est proposé que la démarche d'évaluation soit approfondie au cours de l'année 2011 et présentée dans un document spécifique annexé au PSRS dans lequel seront définis le champ de l'évaluation, son dispositif et ses étapes-clés (planification, réalisation des travaux et diffusions des résultats), sa stratégie (protocole et référentiel) et les questions évaluatives.

Le tableau de bord ci-après sera susceptible d'évoluer et d'être complété à l'issue de l'ensemble des travaux de préparation des schémas.

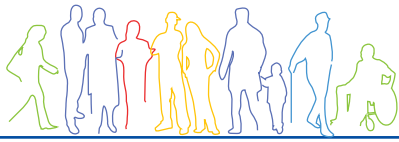


TABLEAU DE BORD DE SUIVI DU PSRS

RAPPELS DE DEFINITION

L'article R. 1434-2 du Code de la Santé Publique dispose que les PSRS doivent comporter un volet sur « l'organisation du suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre du projet régional de santé »

Principes et finalité...

Suivi

« Le suivi consiste à apprécier périodiquement le degré de déploiement des actions ou activités et à décrire les écarts observés au regard des résultats attendus dans le temps et dans l'espace ou par rapport à une norme. Il repose notamment sur la mise en place d'une observation adéquate, de tableaux de bord et d'indicateurs spécifiques. Il permet de faire des réajustements pour le pilotage des programmes.

Distinct de l'évaluation, le suivi est indispensable pour le pilotage des projets de santé publique. Il peut être considéré comme un temps 0 de l'évaluation, dans la mesure où les données qui en sont issues, de même que celles provenant des bilans, fournissent des éléments très utiles pour l'évaluation. »

Evaluation régionale des PRSP – quelques repères pour les acteurs – DGS, 2008

Evaluation

« L'évaluation vise à produire des connaissances sur les actions publiques, notamment quant à leurs effets, dans le double but de permettre aux citoyens d'en apprécier la valeur et d'aider les décideurs à en améliorer la pertinence, l'efficacité, l'efficience, la cohérence et les impacts. »

L'évaluation contribue ainsi à rationaliser la prise de décision publique, à moderniser la gestion de l'administration et des services publics et à rendre plus efficace la dépense publique. Elle contribue simultanément au développement de la responsabilité et des pratiques de compte rendu interne ou externe, ainsi qu'à l'apprentissage organisationnel. Elle participe aux progrès parallèles de la bonne gestion et du débat démocratique à tous les niveaux de gouvernement.

Ainsi définis, les enjeux de l'évaluation des politiques et programmes publics dépassent ceux de ses protagonistes directs et concernent l'ensemble des citoyens. L'évaluation doit être décidée, organisée et conduite en vue de l'intérêt général. C'est pour cela qu'elle doit s'exercer dans un cadre institutionnel explicite et que sa pratique doit être régie par des principes spécifiques.»

Charte de l'évaluation des politiques publiques et des programmes publics – SFE- 21 juin 2006

ORIENTATION STRATÉGIQUE 1 :

DÉVELOPPER LA PRÉVENTION, DANS UN OBJECTIF DE REDUCTION DES INÉGALITÉS DE SANTÉ

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	INDICATEURS
1.1. Agir sur des déterminants de santé ayant en commun un impact fort sur les maladies chroniques, la mortalité prématurée et les inégalités de santé : alimentation, sédentarité, tabac, alcool	- Production du rapport annuel du groupe d'évaluation du plan aquitain de lutte contre les maladies cardio-neuro-vasculaires avec le suivi des actions mises en œuvre et l'évolution des données épidémiologiques - Taux de mortalité prématurée évitable (CPOM aquitain 1.1. Chez les hommes, valeur initiale : 97,5 % / objectif : 84,7 % en 2013 – Chez les femmes, valeur initiale : 29,4 % / objectif : 28,4 % en 2013²) - Usage quotidien du tabac chez les jeunes de 17 ans : amener la prévalence du tabagisme quotidien (32 % en 2008) au taux national de 29 %
1.2. Structurer l'organisation en région en identifiant les rôles et responsabilités des différents acteurs (professionnels de santé, structures de santé, opérateurs associatifs...), à la fois au niveau régional et territorial, en cohérence avec les collectivités territoriales et les services de l'État Assurer la lisibilité des dispositifs et mettre à disposition une information adaptée auprès des usagers (plate-forme d'information) et des actions de formation pour les acteurs	- Mise à disposition d'un document recensant l'ensemble des acteurs et leur rôle, fin 2012
1.3. Privilégier des actions sur des territoires présentant des problématiques de santé et sociales importantes et auprès de publics prioritaires	
• Petite enfance : dépistage précoce des handicaps, couverture vaccinale, surpoids et obésité	- Taux de dépistage de la surdité chez les nouveaux-nés (passer de 60 % à 100 % des nouveaux-nés d'ici 2015) - Taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (CPOM Aquitain 2.4. – valeur initiale : 85 % / objectif : 95 % d'ici 2013)
• Adolescents : promotion de la santé mentale, et prévention des conduites addictives et à risque	- Prévalence des ivresses répétées chez les jeunes de 17 ans : diminution du taux de 30 % à 26 %, valeur nationale - Consommation de cannabis chez les jeunes de 17 ans : diminution du taux de 9 % à 7,3 %
• Populations en situation de vulnérabilité (personnes résidant en milieu rural isolé, en situation socio-économique précaire, migrants) : accès aux actions de prévention, notamment en matière de surpoids et d'obésité	- Nombre d'actions spécifiques menées en direction des populations en situation de vulnérabilité pour le dépistage du cancer du sein, supérieur à un seuil à déterminer dans le cadre du schéma régional de prévention - Taux global de dépistage du cancer du sein (CPOM aquitain 2.4 - valeur initiale : 59,8 % / objectif : 65 % d'ici 2013) - Prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants à l'entrée en CP (CPOM aquitain 2.2. - valeur initiale : 9,35 % / objectif : 9,20 % d'ici 2013)
• Personnes âgées : prévention de la dépendance dont dénutrition et activité physique	- Pourcentage de personnes âgées hébergées en EHPAD dénutries (éléments chiffrés à compléter)
1.4. Lutter contre les inégalités environnementales par la mise en œuvre des actions du PRSE2 pour lequel l'ARS est pilote et veiller à la mise en œuvre des autres actions prescrites	- Nombre d'unités de distribution d'eau alimentant en eau potable, présentant de manière récurrente des dépassements des limites de qualité (CPOM Aquitain 3.2. – valeur initiale : 56 / objectif : 28 d'ici 2013) - Nombre de logements ayant fait l'objet d'une évaluation sanitaire ayant conduit à une procédure d'insalubrité au titre du Code de la Santé Publique (CPOM Aquitain 4.2. – valeur initiale : 25 / objectif : 33 d'ici 2013)

2. Les objectifs fixés par le CPOM aquitain 2010-2013 seront révisés en fonction du futur CPOM



ORIENTATION STRATÉGIQUE 2 :

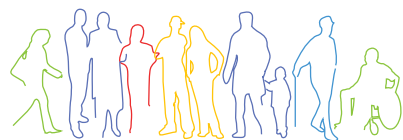
FACILITER UN ACCÈS ÉQUITABLE ET PERTINENT AUX SOINS ET AUX PRISES EN CHARGE MÉDICO-SOCIALES

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	INDICATEURS
2.1. Organiser l'accès à la médecine de 1^{er} recours	
Engager le processus d'une meilleure répartition géographique des professionnels de santé	Part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure à 30 % de la moyenne nationale (CPOM Aquitain 4.1. – valeur initiale : 1,8 % / objectif : 1,7 % d'ici 2013)
Promouvoir des cadres d'exercices diversifiés adaptés aux souhaits des jeunes professionnels de santé et favoriser des expérimentations de transfert de tâches et de nouvelles organisations	Nombre de structures d'exercice collectif en milieu ambulatoire pour 100 000 habitants (maisons de santé, centres de santé) (CPOM Aquitain 6.7. - valeur initiale : 0,031 / objectif : 0,28 d'ici 2013)
Structurer la permanence des soins ambulatoires	Part des patients relevant du niveau 1 de la CCMU (classification clinique des malades des urgences) dans les passages aux urgences pendant la permanence des soins (CPOM Aquitain 7.1. - indicateur à construire)
2.2. Assurer une offre performante en éducation thérapeutique au travers de programmes d'éducation thérapeutique équitablement répartis sur les territoires	Réduction des écarts territoriaux dans l'offre d'éducation thérapeutique (valeur à chiffrer) mesurés par le nombre de programmes d'ETP par territoire pour 100 000 habitants pour les principales maladies chroniques (cardiovasculaires, diabète, pathologies respiratoires, maladies psychiques)
2.3. Réduire les inégalités territoriales en matière d'équipements et de services au niveau infrarégional	
Améliorer la répartition territoriale en matière d'équipements et services médico-sociaux pour personnes âgées et personnes porteuses d'un handicap, en priorisant les territoires les moins dotés	- Ecarts intra régionaux d'équipements en établissements sociaux et médico-sociaux mesurés à partir des dépenses d'assurance maladie rapportée à la population cible (personnes handicapées de 0 à 59 ans et personnes âgées de 75 ans et plus) (CPOM aquitain 4.5. // Pour les personnes âgées : valeur initiale : 8,2 % / objectif 2013 : 6,5 % // Pour les personnes handicapées : valeur initiale : 29,3 % / objectif 2013 : 25 %) - Taux d'évolution des places installées pour enfants et adultes avec autisme et autres troubles envahissants du développement (TED) (CPOM aquitain 9.2. – valeur initiale : 6,8 % / objectif : 20 % d'ici 2013)
Concernant les établissements de santé	
> Rééquilibrer l'offre régionale, notamment en matière de SSR	Réduction des écarts territoriaux de taux de recours (valeur à chiffrer dans le schéma régional d'organisation des soins)
> Poursuivre les actions de coopération, complémentarité et regroupement des établissements de santé, dans un objectif d'amélioration de la performance des organisations et de maintien d'une offre de proximité	Création d'1 Communauté hospitalière de territoire (CHT) par territoire de santé
2.4. Contribuer à limiter les inégalités socio-économiques d'accès aux soins	- Mise en place d'un dispositif d'observation des difficultés d'accès aux soins en lien avec les associations d'usagers avant 2014 - Indicateurs à construire : à partir de la fiche d'évaluation des PASS et des données recueillies par les organismes intervenant auprès des personnes en situation de précarité (Médecins du Monde...)
2.5. Améliorer la pertinence et la continuité des parcours	
Faciliter la vie à domicile (personnes âgées, personnes handicapées, personnes atteintes de maladies chroniques), notamment en privilégiant le développement des services d'intervention à domicile	Part des services dans l'offre globale médico-sociale (CPOM Aquitain 6.3. // Pour les personnes âgées : valeur initiale : 15,8 % / objectif : 17,5 % d'ici 2013 // Pour les personnes handicapées : 21,5 % / objectif : 23,5 % d'ici 2013)
Poursuivre le développement des alternatives à l'hospitalisation et éviter les hospitalisations évitables	- Nombre de journées en HAD pour 10 000 habitants (CPOM Aquitain 6.6. – valeur initiale : 593 / objectif : 617 d'ici 2013) - Taux de pratique de la chirurgie ambulatoire (17 gestes marqueurs) (CPOM Aquitain 6.4. – valeur initiale : 80,1 % / objectif : 85 % d'ici 2013)

ORIENTATION STRATÉGIQUE 3 :

RENFORCER LA QUALITE DES SOINS ET DES PRISES EN CHARGE ET LA CAPACITE A FAIRE FACE AUX CRISES

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	INDICATEURS
3.1. Garantir la qualité et la sécurité des soins et des prises en charge	
Mener des actions pour la diminution des risques évitables liés aux soins, aux dispositifs médicaux et à l'utilisation des médicaments	
> Impulser des programmes régionaux d'actions de prévention des risques liés aux soins à destination des professionnels de santé (formation, partages d'expérience) et des usagers (information sur les risques médicamenteux, en particulier)	- Score agrégé du tableau de bord des infections nosocomiales (objectif : supérieur à 80 % d'établissements classés A en 2015) - Nombre moyen de médicament par ordonnance des sujets âgés de plus de 75 ans
> Améliorer la culture du signalement au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux et parmi les professionnels de santé libéraux	Pourcentage d'établissements ayant mis en place un management du risque médicamenteux (CPOM aquitain 9.3. – objectif : +10 % par rapport à 2012 en 2013)
Prévenir et mieux gérer les situations de décompensation à domicile et en EHPAD, en particulier en matière de santé mentale, afin d'éviter les hospitalisations indues	- Part des séjours de médecine et chirurgie pour lesquels les patients de 75 ans et plus sont arrivés par les services d'urgence (indicateur à construire) - Proportion d'interventions des équipes mobiles de gériatrie auprès des EHPAD et des SSIAD (augmentation de 10 points /an jusqu'à 50 % en 2015)
Poursuivre la promotion des actions et des dispositifs de prévention de la maltraitance en institution et à domicile	Indicateurs à construire
Garantir la mise en place de projets de vie individualisés pour les personnes hébergées dans les établissements médico-sociaux	- Taux d'établissements ayant mise en place un projet de soins incluant un projet de vie (objectif : 100 % d'ici 2015) - Pourcentage de personnes avec un projet de vie individualisé par rapport au nombre de personnes accueillies (objectif : 100 % d'ici 2015)
Améliorer la qualité de vie des aidants en proposant des structures de répit	- Réduction des écarts territoriaux de taux d'équipement en accueil de jour qui sont actuellement de 50 % (valeur à chiffrer) - Taux d'équipement en hébergement temporaire par territoire (écart actuel : 1,09 à 1,72 places pour 1 000 personnes de 75 ans et plus)
3.2. Améliorer la veille sanitaire et la gestion des crises	
Organiser la veille sanitaire et la gestion partagée des événements entre tous les partenaires au sein de l'ARS	Mise en place de la plateforme de veille et d'urgence sanitaire
Améliorer la gestion des crises sanitaires au niveau régional et zonal : renforcer la préparation, la coordination, l'implication des acteurs et des institutions partenaires	Pourcentage des plans nationaux de veille et sécurité sanitaire déclinés au niveau régional et ayant fait l'objet d'une révision dans l'année (CPOM aquitain 3.1. – objectif : 100 % d'ici 2013)



ORIENTATION STRATÉGIQUE 4 :

AMELIORER LA TRANSVERSALITE, LA LISIBILITE, LA COHERENCE ET LA CAPACITE D'ADAPTATION DU SYSTEME DE SANTE REGIONAL

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	INDICATEURS
4.1. Améliorer la connaissance des besoins et des parcours en santé par la mise en place et l'optimisation des dispositifs d'observation (registre, plate-forme d'observation...) dans les domaines :	
• de la périnatalité-petite enfance • du handicap • des maladies chroniques	- Organisation de la mise à disposition de l'ensemble des données dans ce domaine et analyses partagées. Travaux à engager d'ici fin 2011 avec les acteurs concernés (conseils généraux, réseau Périnat Aquitaine, santé scolaire, espace numérique régional en santé)
4.2. Promouvoir la qualité de l'information	
• Assurer la lisibilité des dispositifs en place dans les domaines du soin et des accompagnements	
> Information des usagers	- Nombre annuel de thématiques faisant l'objet d'un plan d'information (1 minimum /an) - Nombre de consultations des pages concernées
> Information des acteurs	- Nombre de dispositifs faisant l'objet d'une information accessible aux professionnels
• Améliorer le partage des informations produites entre les acteurs de santé eux-mêmes et les acteurs des secteurs médico-social et social	
4.3. Adapter les formations initiale et continue de professionnels de santé, particulièrement dans les domaines de la gériatrie, du handicap et de la santé mentale	- indicateurs à construire
4.4 Favoriser la fluidité des parcours entre la prévention, les soins ambulatoires, les soins hospitaliers, l'accompagnement médico-social ou social, et le retour à domicile ou dans l'établissement, substitut du domicile	
• Renforcer les coordinations entre les acteurs, particulièrement pour les personnes souffrant de troubles psychiques ou psychiatriques, les personnes âgées ou en situation de handicap, ainsi que pour les personnes en situation d'exclusion sociale	- Pourcentage de conventions de coopération signées entre les équipes mobiles gériatriques et les EHPAD par territoire de compétence des équipes mobiles (objectif : 50 % des EMOG d'ici 2015) - Pourcentage de conventions de coopérations signées entre les établissements de santé et les établissements médico-sociaux accueillant des personnes handicapées (objectif : 50 % des établissements de santé d'ici 2015) - Nombre de conventions signées avec les psychiatres par EHPAD (indicateur à construire) - Taux de réponses du secteur psychiatrique aux sollicitations des établissements médico-sociaux (indicateur à construire) - Nombre de conventions de coopérations signées entre les établissements médico-sociaux et services accueillant des personnes handicapées, et les établissements de psychiatrie (CHS, CMP, équipe mobile) (objectif : 50 % des établissements médico-sociaux d'ici 2015)
• Développer les structures et les outils facilitant cette coordination (réseaux de santé, structures pluridisciplinaires, télémedecine...)	- Nombre de réseaux de proximité installés (un par département d'ici 2015) - Mise en place de l'outil TRAJECTOIRE



ANNEXE 1

Etat de santé de la population en Aquitaine



Sommaire

➤ Démographie	34
➤ État de santé	37
➤ Les déterminants de santé	60
➤ Les déterminants socio-économiques	69
➤ Les inégalités socio-sanitaires	71
➤ Surveillance des risques sanitaires	72

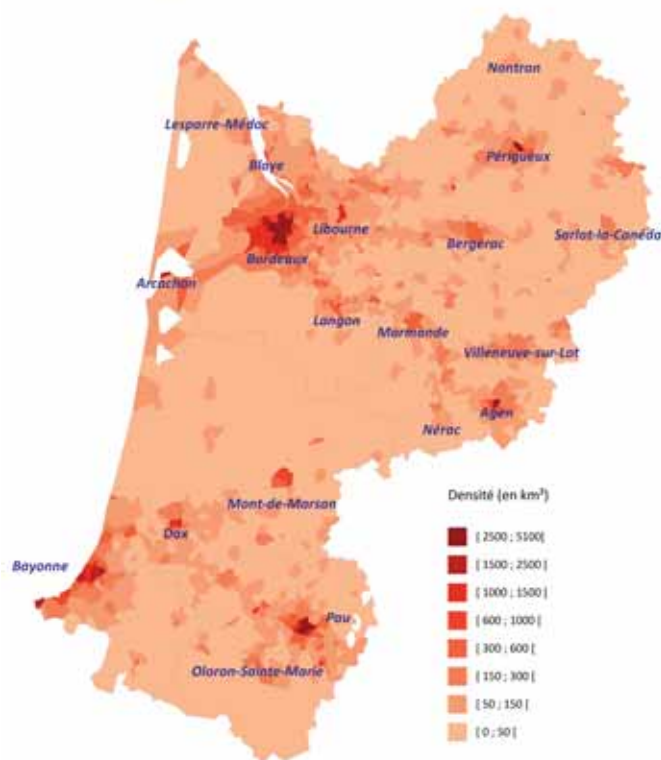
DÉMOGRAPHIE

DONNÉES DE POPULATION

Les estimations de population au 1^{er} janvier 2009 évaluent à 3 200 000 le nombre d'habitants, ce qui situe l'Aquitaine au 6^{ème} rang des régions les plus peuplées.

Avec une superficie de 41 300 km² (3^{ème} rang des régions) et trois départements les plus étendus de France (Gironde, Landes et Dordogne), la densité moyenne en Aquitaine (77 habitants par km²) est bien inférieure à la moyenne nationale (114). Cette densité varie fortement selon les départements, allant de 40 dans les Landes à 142 en Gironde.

- Densité de population en Aquitaine
Recensement de la population 2008



Fonds de cartes : Artique ©
Source : Insee, Recensement de la population 2008
Cartographie : ARS Aquitaine - PAS - Service études, statistiques et prospectives

ÉVOLUTION

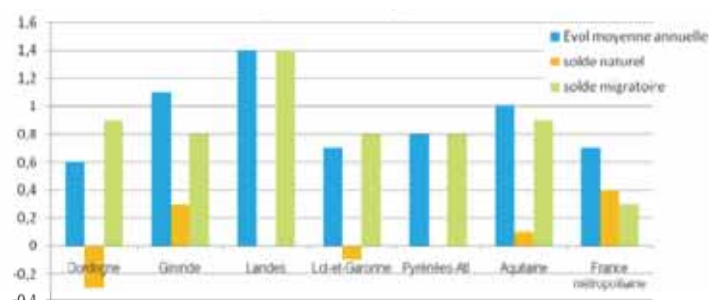
Depuis 1999, la croissance moyenne de la population de 1 % l'an contre 0,7 % pour la France métropolitaine situe l'Aquitaine au quatrième rang des régions à forte croissance démographique. Ce rythme de croissance a doublé par rapport à la période 1982-1999.

L'augmentation de la population aquitaine résulte essentiellement d'un solde migratoire positif. C'est la situation inverse de la France métropolitaine où le solde naturel (différence entre naissances et décès) contribue majoritairement à la croissance démographique.

La croissance la plus importante est observée dans les Landes. Comme dans les Pyrénées-Atlantiques, elle résulte uniquement du solde migratoire.

Le département de la Gironde est le seul à bénéficier d'un solde naturel positif.

- Taux d'évolution moyen annuel de la population entre 1999 et 2009



Source : Insee, exploitation : CREAHI d'Aquitaine

PROJECTIONS

Si les tendances démographiques récentes se maintiennent, l'Aquitaine comptera 3,7 millions d'habitants à l'horizon 2030, soit une progression de plus de 15 % par rapport à 2006.

La Gironde enregistrerait un gain de 20 % par rapport à 2007. Elle regrouperait alors 46 % de la population régionale. Le département des Landes aurait la plus forte croissance relative avec une progression de 26 %. L'augmentation de population serait plus modérée dans les Pyrénées-Atlantiques (proche de 14 %), en Dordogne et en Lot-et-Garonne (respectivement 10,5 % et 11,5 %).

URBANISATION

La population aquitaine est majoritairement urbaine (70 %) mais cette proportion reste inférieure à la moyenne nationale (82 %). Des disparités importantes existent entre départements (du simple au double entre les Landes et la Gironde).

Le tissu urbain est surtout concentré autour des trois principales agglomérations (unité urbaine de Bordeaux et agglomérations de Pau et Bayonne).

Des "linéaires urbains" apparaissent comme ceux de Bordeaux - Agen - Toulouse ou Pau - Bayonne avec un développement au nord en direction de Dax et Mont-de-Marsan.

Les évolutions montrent aussi une forte attraction démographique du littoral aquitain. En 30 ans, sa population a progressé deux fois plus que celle du territoire régional.

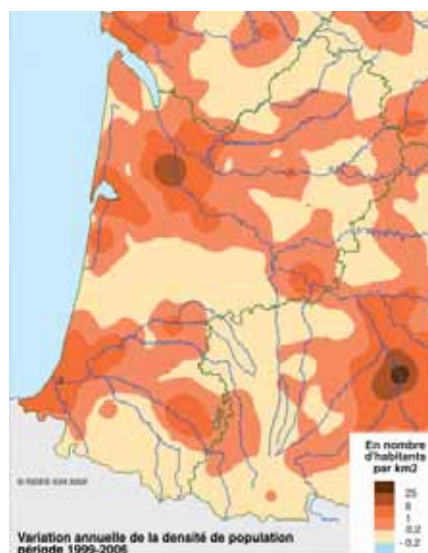
• Population vivant dans des pôles urbains ou périurbains

Département	Part de la population urbaine et périurbaine (en %)	Rang*
Dordogne	44,9	87
Gironde	85,1	26
Landes	39,2	90
Lot-et-Garonne	57,8	70
Pyrénées-Atlantiques	77,8	37
Moyenne Aquitaine	70,0	
Moyenne France métropolitaine	81,9	

Source : Insee - Recensements de la population 2007

* Rang sur 96 départements métropolitains

• Variation annuelle de la population 1999-2008



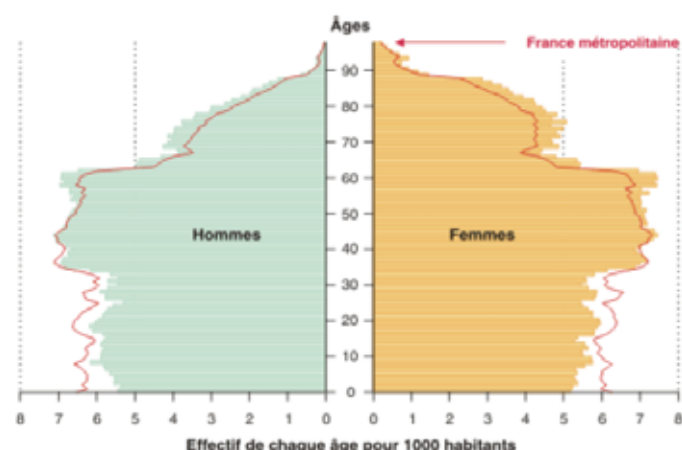
Source : Insee - Recensements de la population

STRUCTURE PAR ÂGE

La population de l'Aquitaine est caractérisée par un vieillissement plus marqué qu'au niveau national ; la pyramide des âges révèle ainsi une base plus resserrée jusque vers 30 ans et des effectifs proportionnellement plus importants à partir de 50 ans.

L'indice de vieillissement, rapport entre le nombre de personnes de 65 ans et plus et celui des personnes de moins de 20 ans, est particulièrement élevé en Dordogne et dans le Lot-et-Garonne (départements où les 65 ans et plus sont plus nombreux que les moins de 20 ans).

• Pyramide des âges de la région Aquitaine au 01/01/2009



Source : Insee - Estimations localisées de population

• Indice de vieillissement au 01/01/2009

Département	Indice	Rang*
Dordogne	116,9	5
Gironde	68,6	63
Landes	91,7	29
Lot-et-Garonne	102,2	14
Pyrénées-Atlantiques	93,7	27
Moyenne France métropolitaine	67,9	

Source : Insee - Estimations de population, Etat-Civil

* Rang sur 96 départements métropolitains

LES JEUNES DE MOINS DE 20 ANS

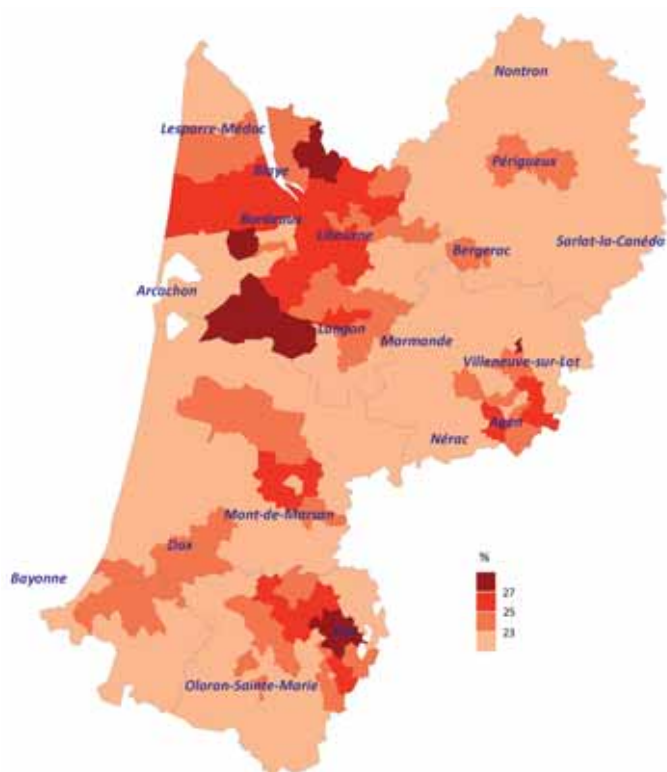
L'Aquitaine compte près de 23 % d'habitants âgés de moins de 20 ans contre près de 25 % en moyenne nationale.

Dans la région, le taux le plus élevé est observé en Gironde (24 %) et le plus faible en Dordogne.

Les Aquitains les plus jeunes vivent en priorité dans les zones urbaines.

Les plus fortes concentrations sont observées dans une zone débordant assez largement l'agglomération bordelaise (près de la moitié des jeunes aquitains vivent en Gironde) et sur le secteur palois.

- Part des personnes de moins de 20 ans par canton



Fonds de cartes : Artique ©
Source : Insee, Recensement de la population 2008
Cartographie : ARS Aquitaine - PAS - Service études, statistiques et prospectives

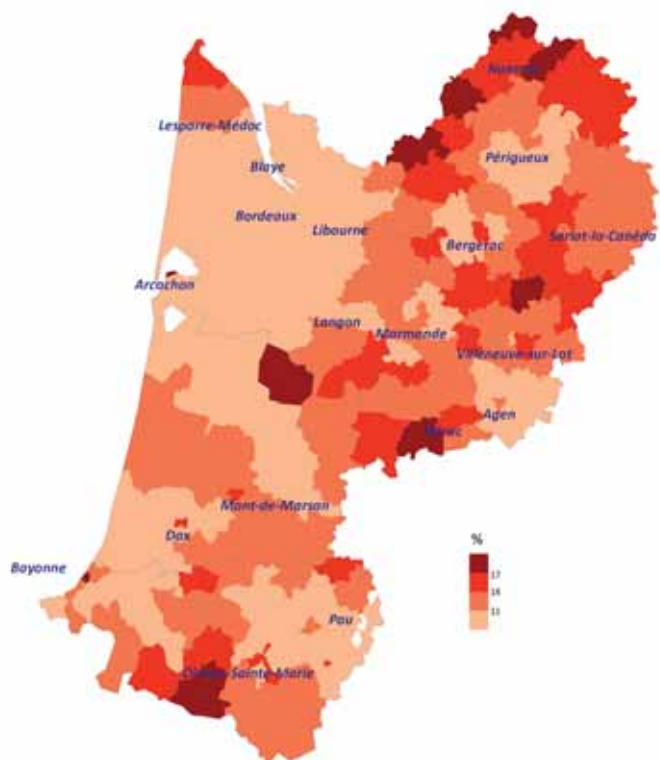
LES PERSONNES ÂGÉES DE 75 ANS ET PLUS

En Aquitaine, 328 000 personnes ont au moins 75 ans. Elles représentent 10 % de la population régionale (8,7 % de la population en 1999). Près des deux tiers sont des femmes, leur espérance de vie étant plus élevée que celle des hommes.

C'est en Dordogne et Lot-et-Garonne que le vieillissement est le plus marqué, tandis que la Gironde apparaît comme le département le plus jeune.

Le vieillissement est plus significatif dans l'espace rural, les personnes de 75 ans et plus représentant 12 % de la population des communes rurales contre 9 % dans les communes de l'espace urbain.

- Part des personnes de 75 ans ou plus par canton



Fonds de cartes : Artique ©
Source : Insee, Recensement de la population 2008
Cartographie : ARS Aquitaine - PAS - Service études, statistiques et prospectives

ÉTAT DE SANTÉ

ESPÉRANCE DE VIE

Entre 1999 et 2007, l'espérance de vie a progressé en Aquitaine de 75,3 à 77,9 ans pour les hommes et de 82,9 à 84,7 ans pour les femmes. Cette évolution contribue à une baisse du taux brut de mortalité : 10,5 décès pour 1 000 habitants en 1999 et 9,4 en 2007.

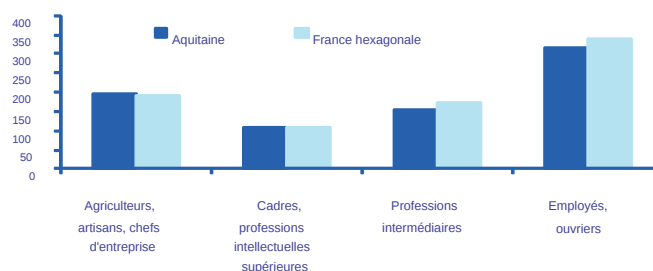
L'espérance de vie en 2007 était supérieure à la moyenne nationale pour les hommes (77,9 ans versus 77,5 ans en France) et pour les femmes (84,7 ans versus 84,3 ans en France).

L'Aquitaine se situait en 6^{ème} position des régions métropolitaines à espérance de vie la plus élevée pour les hommes (derrière l'Île de France, Midi-Pyrénées, Rhône-Alpes, PACA et la Corse) et en 7^{ème} position pour les femmes (derrière Rhône-Alpes, Midi-Pyrénées, Poitou-Charentes, Île de France, Pays de la Loire et la Corse).

INÉGALITÉS SOCIALES

Comme en France, les taux standardisés de mortalité des 25-54 ans montrent des différences importantes selon le groupe socioprofessionnel. Il existe des écarts de 1 à 3 entre la catégorie des employés / ouvriers et celle des cadres / professions intellectuelles supérieures.

- Taux standardisés de mortalité générale pour 1 000 000 hommes âgés de 25 à 54 ans selon le groupe socioprofessionnel en 1991-2005 (sans 1998)



Source : Inserm CédicD, Insee
Exploitation : FNORS, taux standardisée sur âge. Population de référence : population française

- Espérance de vie à la naissance en 2007 des hommes et des femmes (en années) : durée de vie moyenne - autrement dit l'âge moyen au décès - d'une génération fictive soumise aux conditions de mortalité de l'année étudiée.

> Espérance de vie des hommes en 2007

> Espérance de vie des femmes en 2007



Note : chaque quartile comprend un quart des régions préalablement rangées dans l'ordre croissant de l'indicateur présenté.

Source : Insee, état-civil (données domiciliées), estimations localisées de population.

- Espérance de vie en 2008

Département	A la naissance				A 60 ans			
	Homme	Rang*	Femme	Rang*	Homme	Rang*	Femme	Rang*
Dordogne	77,6	58	84,3	53	22,3	38	26,9	45
Gironde	78,2	33	84,8	28	22,3	39	27,2	25
Landes	78,0	37	84,2	55	22,3	43	26,7	58
Lot-et-Garonne	78,5	21	84,6	34	22,7	22	27,5	6
Pyrénées-Atlantiques	78,6	20	85,1	15	22,5	28	27,4	8
Aquitaine	78,2		84,7		22,4		27,2	
Moyenne France métropolitaine	77,6		84,2		22,0		26,7	

Source : Insee - Estimations de population, Etat-Civil
* Rang sur 96 départements métropolitains

LA MORTALITÉ GÉNÉRALE

Nombre de décès et taux de mortalité

Dans la région, en 2008, le nombre de décès est d'un peu plus de 30 000.

Les taux de mortalité sont 1,7 fois plus élevés chez les hommes : 1 092,2 décès pour 100 000 habitants que chez les femmes : 625,9 décès pour 100 000 habitants (taux comparatif sur la période 2005-2007).

Évolution

Depuis le début des années 1990, la mortalité générale diminue régulièrement, en Aquitaine comme en France, mais une stabilisation a été observée au début des années 2000.

Écarts intra régionaux

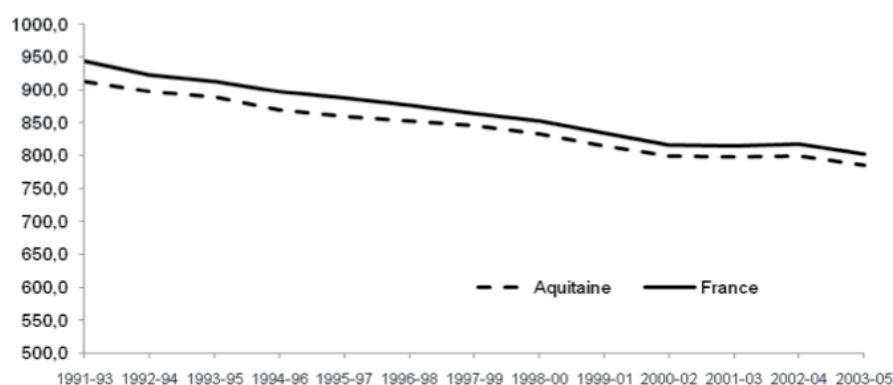
Les taux de mortalité les plus élevés concernent le territoire de la Dordogne : c'est le seul département de la région dont les taux sont supérieurs aux taux nationaux, tant pour les hommes (1 124,1) que pour les femmes (666,9) sur la période 2005-2007. La baisse de mortalité a en effet été moins marquée dans ce département qui bénéficiait sur la période 1995-1997, de taux inférieurs au taux nationaux.

Causes de mortalité

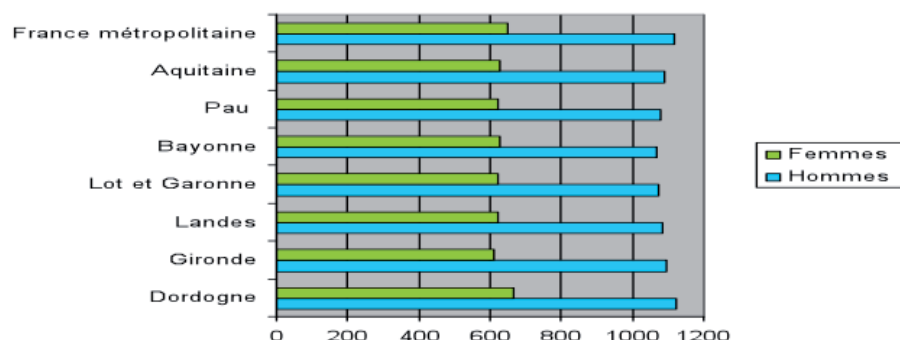
La répartition des causes de décès en Aquitaine est proche de celle observée au niveau national.

Toutefois, alors qu'en France, les tumeurs représentent la première cause de mortalité, ce sont les décès par maladies cardiovasculaires qui occupent la 1^{ère} place en Aquitaine.

- Évolution de la mortalité générale en Aquitaine et en France métropolitaine entre les périodes 1991-1993 et 2003-2005
Taux comparatif de mortalité (nombre de décès pour 100 000 habitants)



- Taux comparatif de mortalité 2005-2007
Nombre de décès pour 100 000 habitants



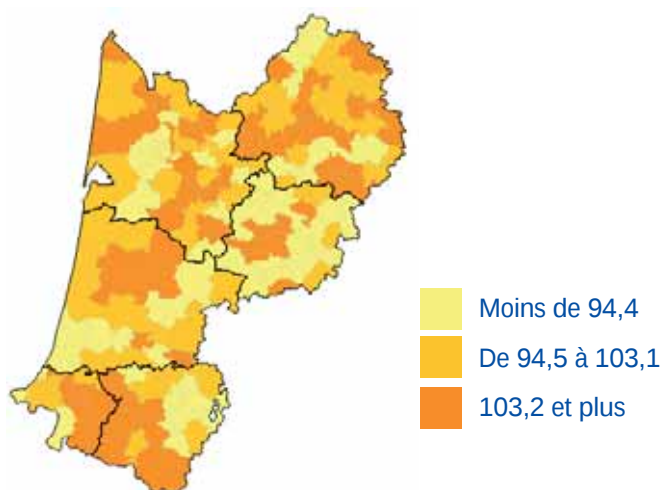
Source : Inserm (CépiCD)

• Nombre de décès selon les principales causes de décès en 2008

Causes de décès	Aquitaine Nombre de décès hommes	Aquitaine Nombre de décès femmes	Aquitaine Total décès	%	France métropolitaine Total décès	%
Maladies infectieuses	298	306	604	2,0	10 594	2,0
Tuberculose	11	9	20	0,1	642	0,1
SIDA et VIH	29	14	43	0,1	637	0,1
Hépatites virales	33	22	55	0,2	786	0,1
Tumeurs malignes	5 212	3 626	8 838	29,0	151 153	28,5
Poumon	1 337	408	1 745	5,7	30 140	5,7
Colon/rectum	514	488	1 002	3,3	16 913	3,2
Sein	15	655	670	2,2	11 798	2,2
Prostate	561		561	1,8	8 913	1,7
Maladies endocriniennes et métaboliques	515	624	1 139	3,7	19 415	3,7
Diabète	342	331	673	2,2	11 160	2,1
Appareil circulatoire	4 325	4 966	9 291	30,5	146 127	27,5
Cardiopathies ischémiques	1 273	913	2 186	7,2	37 526	7,1
Autres cardiopathies	1 297	1 845	3 142	10,3	44 998	8,5
Maladies cérébrovasculaires	885	1 205	2 090	6,9	32 181	6,1
Appareil respiratoire	866	835	1 701	5,6	32 621	6,1
Pneumonie	261	292	753	1,8	10 573	2,0
Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures	256	148	394	1,3	8 224	1,5
Asthme	18	39	57	0,2	909	0,2
Causes externes	1 263	819	2 082	6,8	36 673	6,9
Accidents de transport	180	49	229	0,8	4 234	0,8
Chutes accidentelles	154	143	297	1,0	5 517	1,0
Suicides	389	152	541	1,8	10 313	1,9
Symptômes mal définis	795	1 163	1 958	6,4	36 621	6,9
Autres causes	2 146	2 671	4 817	15,8	97 439	18,4
Total	15 420	15 010	30 430	100,0	530 643	100,0

Source : Inserm (CépiDC), année 2008

• Indice comparatif de mortalité générale par canton en 2001-2007
(France entière = 100)



Source : Inserm (CépiDC), Insee - Cartographie : ORSA

LA MORTALITÉ PRÉMATURÉE

Nombre de décès et taux de mortalité

En Aquitaine, au cours de la période 2005-2007, environ 5 400 aquitains sont décédés chaque année avant l'âge de 65 ans soit 18 % de l'ensemble des décès. Cette proportion est deux fois plus forte chez les hommes (24 %) que chez les femmes (12 %).

Globalement, la mortalité prématurée est un peu plus faible dans la région qu'en France métropolitaine, notamment chez les hommes avec un taux comparatif de 280,6 pour 100 000 habitants pour un taux national de 290,1 pour 100 000 habitants.

Évolution

La mortalité prématurée est en diminution depuis le début des années 1990, en Aquitaine comme en France et cette baisse est plus marquée chez les hommes. Au cours des dix dernières années, sa baisse a concerné tous les territoires, sauf en Lot-et-Garonne, où elle est restée relativement stable.

Écarts intra régionaux

Dans les territoires, une sous-mortalité plus marquée dans les deux sexes est observée pour Béarn-Soule.

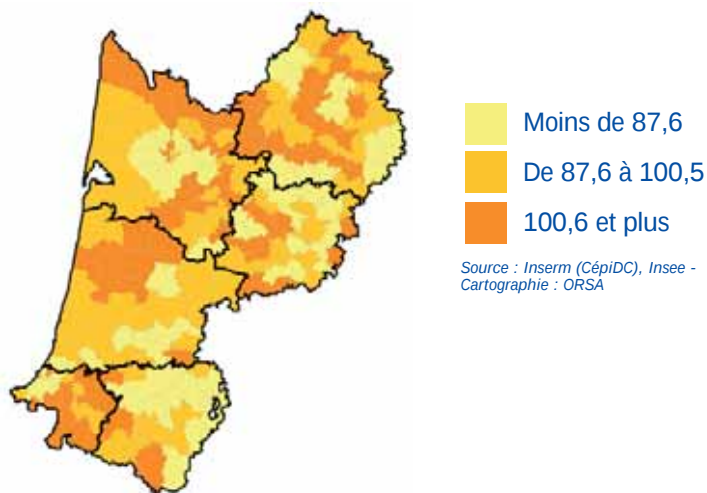
Les taux de mortalité les plus élevés se situent pour les hommes dans le territoire de Navarre-Côte Basque et pour les femmes en Dordogne.

Causes de mortalité

Comme en France, les tumeurs sont les principales causes de décès prématurés suivies des morts violentes et des maladies cardiovasculaires.

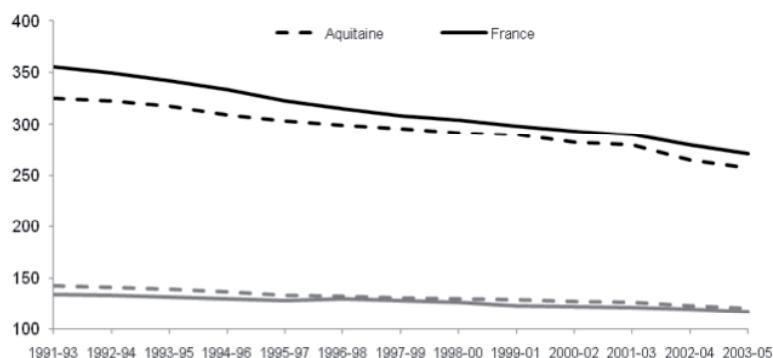
La mortalité prématurée est plus élevée en Aquitaine qu'au niveau national chez les hommes pour les cardiopathies, chez les femmes pour les maladies cérébrovasculaires et le cancer du sein et dans les deux sexes pour les cancers du poumon et les accidents de transport.

- Indice comparatif de mortalité prématurée par canton en 2001-2007
(France entière = 100)

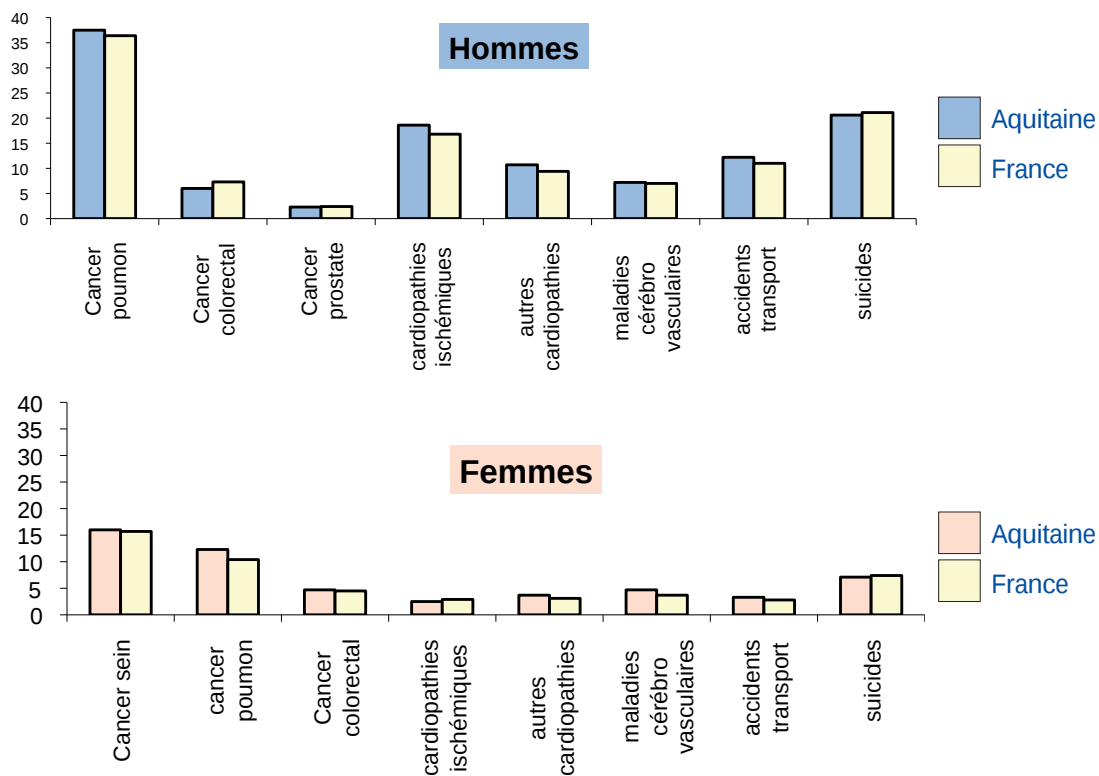


- Evolution de la mortalité prématurée en Aquitaine et en France métropolitaine entre les périodes 1991-1993 et 2003-2005

Taux comparatif de mortalité
(nombre de décès pour 100 000 habitants)



• Taux standardisé de mortalité prématurée en moyenne annuelle 2006-2008, Aquitaine



Source : Inserm (CépiDC), ORSA

LA MORTALITÉ PRÉMATURÉE ÉVITABLE

Au sein de la mortalité prématurée, un sous-ensemble de causes de décès a été constitué : la mortalité prématurée évitable. Elle entre dans le champ des pratiques de prévention primaire et regroupe les cancers des voies aérodigestives supérieures, de l'œsophage, du poumon, les psychoses alcooliques, les accidents de la circulation, les chutes accidentelles, les suicides et le sida. En France, un tiers des décès prématurés peuvent être considérés comme évitables par la modification de comportements à risque.

La mortalité prématurée évitable touche, chaque année, près de 1 800 Aquitains. Les trois quarts d'entre eux sont des hommes.

Elle est globalement un peu plus faible que dans l'ensemble de la France, avec un écart plus marqué chez les hommes (104,2 versus 109,4) que chez les femmes (31,4 versus 30,7).

Écarts intra régionaux

Dans les territoires, une nette sous-mortalité est observée pour Béarn-Soule alors que la Dordogne présente une mortalité supérieure à la moyenne nationale.

Pathologies

L'analyse des causes de mortalité avant 65 ans montre qu'il est possible d'agir sur les principales causes de décès prématurés chez les hommes comme chez les femmes à travers les maladies liées au tabac (cancer du poumon dans les deux sexes et cardiopathies ischémiques chez les hommes), les suicides et les accidents de transport.

• Part de la mortalité évitable dans l'ensemble des décès prématurés en 2005-2007 (en %)

	Dordogne	Gironde	Landes	Lot-et-Garonne	Navarre-Côte Basque	Béarn-Soule	Aquitaine	France métro.
Hommes	41,0	36,1	37,2	40,4	36,1	32,6	36,9	37,7
Femmes	27,6	22,9	27,1	24,6	26,5	22,8	24,6	23,8
Ensemble	36,6	31,8	34,0	35,3	33,1	29,6	33,0	33,3

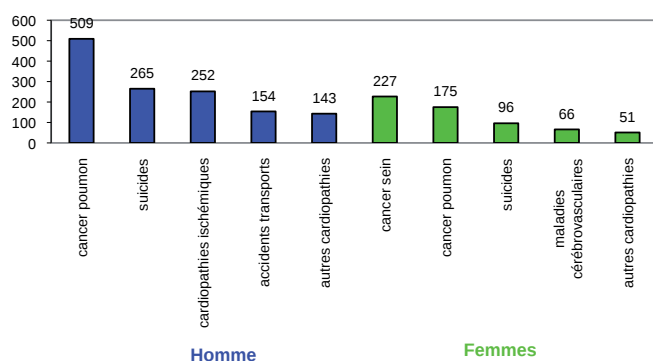
Source : Inserm (CépiDc), ORSA

• Taux comparatif de mortalité prématurée évitable en 2005-2007 (nombre de décès pour 100 000 habitants)

	Dordogne	Gironde	Landes	Lot-et-Garonne	Navarre-Côte Basque	Béarn-Soule	Aquitaine	France métro.
Hommes	121,2	102,2	101,9	116,4	110,0	85,6	104,2	109,4
Femmes	39,3	29,1	34,3	32,7	35,1	25,6	31,4	30,7
Ensemble	79,7	64,5	67,6	73,7	71,2	55,1	66,8	69,4

Source : Inserm (CépiDc), Insee

• Principales causes de décès avant 65 ans en moyenne annuelle en Aquitaine sur la période 2006-2008 par sexe



Source : Inserm (CépiDc), ORSA

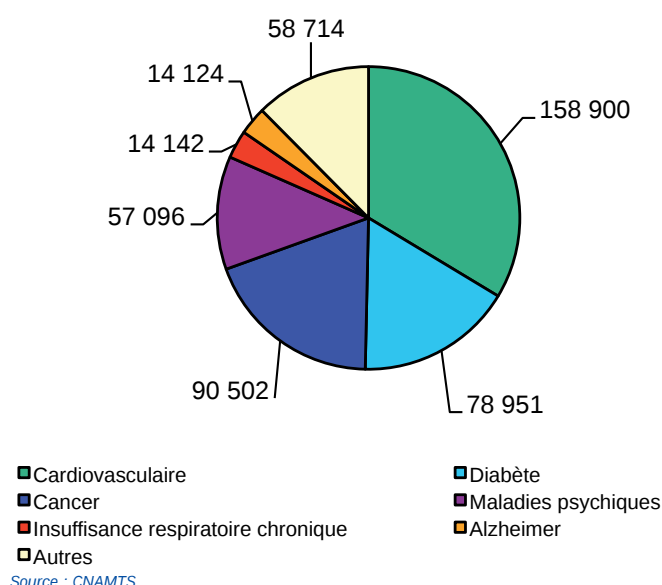
LA MORBIDITÉ À TRAVERS LES AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE

L'analyse de la morbidité à travers la prévalence des affections de longue durée (ALD) montre que la répartition des principales pathologies est semblable à celle de la France.

Le premier motif d'ALD pour les 472 430 personnes reconnues atteintes d'une ALD en Aquitaine au 31/12/2009 est constitué par les pathologies cardiovasculaires (y compris Accidents Vasculaires Cérébraux).

Les taux de prévalence des ALD standardisés situent l'Aquitaine parmi les régions ayant les taux les plus bas pour les affections cardiovasculaires, le diabète et les cancers et parmi les régions aux taux les plus élevés pour les affections psychiatriques.

• Bénéficiaires ALD Régime Général en 2009



• Les affections de longue durée en Aquitaine au 31 décembre 2009

Pathologies	Nombre de bénéficiaires ALD au 31/12/2009 Aquitaine (Source : CNAMTS)	Prévalence ALD : taux standardisé/ 100 000 bénéficiaires	Valeur régionale la moins élevée en France métropolitaine	Valeur régionale la plus élevée en France métropolitaine	Rang aquitain par rapport au taux le moins élevé
Maladies coronaires	44 988	1 563	1 336	1 792	10
Insuffisance cardiaque Cardiopathies	32 641	1 117	923	1 341	7
Accident vasculaire cérébral	12 846	446	387	535	6
Artériopathies	20 786	719	562	925	7
Hypertension artérielle sévère	47 640	1 618	1 409	3 582	7
Total cardiovasculaire	158 901				
Diabète	78 951	2 768	2 135	3 693	6
Cancers	90 502	3 151	2 935	3 476	8
Insuffisance rénale chronique	4 030	146	127	187	4
Insuffisance respiratoire chronique grave	14 142	498	365	821	10
Mucoviscidose	208	9	7	16	3
Affections psychiatriques	57 096	2 132	990	2 729	16
Alzheimer et démences	14 124	457	321	504	16
Sclérose en plaques	2 804	104	99	153	7
Parkinson	4 326	145	119	172	8
Affections neurologiques, musculaires, épilepsie	9 600	363	307	446	5
Polyarthrite rhumatoïde	8 204	288	245	384	5
Spondylarthrite ankylosante	3 355	125	90	247	12
Lupus, sclérodermie, PAN	3 071	110	69	113	21
Rectocolite et Crohn	4 564	172	164	277	3
Paraplégies	1 735	65	40	78	18
Scoliose évolutive	746	30	12	93	7
Déficit immunitaire primitif et VIH	4 201	162	59	321	19
Maladies chroniques du foie	7 767	286	216	439	16
Hémoglobinopathies	276	11	8	47	10
Hémophilies	1 016	38	30	74	6
Maladies métaboliques héréditaires	1 691	64	64	199	1

NB : Seules les formes graves de certaines pathologies (insuffisance respiratoire chronique, pathologies psychiatriques...) sont prises en charge au titre de l'ALD.

L'ÉTAT DE SANTÉ SELON LES PÉRIODES DE LA VIE

Périnatalité

Au cours de l'année 2009, près de 34 800 enfants sont nés de mères domiciliées en Aquitaine. L'indice conjoncturel de fécondité est égal à 1,81 enfant par femme en 2008. Il demeure éloigné du seuil du renouvellement des générations qui s'effectuerait avec 2,1 enfants par femme mais est en progression depuis la fin des années 1990, après une décennie de stabilité.

L'Aquitaine est l'une des régions les moins fécondes de France, l'indice conjoncturel de fécondité se situant à 1,99 en 2008 pour la France métropolitaine.

La Gironde et les Pyrénées-Atlantiques, départements les plus jeunes d'Aquitaine, regroupent respectivement 48 % et 20 % des naissances de la région. Toutefois, c'est dans ces deux départements que l'indice conjoncturel de fécondité est le moins élevé (1,75). L'indice le plus fort est observé dans le Lot-et-Garonne (1,97).

Au cours des 10 dernières années, la fécondité a progressé dans tous les départements, notamment celle des femmes de 30 à 39 ans.

En 2006-2008, la mortalité infantile, qui a légèrement diminué depuis la période précédente, est équivalente à la moyenne nationale.

La mortalité post-néonatale (28-365 jours) a diminué alors que la mortalité néonatale (0-27 jours) est restée stable.

La mortalité périnatale reste très proche de la moyenne française. La situation de l'Aquitaine par rapport aux autres régions n'a pas évolué puisqu'elle se maintient au 10^{ème} rang parmi les régions métropolitaines présentant les taux les plus élevés. L'évolution de la mortalité périnatale est principalement liée à l'augmentation de la mortalité qui est très proche de la moyenne nationale. La mortalité néonatale précoce (0-6 jours) a peu évolué et reste inférieure à la moyenne nationale.

• Natalité et fécondité en Aquitaine

		Dordogne	Gironde	Landes	Lot-et-Garonne	Pyrénées-Atlantiques	Aquitaine
Population au 1 ^{er} janvier	1999	388 407	1 286 072	327 240	305 482	599 547	2 906 748
	2009	411 266	1 434 192	377 381	328 213	651 665	3 202 718
Taux de natalité (pour 1 000 habitants)	1999	9,2	11,7	10,0	10,3	10,6	10,8
	2008	9,3	11,7	10,3	10,3	9,9	10,7
Indicateur conjoncturel de fécondité	1999	1,7	1,6	1,7	1,8	1,6	1,6
	2008	1,9	1,8	1,9	2,0	1,8	1,8

Source : Insee, Estimations de population, État civil

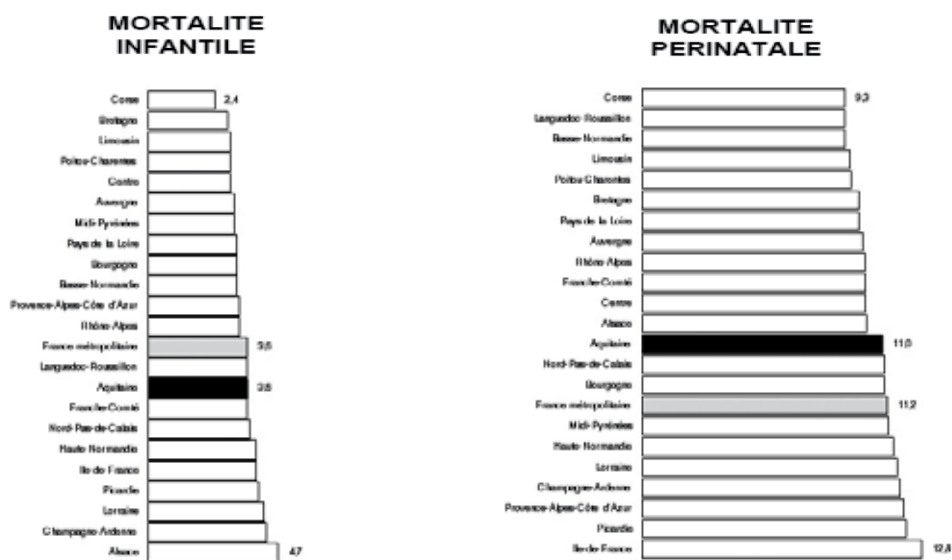
• Taux de mortalité (2006-2008)

	Aquitaine	France	Différence avec France en %	Rappel Aquitaine 05-07
Mortinatalité** (enfants nés sans vie)	9,6	9,5	+1,1	9,0
Mortalité néonatale précoce (0-6 jours)	1,4	1,6	-12,5	1,3
Mortalité périnatale** (enfants nés sans vie + 0-6 jours)	11,0	11,2	-1,8	10,4
Mortalité néonatale* (0-27 jours)	2,2	2,4	-8,3	2,2
Mortalité post-néonatale* (28-365 jours)	1,4	1,2	+16,7	1,6
Mortalité infantile* (0-365 jours)	3,6	3,6	0,0	3,8

* Taux pour 1000 naissances vivantes
** Taux pour 1000 naissances totales

Source : Insee / Exploitation : ORSA

• Rang de l'Aquitaine parmi les régions de France métropolitaine 2006-2008



Source : Insee / Exploitation : ORSA

Les enfants de 1 à 14 ans

Les principales causes de décès

Les accidents (accidents de la vie courante et accidents de transport) constituent, avec les tumeurs malignes, les premières causes de décès des enfants de 1 à 14 ans.

Vaccinations

En 2007, les taux de couverture vaccinale des enfants de deux ans étaient légèrement inférieurs à la moyenne nationale : pour le DT-polio-coqueluche-haemophilus, la couverture vaccinale était inférieure à 90 % pour certains départements. Pour la rougeole, les taux de couverture vaccinale estimés à 24 mois (2003 à 2007) positionnent les départements aquitains parmi les moins bien couverts (inférieur à 86 % pour le Lot-et-Garonne et entre 86 et 90 % pour les quatre autres).

État bucco dentaire

En 2006, l'indice carieux représentant le nombre moyen de dents obturées était estimé au niveau national à 1,38 chez les enfants de 6 ans, en amélioration depuis 20 ans, date à laquelle cet indice s'élevait à 3,73.

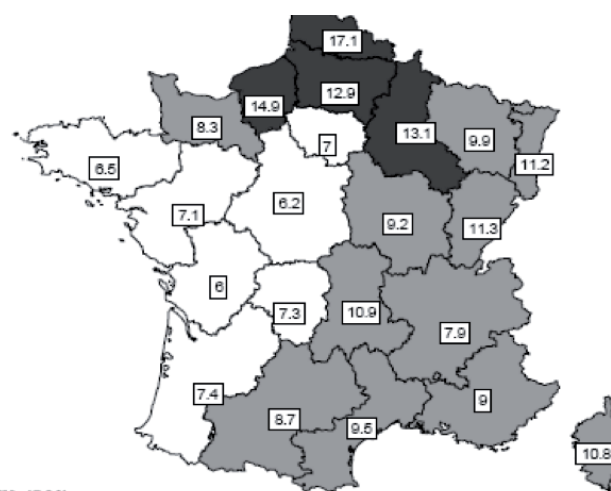
Selon la seule étude comparative régionale à disposition réalisée sur ce sujet en 2000, l'Aquitaine figurait parmi les régions à plus faible proportion d'enfants de 5-6 ans porteurs de caries non soignées.

Surpoids, obésité

Les enquêtes triennales effectuées en milieu scolaire chez les enfants en grande section de maternelle montrent que la prévalence de l'obésité chez ces enfants en Aquitaine est identique à la prévalence nationale (3,1 %) en 2005-2006 et est en baisse en 2007-2008 (2,2 %).

La prévalence du surpoids est quant à elle inférieure à la prévalence nationale (11,4 % versus 12,1 % en 2005-2006) et également en baisse en 2007-2008 (9,4 %).

- Proportion d'enfants de 5 à 6 ans ayant au moins deux dents cariées non soignées (en %)



Source : Drees - Desco - InVS - Enquête auprès des enfants scolarisés en grande section de maternelle 1999 - 2000

Les jeunes de 15 à 24 ans

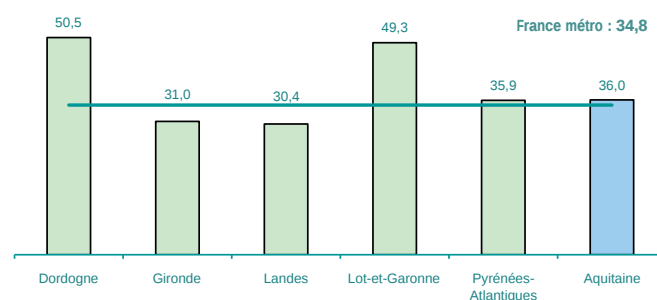
Les principales causes de décès

Le taux de mortalité est en baisse avec 36 décès pour 100 000 jeunes sur la période 2005-2007 pour 51 décès sur la période 2000-2002. Ce taux reste particulièrement élevé en Dordogne et en Lot-et-Garonne.

Les décès dus aux accidents de la circulation et aux suicides sont majoritaires (respectivement 56 % et 21 % des décès).

Sept décès sur dix concernent des garçons.

- Taux de mortalité des jeunes de 15 à 19 ans selon le département en 2005-2007 (pour 100 000)



Source : Inserm (CépiDC), Insee - Exploitation : ORSA

Surcharge pondérale, activité physique

Selon une enquête réalisée en Aquitaine entre novembre 2004 et janvier 2005, auprès d'un échantillon de collégiens et lycéens, 13,1 % des garçons et 10,1 % des filles souffrent de surpoids (obésité exclue). La prévalence de l'obésité est de 2,4 % chez les garçons et 1,4 % chez les filles.

La prévalence de la surcharge pondérale (obésité incluse) diffère significativement selon l'âge. Elle est maximale entre 11 et 14 ans (17,6 % à 12 ans) puis oscille entre 9 % et 13 % au-delà de cet âge.

Le nombre total d'heures de sport pratiquées par semaine, que ce soit au collège ou au lycée, durant le temps libre ou au sein d'un club sportif, diminue avec l'âge. De 9 heures chez les élèves de 11 ans, il passe à 6 heures chez les jeunes majeurs.

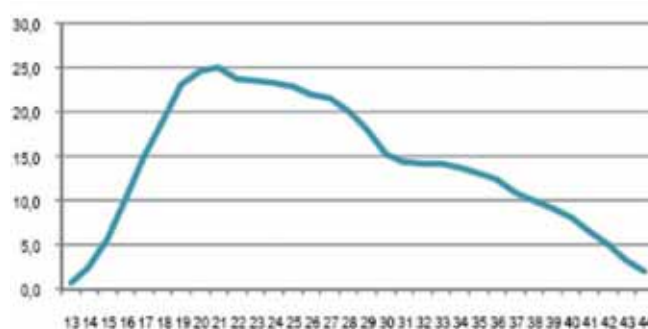
Conduites à risque

Selon l'enquête ESCAPAD réalisée auprès des jeunes de 17 ans lors de l'appel de préparation à la défense, les usages de tabac, d'alcool et de cannabis s'avèrent plus élevés chez les jeunes Aquitains (cf. détails au chapitre déterminants de santé).

Interruptions de grossesse

En 2009, près de 530 interruptions de grossesse ont concerné des jeunes filles mineures. Avec un taux de 9,7 IVG pour 1 000 jeunes filles mineures, l'Aquitaine occupe le 6^{ème} rang des régions métropolitaines classées par ordre croissant du taux.

- Taux d'interruptions de grossesse pour 1 000 femmes domiciliées en Aquitaine, selon l'âge en 2007



Source : Atih (base PMSI EBS), Insee

*Les taux sont lissés : l'âge est celui du centre de la période de 3 ans

La population adulte de 25 à 64 ans

Les principales causes de décès

Avec 2 330 décès en Aquitaine dans la population de 25 à 64 ans courant 2008, les tumeurs représentent en Aquitaine près de la moitié de l'ensemble des décès de cette classe d'âge (5 100 décès).

Le cancer du poumon est à lui seul responsable de près d'un tiers de ces décès par tumeurs.

Les causes accidentelles, les suicides et les maladies de l'appareil circulatoire constituent les principales autres causes de décès rencontrées dans la population adulte.

Les pathologies chroniques

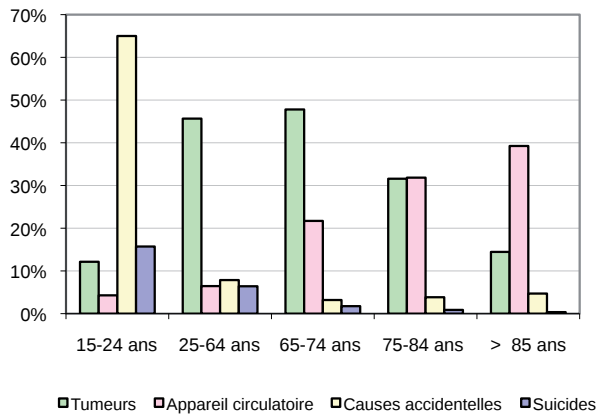
La prévalence des pathologies chroniques augmente nettement dès l'âge de 45 ans.

Les tumeurs représentent la principale cause d'admission en ALD dans la classe d'âge 45-54 ans avec, en Aquitaine sur la période 2005-2007, 1 438 admissions pour les hommes, 1 245 pour les femmes.

La répartition est différente selon le sexe, les tumeurs restant la cause principale de mise en ALD pour les femmes de 55 à 64 ans, alors que les maladies cardiovasculaires constituent le motif principal d'entrée en ALD pour les hommes de cette même classe d'âge.

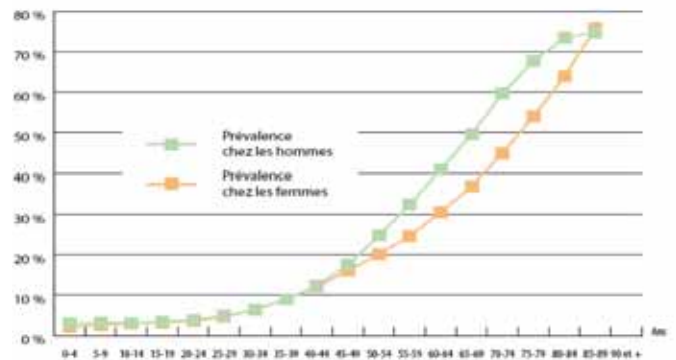
L'incidence des principales pathologies admises en ALD (tumeurs, maladies cardiovasculaires, diabète, insuffisance respiratoire chronique grave) augmente dans les deux sexes avec l'âge. Seules les affections psychiatriques ont une distribution différente selon les classes d'âge : l'incidence la plus élevée chez les hommes se situe dans la classe d'âge 35-45 ans alors qu'elle se situe, chez les femmes dans la classe 45-54 ans.

• Répartition des principales causes de décès selon l'âge, Aquitaine, 2008



Source : Inserm (CépiDC), ORSA

• Taux de personnes en affection de longue durée par classe d'âge et par sexe au 31 décembre 2008



Champ : Régime général - France entière
Source : DSES (CNAMTS)

Les personnes âgées de 65 ans et plus

Les principales causes de décès

- Comme dans la population de 25-64 ans, la moitié des décès qui surviennent entre 65 et 74 ans est due à des cancers. Cette prépondérance des cancers est observée chez les hommes comme chez les femmes. Cependant, les principales localisations cancéreuses diffèrent selon le sexe. Le cancer du poumon chez les hommes (11,9 % des décès) et le cancer du sein chez les femmes (9,7 %) prédominent.
- Entre 75 et 84 ans, les maladies de l'appareil circulatoire sont responsables d'un décès sur trois, pourcentage un peu supérieur à celui des décès par tumeur. Les cardiopathies ischémiques sont la première cause de décès chez les hommes. Chez les femmes, ce sont les maladies cérébrovasculaires.
- Après 85 ans, les décès par maladie cardiovasculaire prédominent largement.

Nutrition

Selon une étude réalisée auprès des résidents des maisons de retraite et unités de soins de longue durée (USLD) d'Aquitaine en 2005, les personnes âgées dénutries représentaient plus de 19 % d'entre eux et plus de deux personnes sur cinq étaient à risque de malnutrition.

Chez les personnes âgées, un mauvais état bucco-dentaire est un facteur de risque reconnu de dénutrition. Les études sur les personnes âgées, en particulier dépendantes, témoignent d'un état de santé bucco-dentaire très détérioré.

Maladie d'Alzheimer et démences apparentées

L'enquête Paquid permet d'estimer à environ 53 000 le nombre d'Aquitains de 75 ans ou plus atteints actuellement de démence.

À l'horizon 2020, en prenant uniquement en compte l'accroissement et le vieillissement démographique, 75 000 Aquitains devraient être atteints de démence.

LES GRANDES PATHOLOGIES

Les cancers

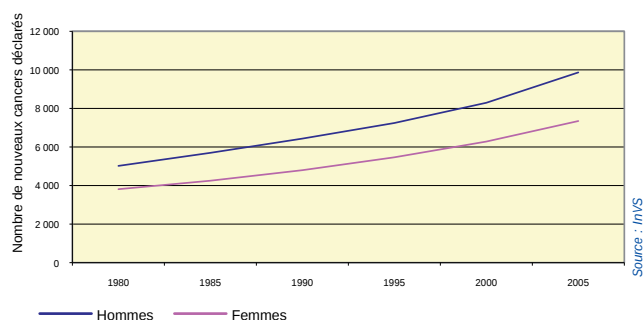
Incidence

En 2005, le nombre de nouveaux cas de cancer survenus en Aquitaine est estimé à un peu plus de 17 000³.

> Évolution

En 25 ans, ce nombre a pratiquement doublé chez les hommes comme chez les femmes. Ces chiffres traduisent une réelle augmentation car les taux d'incidence, éliminant l'effet âge, progressent également régulièrement depuis 1980, quel que soit le sexe.

• Estimation régionale de l'incidence des cancers entre 1980 et 2005

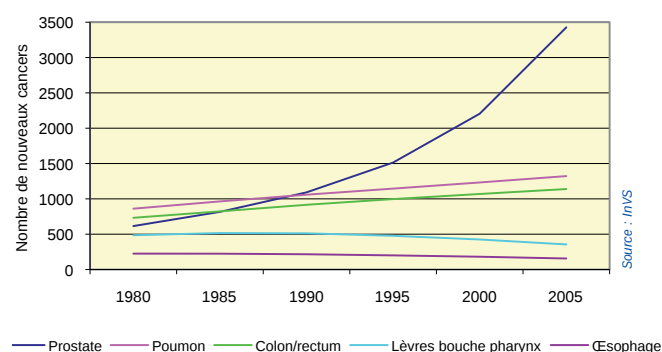


> Données selon le type de cancer

• Chez l'homme

Le cancer le plus fréquent est celui de la prostate avec plus de 3 400 cas estimés en 2005, les trois quart des cas survenant après 65 ans. Les cancers du poumon (environ 1 300 cas) et ceux du côlon rectum (environ 1 100 cas) viennent ensuite.

• Estimation régionale de l'incidence de certains cancers chez l'homme : évolution 1980 - 2005

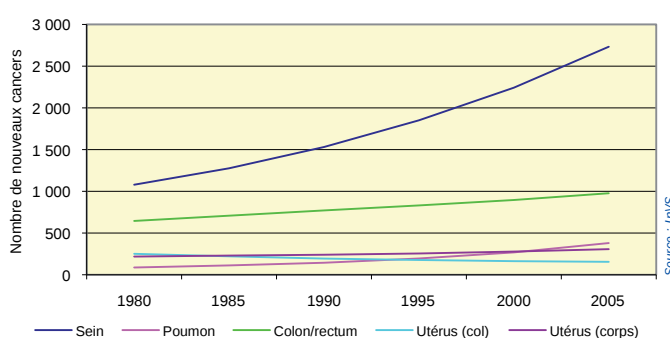


• Chez la femme

Le cancer du sein est le plus fréquent. Le nombre de cas estimés est en augmentation régulière et dépasse 2 700 en 2005.

Le cancer du côlon-rectum est en deuxième position avec près de 1 000 cas annuels. L'incidence du cancer du poumon est en forte augmentation, évoluant de 270 cas estimés en 2000 à 380 cas en 2005, soit une augmentation de plus de 40 % sur la période.

• Estimation régionale de l'incidence de certains cancers chez la femme : évolution 1980 - 2005



• Taux comparatifs estimés d'incidence des cancers en 2005 (taux standardisés sur la population française au RP 2006)

Hommes



Femmes



Taux comparatif d'incidence

- significativement supérieur au taux France métropolitaine
- non significativement différent du taux France métropolitaine
- significativement inférieur au taux France métropolitaine

Source : InVS (Francim), Insee - Exploitation et cartographie : Orsa

Mortalité

Les cancers sont responsables, chaque année, de la mort de plus de 8 000 Aquitains (un quart des décès) dont plus de 1 400 hommes et plus de 800 femmes avant 65 ans.

La mortalité régionale est un peu plus faible que celle de la France métropolitaine, pour les hommes et les femmes.

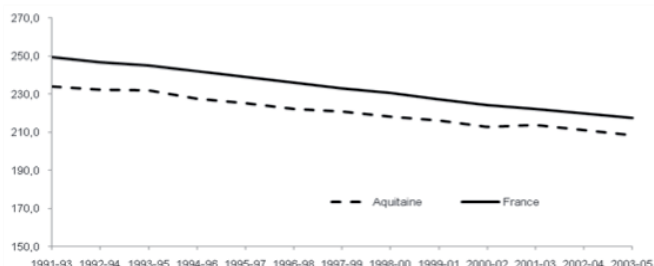
> Évolution

La mortalité par cancer diminue régulièrement : un peu plus de 8 % en Aquitaine en 10 ans.

Cette tendance n'est toutefois pas vérifiée pour le cancer du poumon chez la femme, le taux de mortalité ayant été multiplié par deux en vingt ans.

- Evolution de la mortalité par cancer en Aquitaine et en France métropolitaine entre les périodes 1991-1993 et 2003-2005

Taux comparatif de mortalité
(nombre de décès pour 100 000 habitants)



Source : Inserm (CépiDC), Insee

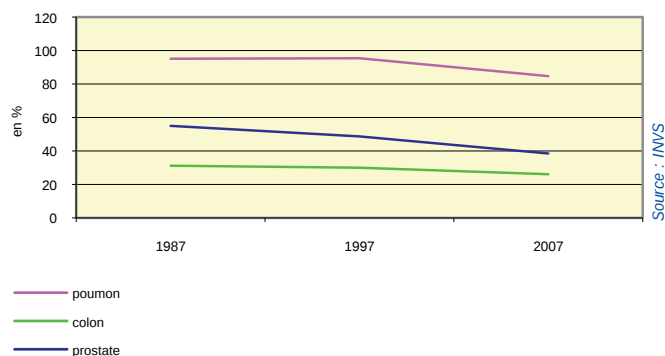
> Données selon le type de cancer

Chez l'homme, le cancer du poumon est la première cause de mortalité par cancer, suivi du cancer colorectal et du cancer de la prostate.

Chez la femme, le cancer du sein reste la première cause de mortalité suivi par le cancer colorectal et celui du poumon.

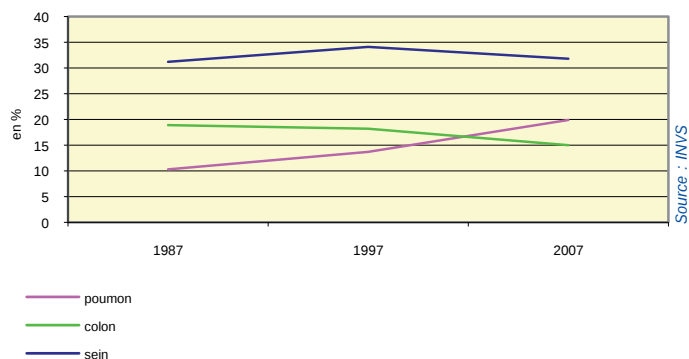
La mortalité en Aquitaine est globalement équivalente à la mortalité nationale pour les principales localisations des cancers, sauf pour le cancer des voies aérodigestives supérieures pour lequel il apparaît une sous-mortalité chez les hommes. Cette sous-mortalité est également constatée mais à un moindre degré pour le cancer de la prostate.

- Evolution régionale des taux standardisés de décès pour les principaux cancers chez l'homme



Source : INVS

- Evolution régionale des taux standardisés de décès pour les principaux cancers chez la femme



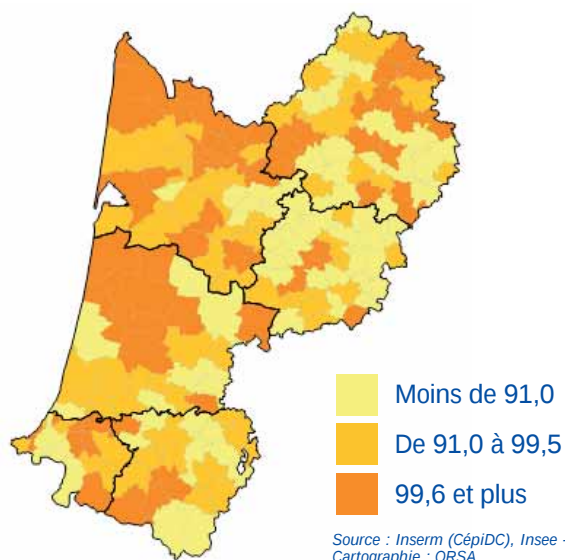
Source : INVS

> Écarts intra régionaux

Les taux de mortalité les plus bas se situent dans le Lot-et-Garonne. Les taux les plus élevés, pour les territoires de Gironde et Navarre-Côte Basque, ne diffèrent cependant pas significativement de la moyenne nationale.

Certains territoires sont caractérisés par une surmortalité pour le cancer du poumon : surmortalité en Gironde chez les hommes et sur le territoire de Navarre-Côte Basque chez les femmes. Une surmortalité par cancer du côlon-rectum est constatée en Dordogne.

• Indice comparatif de mortalité par cancer par canton en 2001-2007 (France entière = 100)



• Indice comparatif de mortalité pour les principales localisations de cancer en 2005-2007

	Dordogne	Gironde	Landes	Lot-et-Garonne	Navarre-Côte Basque	Béarn-Soule	Aquitaine	France métro.
Poumon								
Hommes	89,1	105,5	90,4	98,7	105,2	87,1	98,0	100,0
Femmes	90,3	104,8	109,4	94,8	135,2	86,5	102,7	100,0
Ensemble	91,1	104,6	95,6	99,9	110,7	87,7	99,4	100,0
Côlon-rectum								
Hommes	109,8	96,2	103,1	87,2	97,0	104,4	99,3	100,0
Femmes	111,1	94,0	105,2	96,8	100,2	85,9	98,0	100,0
Ensemble	111,4	94,9	104,6	92,6	98,2	96,2	98,9	100,0
VADS								
Hommes	89,0	87,9	80,0	75,0	71,4	67,7	81,7	100,0
Femmes	106,6	93,8	116,0	104,1	113,3	102,0	102,4	100,0
Ensemble	93,6	88,2	86,9	81,3	77,8	74,1	85,4	100,0
Sein								
Femmes	93,4	103,6	104,1	104,8	91,8	94,8	100,1	100,0
Prostate								
Hommes	101,3	90,4	106,3	91,2	89,1	83,9	93,4	100,0

Source : Inserm (CépiDC), Insee
En gras : différence avec la moyenne nationale significative au seuil de 5 %

Les maladies cardiovasculaires

Prévalence

La prévalence peut être approchée à travers les données des affections de longue durée.

En Aquitaine, en 2009, 12 846 bénéficiaires du régime général relevaient d'une ALD pour accident vasculaire cérébral, 20 786 pour artériopathie, 32 641 pour cardiopathie, 44 988 pour maladie coronaire, 47 640 pour hypertension artérielle ; soit une estimation de la prévalence ALD des maladies cardiovasculaires de 158 901 bénéficiaires. Il s'agit ainsi du groupe de pathologies ALD le plus important devant les cancers, le diabète et les affections psychiatriques.

Le taux standardisé situe l'Aquitaine dans le quartile inférieur des régions pour la prévalence ALD des accidents vasculaires cérébraux, mais dans le 3^{ème} quartile pour les maladies coronaires.

Mortalité

La mortalité par maladies cardiovasculaires a fortement et régulièrement diminué avec une baisse d'environ 50 % depuis les années 80. Toutefois, les maladies cardiovasculaires restent en Aquitaine la première cause de décès (plus de 9 000 décès annuels entre 2005 et 2007) avec huit décès sur dix survenant chez des personnes de 75 ans ou plus. Un peu plus de la moitié des décès dus à ces maladies ont concerné des femmes.

Tout âge et sexe confondus, la mortalité par maladies cérébrovasculaires est supérieure à la moyenne nationale (taux standardisé de décès pour 100 000 habitants en 2006 de 30,8 versus 29,3), alors que la mortalité par cardiopathies ischémiques est inférieure (36,7 pour 100 000 habitants versus 36,9). Chez les hommes, la mortalité prématurée (mortalité avant 65 ans) par cardiopathie ischémique est plus élevée qu'en France (18,2 versus 16,6).

Écarts intra-régionaux

Dans les territoires, une surmortalité par maladies cardiovasculaires se retrouve en Dordogne (taux élevé de décès par maladies cérébrovasculaires) et dans les Landes (taux élevé de décès par cardiopathies ischémiques). Les taux de décès par maladies cardiovasculaires les plus bas sont observés en Gironde et dans le territoire de Navarre-Côte Basque.

- Nombre d'ALD maladies coronaires pour 100 000 personnes, standardisé selon l'âge et le sexe.

> Maladies coronaires



Note : chaque quartile comprend un quart des régions préalablement rangées dans l'ordre croissant de l'indicateur présenté.

Source : Cnamts-DSES. Données du régime général au 31 décembre 2009

- Nombre d'ALD accidents vasculaires cérébraux (AVC) invalidants pour 100 000 personnes, standardisé selon l'âge et le sexe.

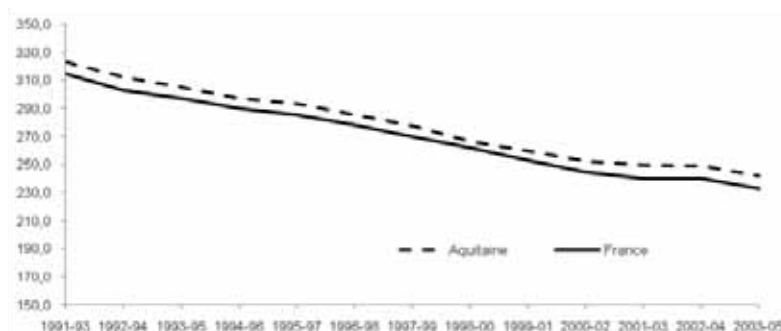
> AVC invalidants



Note : chaque quartile comprend un quart des régions préalablement rangées dans l'ordre croissant de l'indicateur présenté.

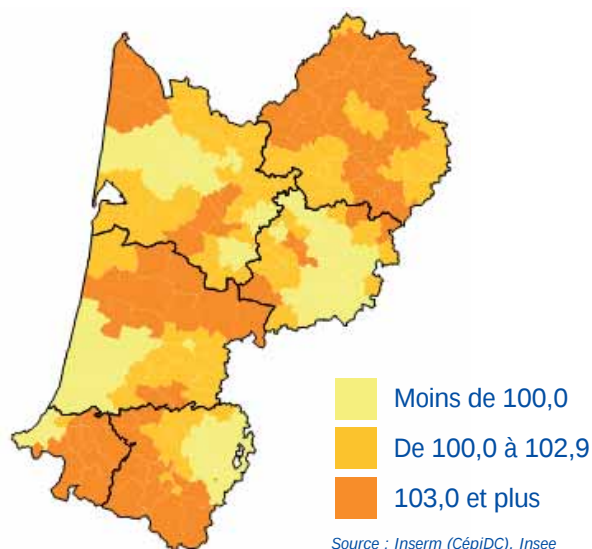
Source : Cnamts-DSES. Données du régime général au 31 décembre 2009

- Évolution de la mortalité par maladies cardiovasculaires en Aquitaine et en France métropolitaine entre les périodes 1991-1993 et 2003-2005
taux comparatif de mortalité (nombre de décès pour 100 000 habitants)



Source : Inserm (CépiDC), Insee

- Indice comparatif de mortalité par maladies cardiovasculaires par canton en 2004-2008 (France entière = 100)



Source : Inserm (CépiDC), Insee

- Indice comparatif de mortalité par cardiopathie ischémique en 2005-2007

	Dordogne	Gironde	Landes	Lot-et-Garonne	Navarre-Côte Basque	Béarn-Soule	Aquitaine	France métro.
Hommes	94,2	95,1	113,2	92,1	92,5	89,9	96,0	100,0
Femmes	107,5	88,3	97,8	98,6	81,3	88,9	93,1	100,0
Ensemble	101,2	91,7	107,2	96,2	87,1	89,9	95,0	100,0

Source : Inserm (CépiDC), Insee

En gras : différence avec la moyenne nationale significative au seuil de 5 %

- Indice comparatif de mortalité par cardiopathie ischémique en 2005-2007

	Dordogne	Gironde	Landes	Lot-et-Garonne	Navarre-Côte Basque	Béarn-Soule	Aquitaine	France métro.
Hommes	111,7	108,0	105,0	106,2	99,6	108,1	107,3	100,0
Femmes	109,4	99,8	101,6	100,8	89,8	107,9	101,7	100,0
Ensemble	110,9	103,4	103,4	103,7	93,7	108,2	104,1	100,0

Source : Inserm (CépiDC), Insee

En gras : différence avec la moyenne nationale significative au seuil de 5 %

Le diabète

La prévalence du diabète traité a augmenté en France de 2,6 % en 2000 à 4,4 % en 2009 selon les résultats d'une étude publiée dans le Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire ⁴.

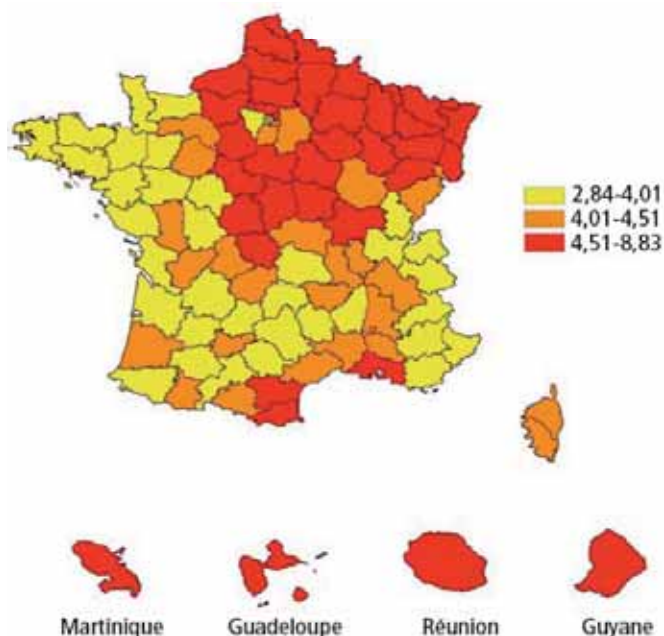
Selon cette même étude, le taux standardisé de prévalence se situait en 2009 à 4 % en Dordogne, 4 % en Gironde, 4,2 % dans les Landes, 4 % en Lot-et-Garonne, 3,6 % dans les Pyrénées-Atlantiques, la prévalence étant de 3,9 % pour l'ensemble de l'Aquitaine.

En 2009, 79 000 bénéficiaires du régime général étaient reconnus en Aquitaine en ALD pour un motif de diabète.

Le diabète constitue en Aquitaine, comme en France la 3^{ème} cause de mise en ALD.

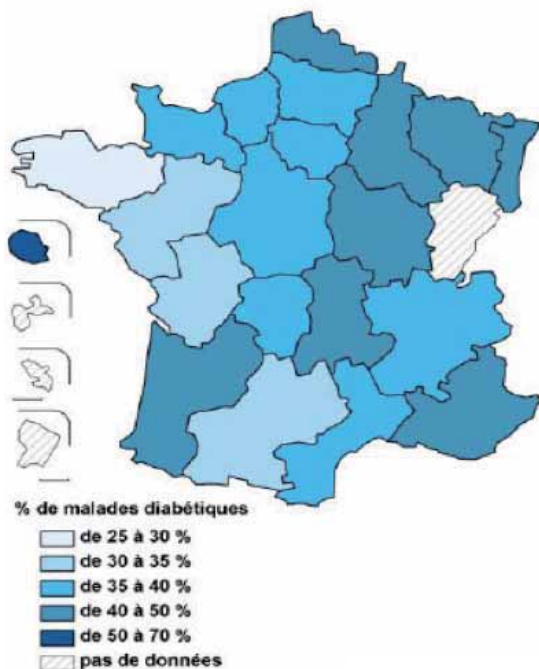
- Taux standardisés de prévalence du diabète traité, par département, en 2009

Régime général de l'assurance maladie, France

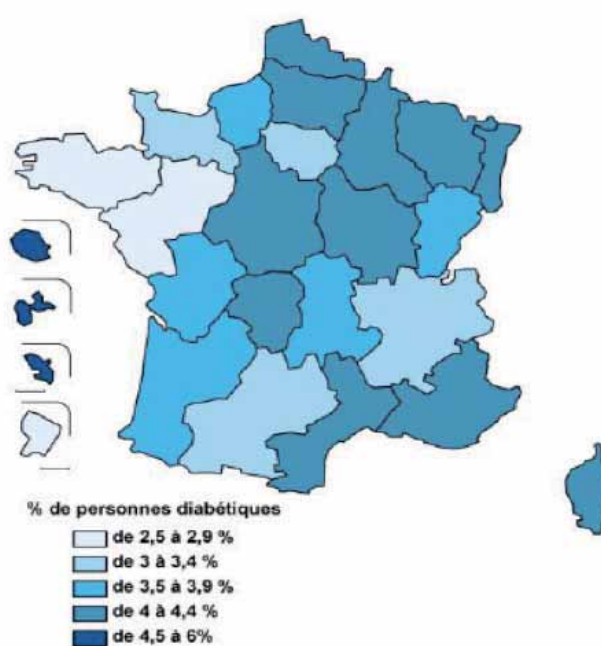


- Prévalence du diabète

parmi les nouveaux patients dialysés
(données REIN 2008)



dans la population générale
(données CNAM-TS 2007)



Source : REIN, Agence de la biomédecine 2005 / CNAM-TS 2007

4. Le diabète traité en France : quelle évolution entre 2000 et 2009 BEH n°42- 43 du 9 Novembre 2010

L'insuffisance rénale chronique

En Aquitaine, en 2009, 56 % des patients en IRC terminale étaient dialysés (vs 54 %), 44 % étaient porteurs d'un greffon fonctionnel.

Le taux de dialyse péritonéale est bas : 1,8 % contre 7 % au plan national. En revanche, la prise en charge en dehors des centres lourds est plus élevée qu'au plan national : 36 % contre 22 %.

En 2009, la prévalence standardisée de l'IRC terminale traitée par dialyse était de 612 par million d'habitants, pour une prévalence de 585 par million d'habitants dans les 20 régions du registre épidémiologique national REIN : 48 % d'entre eux ont plus de 75 ans contre 38 % dans l'ensemble des autres régions

L'enregistrement des données en Aquitaine n'est pas encore exhaustif et l'incidence comme la prévalence sont actuellement sous-estimées.

- Indice de prévalence de l'insuffisance rénale terminale traitée par dialyse et par greffe en 2008



Source : Agence de la biomédecine

Les maladies psychiques

Les maladies psychiques représentent en Aquitaine comme en France la première cause de reconnaissance d'invalidité professionnelle.

Parmi ces maladies, les troubles anxieux et dépressifs ont un poids tout particulier en santé publique du fait de l'importance de leur prévalence : de l'ordre de 9 % pour les troubles anxieux caractérisés et de 6 % pour les épisodes dépressifs majeurs. Les fréquences des troubles dépressifs varient selon les enquêtes en fonction des instruments de mesure sur lesquels elles s'appuient mais sont assez convergentes. Environ 10 % des femmes et 6 % des hommes ont souffert d'un épisode dépressif dans les semaines ou dans l'année ayant précédé les enquêtes ⁵.

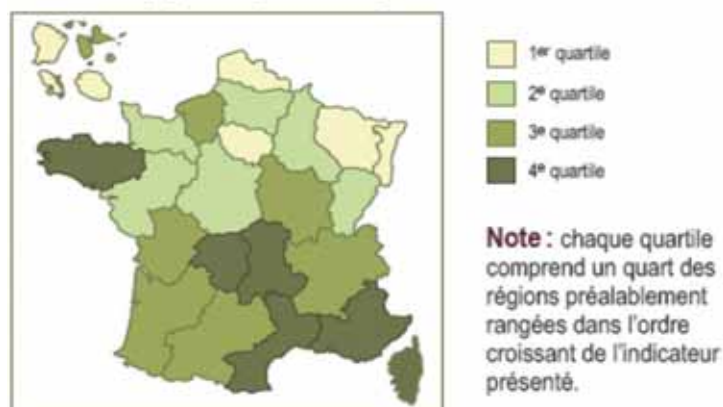
L'enquête de l'OMS en 2001 « Santé Mentale en Population Générale » a retrouvé dans les 2 zones testées en Aquitaine au moins un trouble détecté chez 38 % de la population enquêtée dont les trois quarts n'ont pas conscience de leurs troubles. La notion d'épisode dépressif actuel était retrouvée chez 12,1 % des sujets en Aquitaine pour 11 % au niveau national.

En Aquitaine, en 2009, plus de 57 000 bénéficiaires du régime général étaient reconnus en ALD pour une affection psychiatrique grave (psychoses : schizophrénie, troubles délirants, troubles dépressifs récurrents et troubles de l'humeur persistants et sévères, troubles graves de la personnalité et du comportement, troubles bipolaires).

Le taux standardisé de bénéficiaires situait l'Aquitaine au 7^{ème} rang (sur 22) des régions à taux les plus élevés.

- Nombre d'ALD affections psychiatriques de longue durée pour 100 000 personnes, standardisé selon l'âge et le sexe.

> Affections psychiatriques de longue durée



Source : Cnamts-DSES. Données du régime général au 31 décembre 2009

5. L'état de santé de la population en France- suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique-rapport 2009-2010

Maladies d'Alzheimer et autres démences

Selon les résultats de l'enquête Paquid (enquête épidémiologique longitudinale sur une population de 5 000 personnes âgées menée en Aquitaine), environ 53 000 Aquitains de 75 ans ou plus sont atteints de démence. À l'horizon 2020, en prenant uniquement en compte l'accroissement et le vieillissement démographique, plus de 75 000 Aquitains de 75 ans ou plus devraient être atteints de démence⁶.

Les suicides

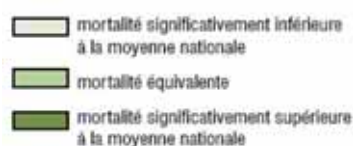
Au cours de la période 2005-2007, les suicides ont été responsables de la mort d'environ 550 aquitains. Deux tiers de ces décès surviennent avant 65 ans et 4 décès sur 10 surviennent entre 35 et 54 ans. Les trois quarts des décès concernent des hommes.

Au cours des dix dernières années, la mortalité régionale a diminué d'environ 20 %. Globalement, la région présente une mortalité par suicide équivalente à celle de la France.

Dans les territoires, la situation est contrastée entre la Dordogne qui présente une surmortalité quel que soit le sexe et la Gironde où la mortalité est inférieure à la moyenne nationale.

De façon globale, au niveau régional, la mortalité est nettement plus élevée dans les communes de l'espace rural, avec des écarts de taux de mortalité allant jusqu'à 30 % entre les communes urbaines et les communes rurales chez les personnes âgées plus de 65 ans.

- Indices comparatifs de mortalité par suicide des régions métropolitaines - Période 2003-2005
(ICM France métropolitaine = 100)

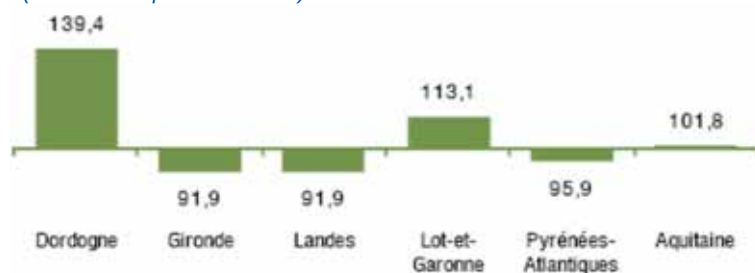


L'indice comparatif de mortalité (ICM) est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans le territoire étudié au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux de la zone de référence (ICM zone de référence = 100). Un test du χ^2 au seuil de 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative.

Sources : Inserm, Insee - Exploitation : Fnors-Ors (SCORE-santé)



- Décès par suicide en Aquitaine - période 2004-2006 - Indice comparatif de mortalité par département (France métropolitaine = 100)



Source : Inserm, Insee - Exploitation : Orsa

6. La santé en Aquitaine : état, enjeux, perspectives : document de la Plate-forme d'observation sanitaire et sociale d'Aquitaine

Les maladies respiratoires

Les bronchites chroniques et les pneumonies sont les causes les plus fréquentes de décès par maladies respiratoires en Aquitaine comme en France. La plupart de ces décès touche les personnes âgées de 75 ans ou plus.

Les affections respiratoires chroniques constituent avec 14 142 bénéficiaires du régime général en 2009, la 5^{ème} cause d'ALD en Aquitaine. Mais seules les formes les plus graves sont comptabilisées dans ce cadre.

En outre et de façon générale, ces affections sont sous-estimées d'abord parce qu'elles sont sous-diagnostiquées, ensuite parce que leur mortalité est sous représentée, le décès étant plutôt enregistré à travers les complications cardiaques ou le cancer du poumon, principales pathologies associées.

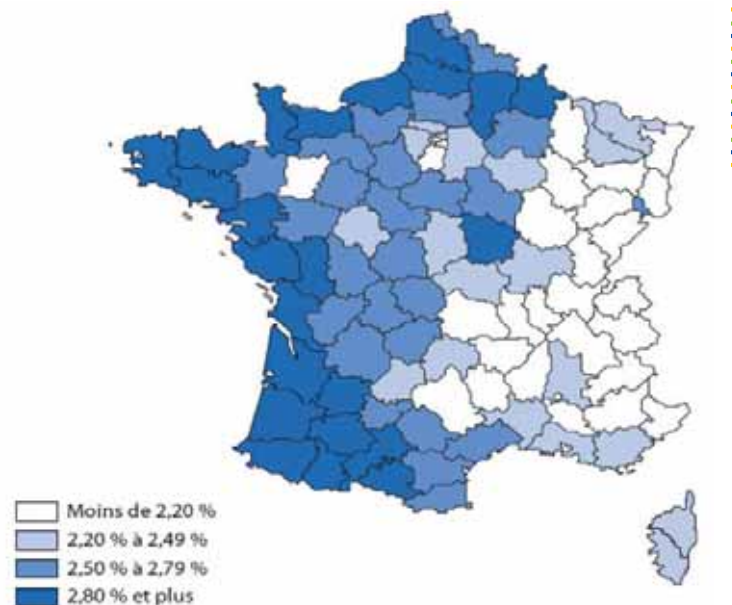
Dans certaines études la prévalence est toutefois estimée à près de 10 % de la population pour la bronchopneumopathie obstructive.

La prévalence de l'asthme est élevée en Aquitaine : l'enquête ISAAC réalisée en 1995 montrait que chez les adolescents de 13-14 ans, la prévalence cumulée (crise d'asthme au cours de la vie) était de 15 % à Bordeaux contre 10 % à Strasbourg, 14 % à Marseille et Montpellier. Chez les enfants de 6-7 ans, cette prévalence cumulée était de 9,3 % à Bordeaux contre 6,7 % à Strasbourg.

Une étude CNAMTS sur la population de 5 à 44 ans ayant plus de 3 délivrances d'antiasthmiques dans l'année⁷, confirme qu'avec un taux de patients traités pour asthme supérieur à 2,8 %, les départements aquitains figurent parmi les départements français à taux les plus élevés de patients traités pour asthme.⁷

Les patients aquitains apparaissent toutefois assez bien contrôlés, avec un recours moindre aux bronchodilatateurs de courte durée d'action et un taux faible d'hospitalisation.

- Taux de patients traités régulièrement pour asthme⁽¹⁾
(Taux standardisés sur la structure d'âge et de sexe de la population)



⁽¹⁾ Champ : population âgée de 5 à 44 ans ayant eu au moins trois délivrances de médicaments à visée antiasthmatique dans l'année.

Source : Données SNIIRAM du régime général (Cnamts)

7. Remboursement de médicaments antiasthmiques : une approche de la prévalence et du contrôle de l'asthme - point de repère n°24

Les maladies transmissibles

Une incidence des infections en baisse relative

VIH /SIDA

Depuis 2003, 761 nouvelles infections à VIH ont été déclarées en Aquitaine. En tenant compte de la sous-déclaration et du délai de déclaration, le nombre de nouvelles infections depuis 2003 a été estimé à 1 123 en Aquitaine, soit un taux moyen d'incidence annuelle de 6 pour 100 000 habitants en données corrigées. L'incidence annuelle est depuis 2003 inférieure à celle de la France (taux corrigé pour 100 000 habitants en 2008 de 5,6 versus 10,1 en France)⁸.

Entre 2003 et 2008, les nouvelles découvertes de séropositivité déclarées d'aquitains concernent des hommes 7 fois sur 10 (62 % en France). Un peu moins d'un tiers est lié à des rapports hétérosexuels (44 % en France), 32 % à des rapports homosexuels (22 % en France) alors que 32 % ne sont pas renseignées sur le mode de contamination. Les autres modes, essentiellement une transmission chez les utilisateurs de drogues injectées, ont un poids faible (3,6 %).

Le nombre annuel moyen de nouveaux cas de sida est de 75 en Aquitaine sur la période 2003-2008. En 2008, avec 25 nouveaux cas de sida par million d'habitants, l'Aquitaine se situe au 3^{ème} rang des régions métropolitaines, derrière l'Île-de-France (47) et la Provence-Alpes-Côte-d'Azur (29). Le taux national est de 21 pour la France métropolitaine. Depuis 5 ans, ce taux diminue plus nettement en France qu'en Aquitaine⁹.

Les données issues du réseau RéSIST (Réseau de surveillance des IST de l'InVS) témoignent d'une recrudescence depuis 2005 des conduites à risque, avec des contaminations touchant de plus en plus la population hétérosexuelle.

Le retard au dépistage du VIH constitue un risque majeur d'extension de l'épidémie, la plupart des cas de transmissions du virus étant le fait de personnes qui ignorent leur séropositivité.

L'augmentation de la précarité et des situations de non droit constitue un facteur aggravant, favorisant le non recours au dépistage et à la prévention.

La précarité grandissante des malades limite l'effet des progrès accomplis sur le plan thérapeutique. Le corollaire de cet enjeu concerne donc l'accès aux soins des populations les plus précaires.

Tuberculose

En 2008, l'incidence de la maladie était de 5,6 cas pour 100 000 habitants, inférieure à l'incidence nationale de 9 cas pour 100 000 (stabilité depuis 2000). Les formes pulmonaires représentent 77 % de l'ensemble des infections. Près de la moitié des cas résident en Gironde et une attention particulière doit être portée aux cas originaires d'autres pays européens¹⁰.

8. CIRE Aquitaine bulletin de veille sanitaire n°4 Juin 2010

9. ORSA Décembre 2009 la contamination par le virus du SIDA en Aquitaine

10. CIRE Aquitaine bulletin de veille sanitaire n°4 Juin 2010

LES ACCIDENTS DE LA CIRCULATION

Au cours de la période 2005-2007, près de 300 aquitains décèdent annuellement par accident de la circulation ; 80 % des décès surviennent avant 65 ans et 75 % concernent des hommes.

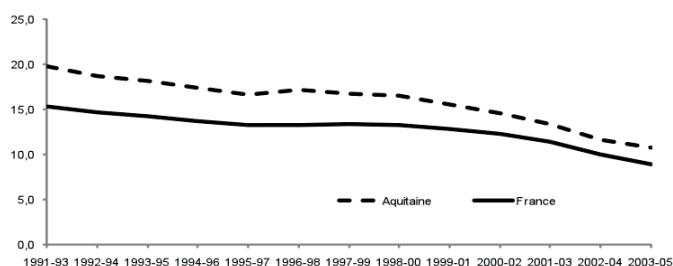
Depuis le début des années 1990, la mortalité par accident de la circulation a fortement diminué.

Mais globalement, la région présente une mortalité par accident de la circulation plus élevée que celle de la France. Quel que soit le sexe, cette surmortalité est particulièrement marquée en Dordogne et dans le Lot-et-Garonne. Dans les Landes, la surmortalité est marquée chez les hommes.

Le taux d'accidents corporels avec alcool est supérieur à la moyenne nationale en 2005 (13,9 % vs 9,8 %). La part de ces accidents est inégalement répartie sur le territoire aquitain, deux départements ont des taux significativement supérieurs à la moyenne nationale : les Landes et la Dordogne. La Gironde, fortement touchée ces dernières années, a réduit cette proportion de 16,4 % en 2006 à 10,1 % en 2007.

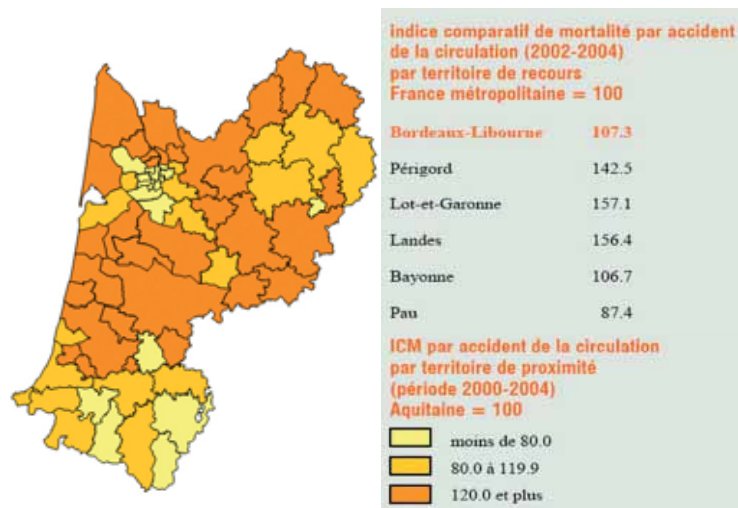
- Évolution de la mortalité par accident de la circulation en Aquitaine et en France métropolitaine entre les périodes 1991-1993 et 2003-2005

taux comparatif de mortalité (nombre de décès pour 100 000 habitants)



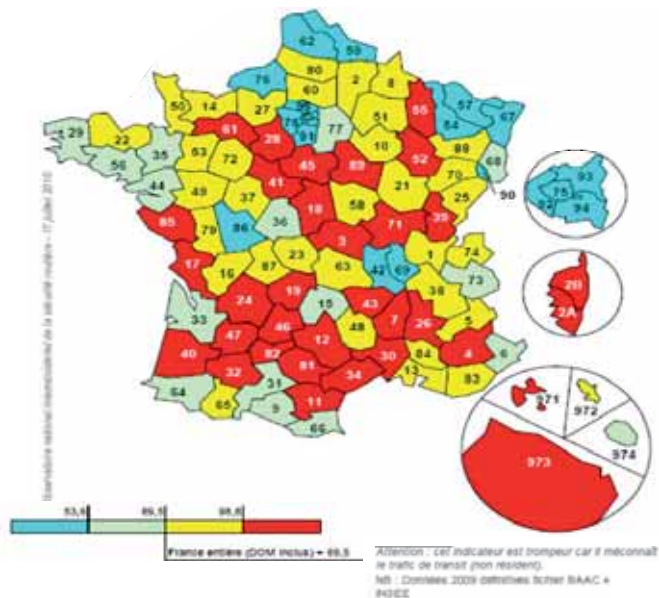
Source : Inserm (CépiDC), Insee

- Indice comparatif de mortalité par accident de la circulation (2002-2004) par territoire (France métropolitaine = 100)

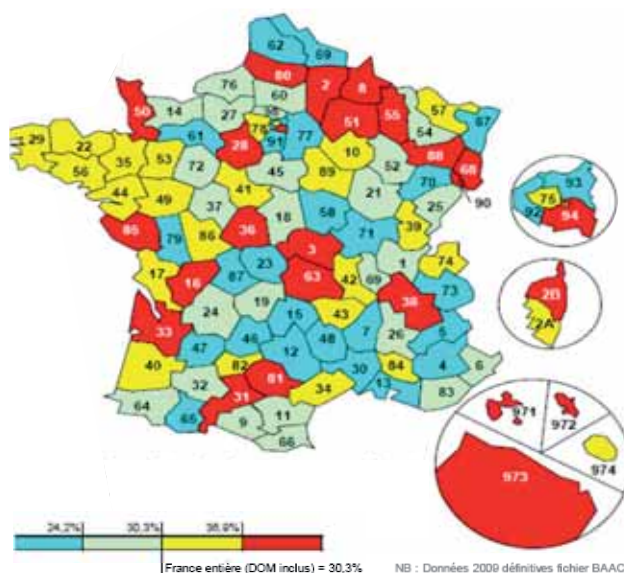


Source : Inserm (CépiDC), Insee - Exploitation - cartographie : Orsa

- Mortalité 2009 rapportée à la population résidente par département



- Proportion de tués dans des accidents à facteur alcool parmi les tués en 2009, par département



LES DÉTERMINANTS DE SANTÉ

ALCOOL

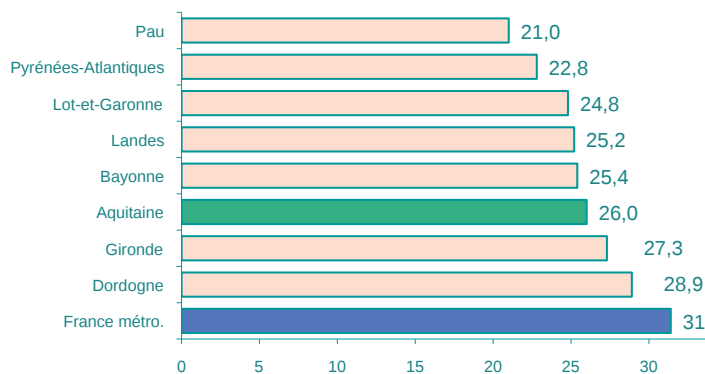
En Aquitaine, les maladies liées à l'alcool (cancer des voies aérodigestives supérieures, dépendance alcoolique, psychose alcoolique et cirrhose du foie) ont entraîné un nombre moyen annuel de 900 décès sur la période 2005-2007. Les taux standardisés de décès font de l'Aquitaine l'une des régions présentant la mortalité liée à l'alcool la moins élevée, avec sur la période 2005-2007, des taux standardisés de 44,5 pour les hommes (55,9 en France métropolitaine) et de 11,5 chez les femmes (13,0 en France métropolitaine).

Les fréquences de consommations d'alcool en population adulte s'avèrent plus importantes en Aquitaine que celles qui sont observées sur le reste du territoire en ce qui concerne la consommation régulière : consommation hebdomadaire de vin et d'alcools forts. Les consommations d'alcool ponctuelles importantes (6 verres ou plus en une occasion au moins une fois par mois) ou les ivresses au cours des douze derniers mois se situent dans la moyenne nationale.

Si l'on s'intéresse plus spécifiquement aux jeunes Aquitains, ceux-ci s'avèrent nettement plus consommateurs que les jeunes Français du même âge pour l'ensemble des indicateurs renseignés : usage régulier au cours des 30 derniers jours, consommations d'alcool ponctuelles importantes, ivresse au cours des douze derniers mois, consommation de bières, de vins, ou d'alcools forts¹¹.

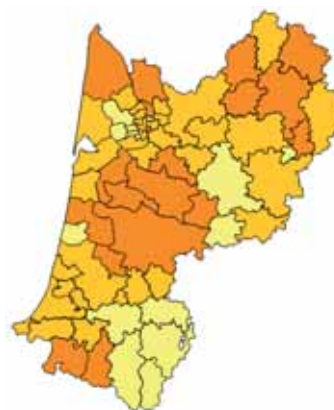
La proportion des jeunes déclarant des ivresses répétées en Aquitaine a nettement augmenté, passant entre 2002 et 2005 de 23 % à 30 % pour 26 % en France métropolitaine (enquêtes ESCAPAD).

• Taux standardisé de mortalité liée à l'alcool en 2006-2008 (pour 100 000)



Source : Inserm (CépiDC), Insee - Exploitation : ORSA

• Indice comparatif de mortalité par maladie liée à la consommation d'alcool (2002-2004) par territoire (France métropolitaine = 100)



Source : Inserm (CépiDC), Insee - Exploitation - cartographie : Orsa

11. Atlas régional des consommations d'alcool 2005 Données INPES/ OFDT consultable sous le lien http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/Atlas_alcool_carto.pdf

- **Prévalence de la consommation régulière d'alcool à 17 ans en 2008** (au moins 10 épisodes de consommation par mois, en %). Les niveaux d'usage des garçons (13,6 %) sont nettement supérieurs à ceux des filles (4,0 %). Champ : jeunes âgés de 17 ans.

> Consommation régulière d'alcool à 17 ans en 2008



1^{er} quartile
2^e quartile
3^e quartile
4^e quartile

Note : chaque quartile comprend un quart des régions préalablement rangées dans l'ordre croissant de l'indicateur présenté.

Source : OFDT, Escapad 2002-2003 et Escapad 2008

- **Prévalence des ivresses répétées à 17 ans en 2008** (au moins 3 épisodes dans l'année, en %). Le niveau est plus élevé chez les garçons (32,0 %) que chez les filles (18,9 %). Champ : jeunes âgés de 17 ans.

> Ivresses répétées à 17 ans en 2008



1^{er} quartile
2^e quartile
3^e quartile
4^e quartile

Note : chaque quartile comprend un quart des régions préalablement rangées dans l'ordre croissant de l'indicateur présenté.

Source : OFDT, Escapad 2002-2003 et Escapad 2008

TABAC

Les maladies liées au tabac sont à l'origine de plus de 4 200 décès en moyenne annuelle sur la période 2005-2007 en Aquitaine.

Les deux tiers des décès liés au tabac concernent des hommes et surviennent avant l'âge de 65 ans.

L'Aquitaine se caractérise par une mortalité générale liée au tabac inférieure au niveau national (ICM de la France à 104,4 pour un ICM aquitain à 100), mais par une mortalité prématurée liée au tabac supérieure (ICM France à 96,5 pour un ICM aquitain à 100).

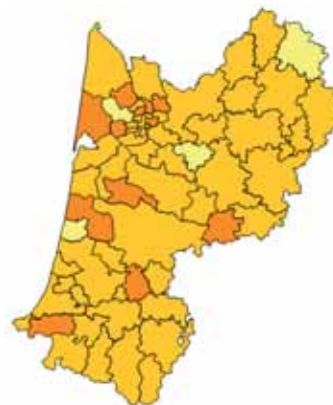
Les maladies liées au tabac sont à l'origine d'un décès masculin sur cinq et d'un décès féminin sur dix.

La mortalité liée au tabac a diminué chez les hommes entre les périodes 2000-2002 et 2005-2007. Elle est par contre en augmentation chez les femmes en lien avec l'augmentation de la mortalité par cancer du poumon : le taux de mortalité standardisé par cancer du poumon chez la femme, qui était de 12,3 en 1995-1997, s'élevait à 18,9 en 2005-2007 soit une augmentation de plus de 50 %.

Près d'un Aquitain sur trois est un fumeur quotidien de tabac. Malgré la proximité d'un possible approvisionnement transfrontalier, la prévalence tabagique en Aquitaine ne se distingue pas de la valeur moyenne française parmi la population des 15-75 ans.

La diminution de la prévalence tabagique depuis 5 ans en France concerne également les plus jeunes aquitains ; au regard de l'enquête ESCAPAD 2002/2003, le tabagisme quotidien chez les jeunes de 17 ans en 2008 dans la région a diminué (de 39 % à 32 %). Il reste cependant supérieur au niveau national situé à 29 %¹².

- Indice comparatif de mortalité par maladie liée à la consommation de tabac (2002-2004) par territoire (France métropolitaine = 100)



indice comparatif de mortalité par maladie liée à la consommation de tabac (2002-2004) par territoire de recours
France métropolitaine = 100

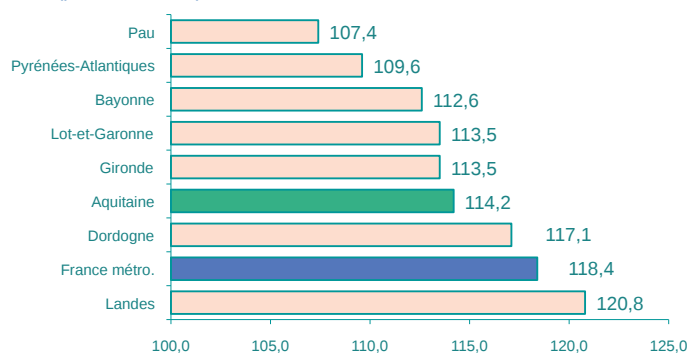
Bordeaux-Libourne	95,7
Périgord	91,3
Lot-et-Garonne	95,7
Landes	94,1
Bayonne	95,8
Pau	92,8

ICM par maladie liée à la consommation de tabac par territoire de proximité (période 2000-2004)
Aquitaine = 100

moins de 90,0
90,0 à 109,9
110,0 et plus

Source : Inserm (CépiDC), Insee - Exploitation - cartographie : Orsa

- Taux standardisé de mortalité liée au tabac en 2006-2008 (pour 100 000)



Source : Inserm (CépiDC), Insee - Exploitation : ORSA

- Prévalence de la consommation quotidienne de tabac à 17 ans en 2008 (au consommation d'une cigarette ou plus par jour, en %). Les niveaux d'usage des garçons (29,9 %) et des filles (27,9 %) sont comparables. Champ : jeunes âgés de 17 ans.

> Consommation quotidienne de tabac à 17 ans en 2008



1 ^{er} quartile
2 ^e quartile
3 ^e quartile
4 ^e quartile

Note : chaque quartile comprend un quart des régions préalablement rangées dans l'ordre croissant de l'indicateur présenté.

Source : OFDT, Escapad 2002-2003 et Escapad 2008

12. État de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique-rapport 2009-2010

CANNABIS ET AUTRES SUBSTANCES ILLICITES

Les observations du baromètre santé 2000 situaient déjà l'Aquitaine comme une région de surconsommation de cannabis. En 2005, l'expérimentation de cannabis des Aquitains âgés de 15 à 64 ans (34,4 %) demeure toujours significativement supérieure à la moyenne nationale.

Pour les plus jeunes, les niveaux d'usage du cannabis sont similaires à ceux qui sont observés sur le reste du territoire métropolitain en 2005. Parmi les 966 adolescents interrogés en 2005 dans l'enquête ESCAPAD en Aquitaine, 54 % des garçons et 43 % des filles déclarent avoir expérimenté le cannabis. L'usage régulier, qui est en baisse par rapport à l'enquête 2002/2003, concerne 11 % des jeunes aquitains, avec une nette prédominance masculine (17 % des garçons et 6 % des filles).

Les niveaux d'expérimentation des autres produits illicites (cocaïne, héroïne, ecstasy, poppers, champignons hallucinogènes) se révèlent proches des moyennes nationales.

L'expérimentation des médicaments psychotropes est plus fréquente chez les adolescentes en Aquitaine que dans le reste de la France.

Les interpellations pour usage de stupéfiants en Aquitaine sont à la hausse depuis 2005. Elles suivent la tendance à la hausse observée au niveau national, mais restent plus faibles dans la région qu'en France (114 pour 100 000 habitants contre 202) excepté le taux d'infraction pour usage de cocaïne qui est l'un des plus élevés de France¹³.

- **Prévalence de la consommation régulière de cannabis à 17 ans en 2008** (au moins 10 épisodes de consommation dans le mois, en %). Le niveau est plus élevé chez les garçons (10,7 %) que chez les filles (3,9 %). Champ : jeunes âgés de 17 ans.

> Consommation régulière de cannabis à 17 ans en 2008



1^{er} quartile
2^e quartile
3^e quartile
4^e quartile

Note : chaque quartile comprend un quart des régions préalablement rangées dans l'ordre croissant de l'indicateur présenté.

Source : OFDT, Escapad 2002-2003 et Escapad 2008

• Consommation déclarée de médicaments psychotropes des jeunes de 17 ans

Indicateurs	Année	Aquitaine	France métro.
Expérimentation de tranquillisants au cours de la vie			
Garçons (pour 100)	2008	14,0	13,9
Filles (pour 100)	2008	24,0	23,1
Ensemble (pour 100)	2008	19,0	18,4
Expérimentation de somnifères au cours de la vie			
Garçons (pour 100)	2008	14,0	12,2
Filles (pour 100)	2008	16,0	17,1
Ensemble (pour 100)	2008	15,0	14,6
Expérimentation au cours de la vie			
Garçons (pour 100)	2008	11,0	11,3
Filles (pour 100)	2008	35,0	28,6
Ensemble (pour 100)	2008	22,0	19,9
Ensemble (pour 100)	2002-2003	27,0	24,8

Source : Enquête Escapad - OFDT

13. Source OCRTIS, Insee

NUTRITION ET ACTIVITÉ PHYSIQUE

Surpoids et obésité sont associés à un risque important de diabète et de maladies cardiovasculaires.

Compte tenu des déséquilibres nutritionnels, liés à la fois à des excès dans l'alimentation et à un environnement marqué par une augmentation des comportements sédentaires et un manque d'activité physique, la prévalence de la surcharge pondérale augmente partout dans le monde occidental.

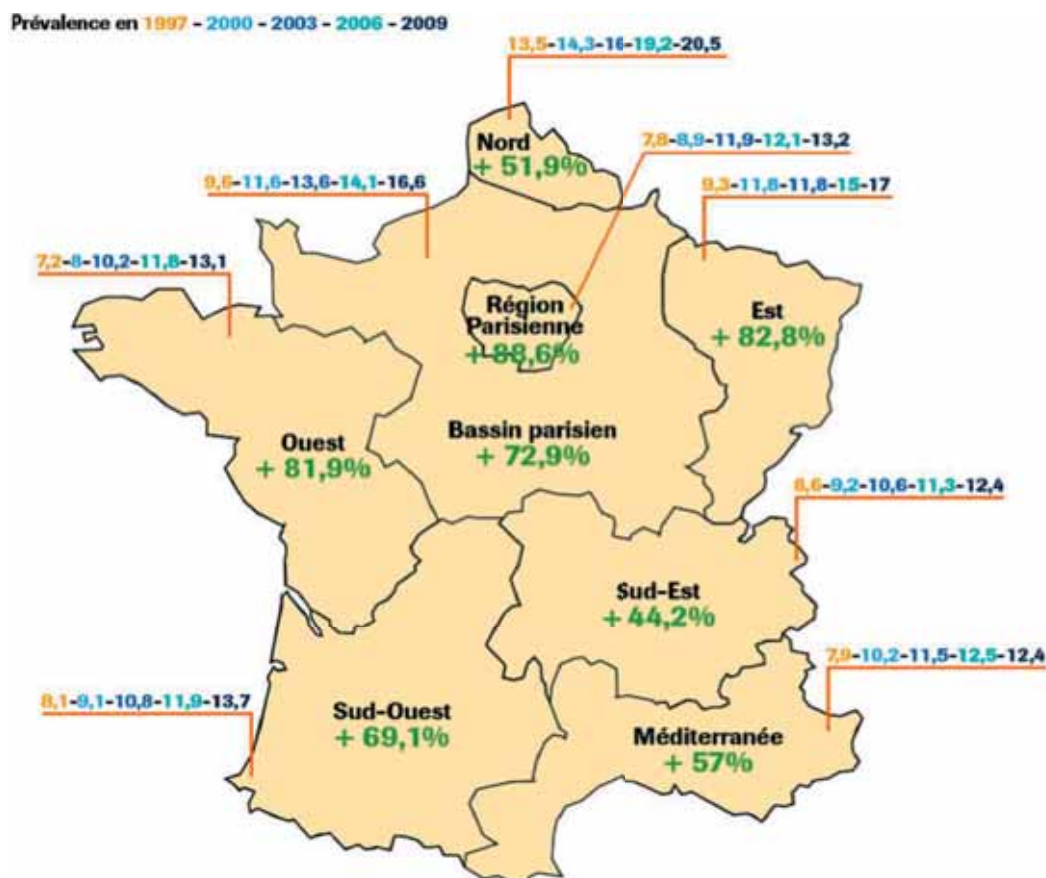
En France, le nombre de personnes en surcharge pondérale, et plus spécifiquement le nombre d'obèses, est en forte croissance dans la population adulte : selon l'étude OBEPI, la prévalence de l'obésité a augmenté en France de 70,6 % entre 1997 et 2009 (8,7 % en 1997, 14,5 % en 2009).

En Aquitaine, la prévalence était de 8,1 % en 1997 et s'élevait à 13,7 % en 2009, soit une augmentation de 69,1 %.

En 2009, une augmentation de la prévalence de l'obésité est observée dans toutes les catégories socioprofessionnelles mais dans des proportions inégales, les augmentations les plus fortes étant constatées chez les inactifs, les ouvriers et les employés, l'augmentation la plus faible chez les cadres.

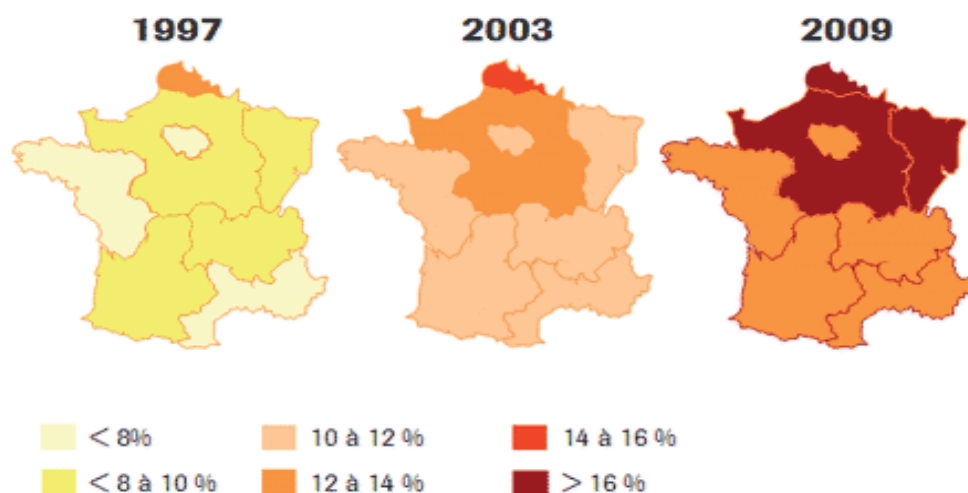
La prévalence de l'obésité reste parallèlement inversement proportionnelle au niveau d'instruction. Elle varie de 7 pour un niveau d'instruction études supérieures, 2^{ème} ou 3^{ème} cycle, à 24 pour un niveau d'instruction études primaires.

• Prévalence et évolution de l'obésité en France de 1997 à 2009



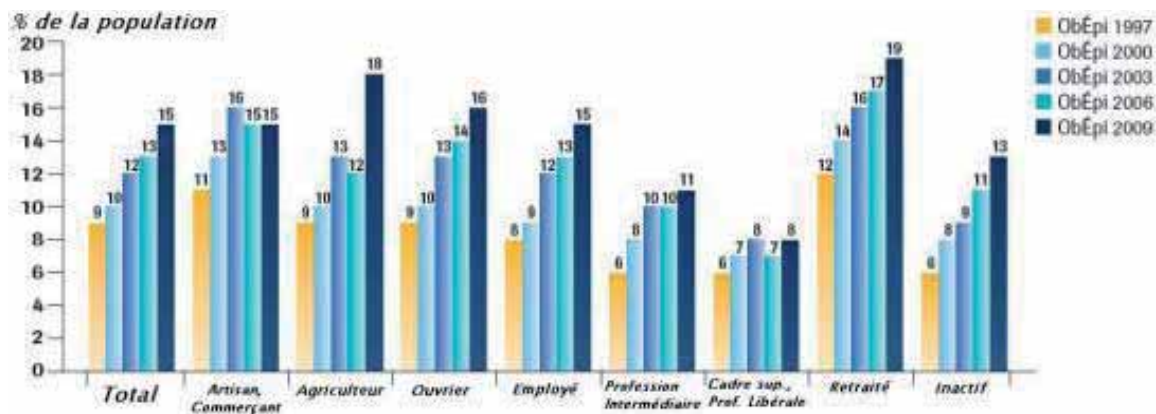
Source : enquête OBEPI (Inserm-Roche)

• Prévalence de l'obésité - Evolution depuis 1997

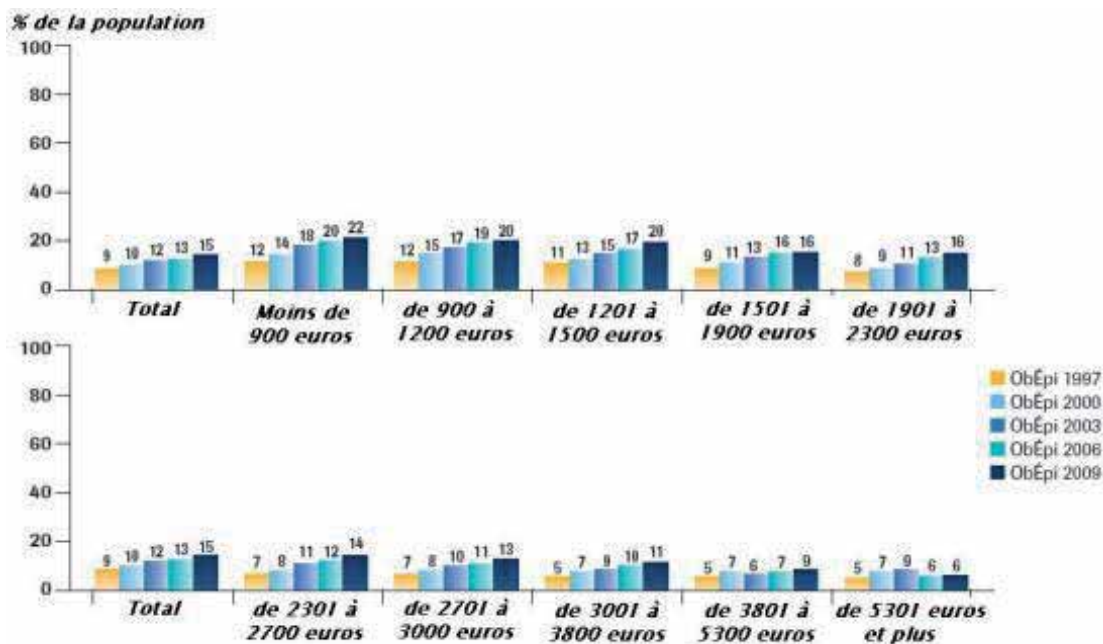


Source : Etude OBEPI

• Répartition de la population adulte obèse par catégorie socio-professionnelle depuis 1997



• Répartition de la population adulte obèse par niveau de revenus mensuels du foyer depuis 1997



FACTEURS PROFESSIONNELS

Les facteurs professionnels pèsent d'un grand poids sur la santé de la population.

La population active ayant un emploi en Aquitaine était de 1 278 000 personnes en 2007, dont 87 % étaient des salariés. Une partie de ces derniers occupaient un emploi précaire (60 600) et le double avaient un contrat à durée déterminée (114 000).

Selon l'enquête Sumer¹⁴ de 2003, trois quarts des salariés aquitains étaient exposés à des contraintes posturales et articulaires, soit un peu plus que la moyenne nationale. Il en était de même pour les manutentions manuelles de charges et les nuisances thermiques, auxquelles les salariés aquitains étaient plus exposés que les autres salariés.

Les maladies professionnelles indemnisées

Comme lors des années précédentes, le nombre de maladies professionnelles est en augmentation en France, +3,6 % en 2008. Ce rythme de progression est toutefois moins soutenu depuis 2005.

Les affections articulaires représentaient 74,2 % des nouvelles maladies indemnisées en 2008.

Le nombre de journées d'incapacité temporaire continuait d'augmenter, en nette progression par rapport à 2007 : +11,1 %.

Après plusieurs années de baisse, le nombre de décès repartait légèrement à la hausse (+1,2 %)¹⁵.

Les maladies à caractère professionnel en Aquitaine

Selon les résultats d'un programme de surveillance reposant sur un réseau de médecins du travail volontaires signalant 2 semaines consécutives les cas de maladies à caractère professionnel observés au cours de leur consultation, les affections de l'appareil locomoteur représentaient en 2008 près de 6 pathologies sur 10. Parmi elles, 95,2 % étaient des troubles musculo-squelettiques.

La souffrance psychique représentait près d'un quart des pathologies signalées (23,0 %)¹⁶.

En 2007, 320 médecins des services autonomes ou entreprises de santé au travail ont eu en charge le suivi de plus de 700 000 salariés d'Aquitaine. D'après les rapports annuels établis par ces médecins, 67 500 salariés étaient exposés ou potentiellement exposés à des agents cancérigènes, mutagènes ou reprotoxiques (CMR). Ils représentaient environ 10 % de l'ensemble des salariés suivis.

En dix ans, de 1998 à 2007, pour les cinq départements aquitains participant au réseau national de surveillance du mésothéliome, près de 350 cas ont été confirmés et 25 sont en cours de diagnostic. Les nombres de nouveaux cas annuels sont stables durant cette période.

D'après l'enquête d'évaluation des expositions, 92 % des cas masculins et 44 % des cas féminins sont survenus suite à une exposition professionnelle à l'amiante¹⁷.

Les accidents du travail en Aquitaine

En 2007, 34 555 accidents de travail avec arrêt sont survenus en Aquitaine, soit 7 % de plus qu'en 2006. Un accident du travail sur seize a occasionné des séquelles permanentes (évaluées par l'attribution d'un taux d'Incapacité Partielle Permanente, IPP).

Le taux de fréquence aquitain est passé de 25,4 en 2006 à 26,4 en 2007 (24,3 en France métropolitaine). C'est en Gironde que ce risque est le plus faible et en Lot-et-Garonne, le risque le plus élevé.

Le risque d'accident est plus élevé dans la construction, les industries des équipements du foyer et les industries du bois et du papier. Les hommes sont plus exposés que les femmes et le risque est beaucoup plus élevé chez les ouvriers que dans les autres catégories socioprofessionnelles. Les jeunes sont plus touchés que les aînés mais les accidents sont plus graves chez les salariés plus âgés.

Pour quasiment tous les grands indicateurs caractéristiques du risque de subir un accident du travail, la moyenne aquitaine se situe au dessus de la moyenne nationale¹⁸.

14. L'enquête SUMER est copilotée par la Dares et la DGT (Inspection médicale du travail). L'enquête 2003 couvre les salariés suivis par la médecine de santé au travail du régime général et agricole, les salariés des hôpitaux public, d'EDF/GDF, de la Poste, de la SNCF et d'Air France. Elle porte sur 4 grandes thématiques, les contraintes physiques, organisationnelles et relationnelles, et l'exposition aux agents biologiques et aux produits chimiques.

15. Chiffres clés de la sinistralité Branche AT 2008 consultable sous le lien <http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr>

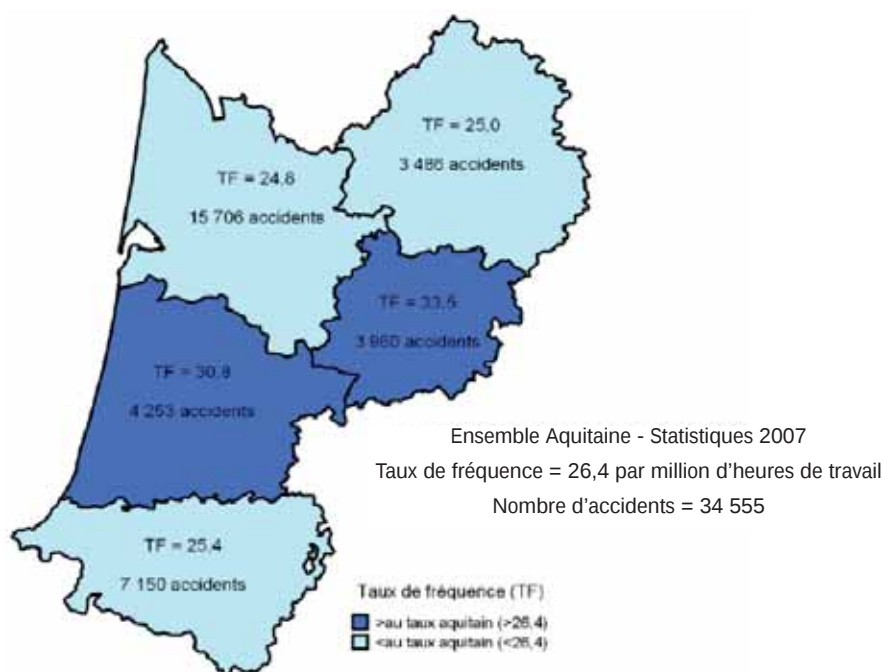
16. Les maladies à caractère professionnel en Aquitaine « résultats des quinze années 2008 » consultable sur <http://www.aquitaine.travail.gouv.fr/gallery/file/2821.pdf>

17. PRSE2 Aquitaine état des lieux consultable sur <http://www.prse-aquitaine.fr/>

18. DIRECCTE Aquitaine n°2 janvier 2010 : les accidents du travail en 2007 consultable sur <http://www.aquitaine.travail.gouv.fr/gallery/file/2680.pdf>

• Taux de fréquence et nombre d'accidents de travail en 2007

Source : CNAM et DADS Insee / Calculs : DARES



FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX

Selon les connaissances scientifiques actuelles, il est indéniable que la qualité de l'environnement a une influence sur la santé même s'il est souvent difficile de faire la part de ce qui relève des causes génétiques, sociales et environnementales dans l'apparition des pathologies. Toutefois, certaines d'entre elles ont un lien direct avec l'environnement¹⁹.

- > Les intoxications au monoxyde de carbone : l'Aquitaine est parmi les régions à faible mortalité par intoxication au CO. Par contre, le taux d'hospitalisation pour cette intoxication est l'un des plus élevés de France ;
- > Le saturnisme : le taux moyen annuel de nouveaux cas de saturnisme infantile lié à une exposition au plomb était de 2 pour 100 000 enfants de moins de 18 ans en 2004-2006 (3,7 pour 100 000 en France) ;
- > La légionellose : l'incidence de la légionellose est globalement en augmentation en Aquitaine comme en France. Avec 62 nouveaux cas en 2008, l'incidence régionale atteint 2 cas pour 100 000 habitants, taux identique à l'incidence nationale ;

- > Les traumatismes sonores : liés au bruit, ils sont fréquents en milieu professionnel (41 % des Aquitains déclarent travailler en milieu sonore et 39 % d'entre eux en ont ressenti l'effet sur leur santé) et se développent chez les jeunes sous l'effet de l'écoute de musique amplifiée²⁰. Pour d'autres pathologies, l'environnement joue un rôle parmi d'autres facteurs :
- > Les cancers : selon les données de la commission nationale du plan de santé environnement 2004, dans les pays industrialisés, de 7 % à 20 % des décès par cancer seraient imputables à des facteurs environnementaux non liés à des comportements individuels :
 - activités professionnelles (de 4 % à 8,5 % selon l'InVS) ;
 - contaminants environnementaux présents dans l'alimentation (moins de 1 %) dans l'air, l'eau ou les sols (de 1 % à 5 %) ;
 - facteurs géophysiques (radiations ionisantes, ultraviolets : de 2 % à 4 %) ;

19. PRSE2 Aquitaine état des lieux consultable sur <http://www.prse-aquitaine.fr/>

20. Source Baromètre Santé Environnement

- produits industriels de consommation (de 1 % à 2 %).
- Certains agents environnementaux ont une cancérogénicité prouvée ou fortement suspectée : rayonnements solaires (mélanomes), amiante (mésothéliomes et cancers du poumon), poussières de bois (cancers naso-sinusiens), benzène, arsenic...

> Les maladies cardiovasculaires et respiratoires : la pollution atmosphérique (fort taux d'ozone et de particules fines) a un impact sur l'incidence de ces pathologies. L'impact à court terme de la pollution atmosphérique sur les 5 principales agglomérations d'Aquitaine a été évalué à une soixantaine de décès et à environ 200 hospitalisations pour cause respi-

ratoire ou cardiovasculaire²¹. Au facteur pollution, s'ajoutent pour l'asthme d'autres facteurs environnementaux tels que pollens et moisissures agissant comme allergènes.

> Troubles neurologiques liés à l'exposition répétée aux pesticides²².

21. Etudes du programme de surveillance air et santé (PSAS) suivies par celles de l'Institut de veille sanitaire

22. Etude Phytoneer MSA Aquitaine

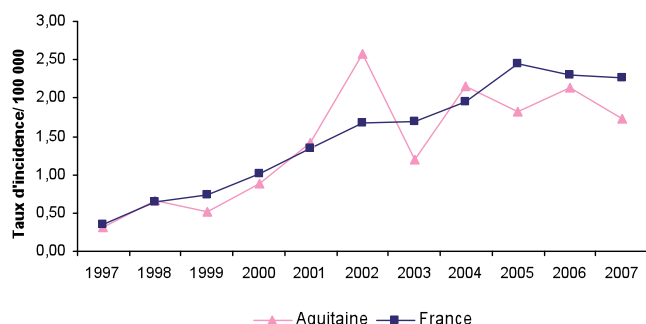
• Données du système national de surveillance des plombémies chez l'enfant mineur, Aquitaine, 2000-2007

Indicateurs	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	1er semestre 2007*
Total plombémie	34	19	77	468	261	307	222	87
Total primo dépistage	32	18	61	428	210	251	192	80
Total cas primo dépistage	8	7	8	16	14	9	13	3
Total cas incidents	9	7	12	16	14	11	13	3

Source : Invs

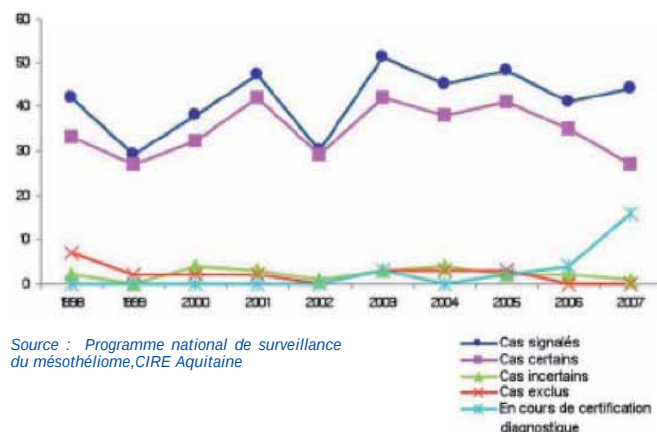
* Données non définitives

• Incidence annuelle de la légionellose en Aquitaine et en France métropolitaine 1997-2006 (taux d'incidence pour 100 000 habitants)



Source : InVS, Insee

• Nombre de cas de mésothéliome pleural signalés et confirmés en Aquitaine



Source : Programme national de surveillance du mésothéliome, CIRE Aquitaine

• Exposition au bruit des salariés par secteur (parmi les 32 % exposés)

Agriculture, sylviculture, pêche	Industrie	Construction	Tertiaire
50%	51%	65%	22%

Source : fiche afssat 2005, d'après résultats SUMER 2003

LES DÉTERMINANTS SOCIO-ÉCONOMIQUES

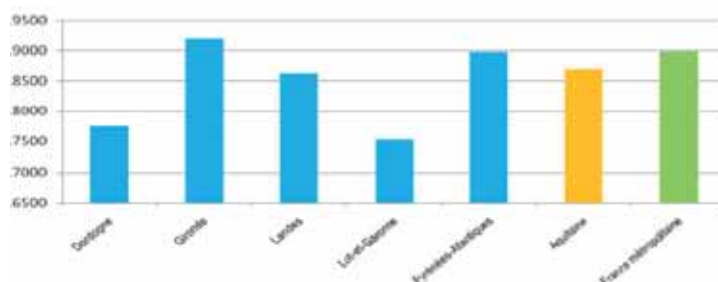
REVENUS ET SALAIRES

En 2008, la moitié des ménages aquitains dispose pour vivre de 1 560 euros par mois et par unité de consommation. Ce niveau de vie médian est à peine supérieur à celui de la France de province. Dans la région, la Gironde est le département où ce revenu est le plus élevé (1 920 euros, 22^{ème} rang des départements).

Avec un niveau de vie inférieur à 950 euros mensuels, un Aquitain sur huit vit sous le seuil de pauvreté. Deux départements aquitains sont caractérisés par un niveau de pauvreté supérieur à la moyenne nationale : le Lot-et-Garonne et la Dordogne.

La pauvreté est plus fréquente à la campagne qu'en ville. Les familles monoparentales, les personnes seules, ainsi que les jeunes sont les plus exposés à la pauvreté.

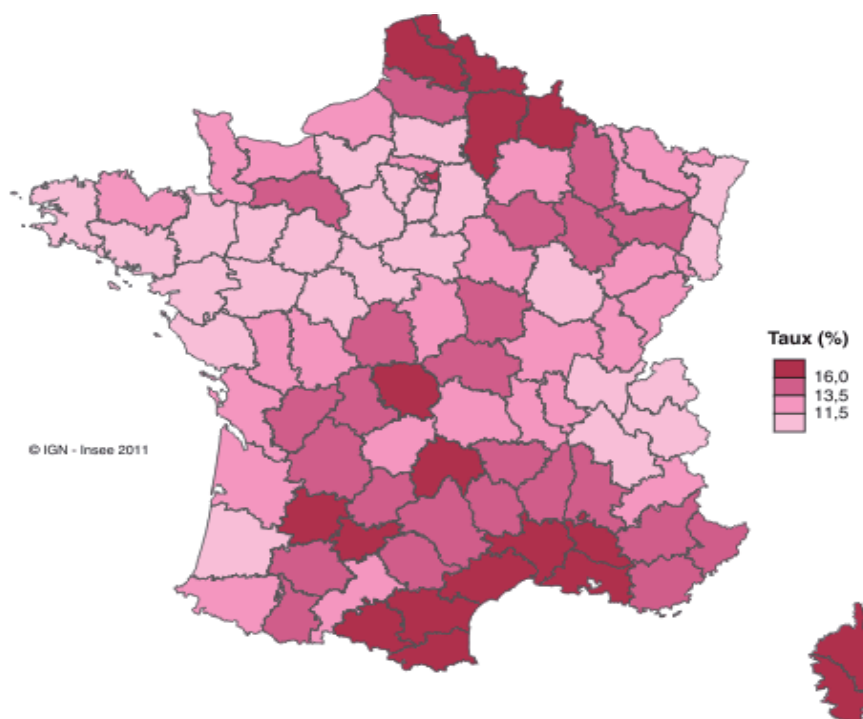
• Revenu médian annuel par ménage en euros en 2008



Source : Insee, revenus disponibles localisés - Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

• Taux de pauvreté par département en 2008

Source : Insee, DGFIP, Revenus disponibles localisés



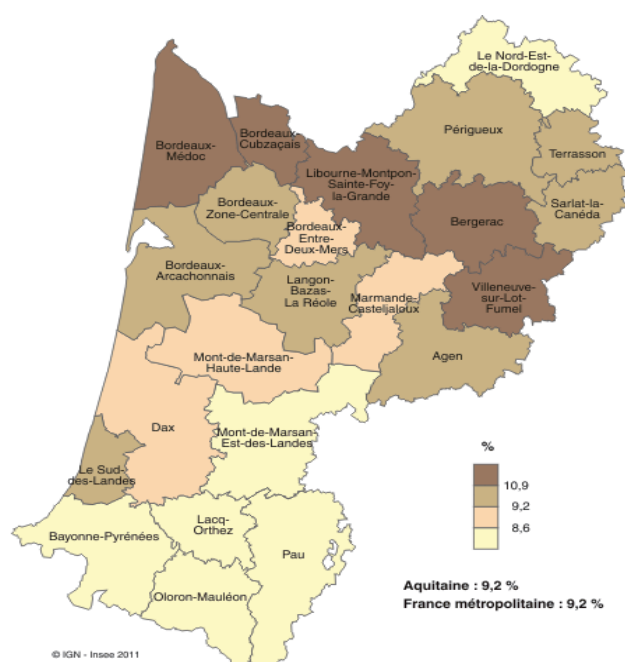
CHÔMAGE

Fin 2009, l'Aquitaine compte 200 700 demandeurs d'emploi inscrits à « Pôle emploi » et tenus de faire des actes positifs de recherche d'emploi (catégories A, B, C), en progression de 51 800 sur dix-huit mois. Deux tiers d'entre eux n'ont pas d'emploi (catégorie A) et les autres exercent une activité courte ou longue (catégories B et C).

En 2010, l'augmentation du nombre de demandeurs d'emploi inscrits à Pôle emploi dans les catégories ABC se poursuit en Aquitaine : + 6,7 % sur un an, soit 2 points de plus qu'au niveau national. Cette hausse est de moindre intensité que celle enregistrée au cours de l'année 2009 (+ 16 %).

Les seniors et les demandeurs d'emploi de longue durée sont les plus fortement touchés par la dégradation du marché du travail.

- Taux de chômage localisé par zone d'emploi en Aquitaine au 4^{ème} trimestre 2010



Source : Insee (mai 2011)

MINIMA SOCIAUX

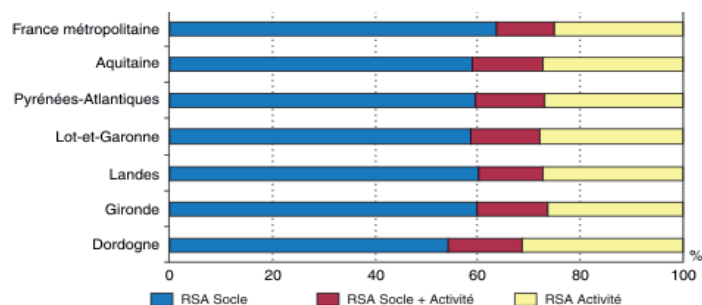
Au 31 décembre 2009, 84 546 Aquitains sont allocataires du revenu de solidarité active (RSA)²³. Ces bénéficiaires représentent 4,2 % des habitants de la région.

A la même période, 154 787 personnes bénéficiaient de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC), soit 4,9 % des Aquitains.

Le Lot-et-Garonne présente le pourcentage de bénéficiaires de la CMU complémentaire le plus élevé de la région (6,0 %).

Le pourcentage le plus faible est observé dans les Landes (4,2 %) suivi des Pyrénées-Atlantiques (4,3 %).

- Répartition des allocataires du RSA par type d'allocation au 31/12/2010



Source : Caf et MSA

23. Depuis le 1^{er} juin 2009, le RSA a remplacé le revenu minimum d'insertion (RMI) et l'allocation de parent isolé (API).

LES INÉGALITÉS SOCIO-SANITAIRES

Une typologie de l'Aquitaine en 5 classes de canton a été établie par l'Observatoire Régional de la Santé en Aquitaine à partir des indicateurs présentés dans le document *Inégalités socio-sanitaires en France*, réalisé par la Fédération nationale des ORS (Fnors).

Ces cinq classes regroupent chacune des cantons aux caractéristiques proches qui se distinguent de celles des autres classes au regard :

- > de la population ;
- > des conditions de vie ;
- > de l'offre de soins ;
- > de la mortalité.

CLASSE 1

Zones généralement rurales, caractérisées par :

- > de fortes proportions d'agriculteurs exploitants et de personnes âgées ;
- > une certaine précarité ;
- > une offre médicale peu élevée ;
- > un éloignement des services de soins ;
- > une sous-mortalité par rapport à l'ensemble de la région, hormis pour les morts violentes.

CLASSE 2

Zones généralement assez peu peuplées, caractérisées par :

- > une forte surmortalité par rapport à la moyenne aquitaine ;
- > une proportion élevée d'ouvriers ;
- > des situations de précarité fréquentes ;
- > un temps d'accès généralement élevé aux services de soins.

CLASSE 3

Zones généralement assez peu peuplées (certaines étant montagneuses), caractérisées par :

- > une forte proportion d'agriculteurs exploitants ;
- > une situation socio-économique assez favorable ;
- > un temps d'accès aux généralistes plutôt élevé ;
- > une surmortalité par rapport à la moyenne aquitaine pour la mortalité générale, les maladies des appareils circulatoire et respiratoire.

CLASSE 4

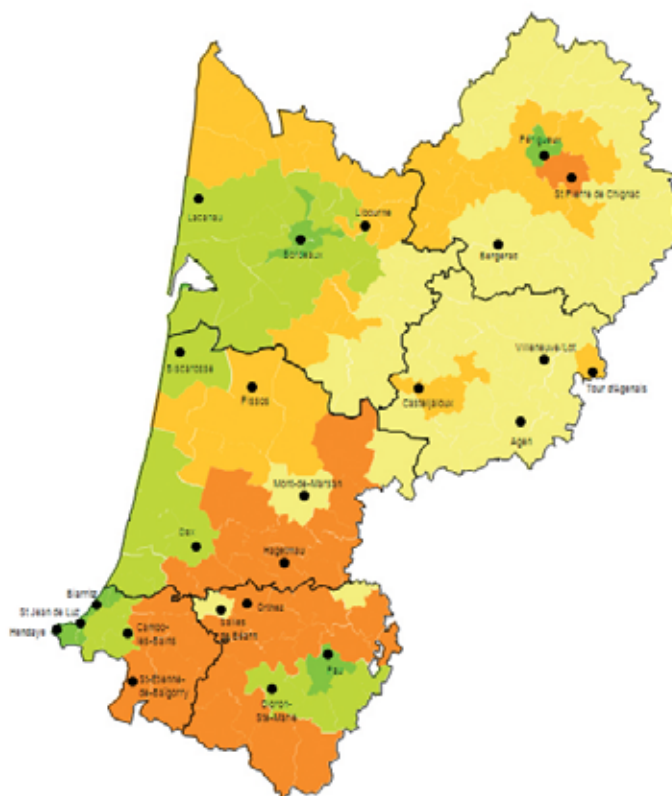
Zones urbaines, fortement peuplées, caractérisées par :

- > une population socialement plutôt favorisée ;
- > une proximité des services de soins ;
- > une offre médicale importante ;
- > une sous-mortalité par rapport à la moyenne aquitaine pour la mortalité générale et prématurée mais une surmortalité par cancers.

CLASSE 5

Zones très urbanisées, globalement en sous-mortalité, avec des caractéristiques propres à cette urbanisation :

- > offre de soins diversifiée à proximité ;
- > population plutôt jeune ;
- > importance du mode de vie isolé ;
- > situations socio-économiques contrastées.



Source : CCMSA, Cnaf, Cnamts (Snir), DGI, Fnors, Insee, Inserm (CépiDc), Odomatrix 2010, Inra UMR 1041 CESEAR-Dijon

SURVEILLANCE DES RISQUES SANITAIRES

La veille et la sécurité sanitaire constituent un enjeu majeur. Elles ont pour objet de répondre au besoin de protection de la population et de prise en charge rapide, efficace et durable de celle-ci dans des situations d'urgence ou de crise sanitaire.

L'ARS d'Aquitaine, également ARS de la zone de défense sud-ouest, assure des missions de défense et sécurité aux niveaux :

- > régional, en s'appuyant sur les équipes des délégations territoriales ;
- > zonal, d'animation et de coordination interrégionale des quatre ARS de la zone (Aquitaine, Limousin, Midi-Pyrénées, Poitou-Charentes).

L'ARS d'Aquitaine assiste le préfet de zone et les préfets de département d'Aquitaine dans l'élaboration et la mise en œuvre des plans pour la gestion de crise.

LES DOMAINES D'INTERVENTION

Les principaux domaines d'intervention de la veille et de la sécurité sanitaire sont constitués par les risques infectieux, les risques toxiques, les risques associés aux soins, le risque environnemental, le risque naturel, le risque industriel et technologique ainsi que le risque terroriste. Les risques Nucléaires, Radiologiques, Biologiques, Chimiques et Explosifs issus des domaines précédents sont rassemblés en une unité spécifique NRBCE (risques à dangers élevés, ayant pour enjeu la vie des populations civiles ou militaires).

La veille et la sécurité sanitaire repose sur :

- > **la prévention des situations à risque** notamment par le contrôle sanitaire d'un certain nombre de facteurs environnementaux pouvant avoir un impact sur la santé de l'homme, l'organisation et l'animation de la surveillance épidémiologique et des différents dispositifs de vigilance. Outre les services internes à l'ARS, de nombreux acteurs contribuent à la veille : les professionnels de santé, les établissements sanitaires et médico-sociaux et les organismes partenaires, l'Antenne Régionale de Lutte contre les Infections Nosocomiales (ARLIN), les centres de lutte contre la tuberculose, les services de PMI, les services communaux d'hygiène et de santé ;

> **la gestion des alertes et des urgences sanitaires**, constituée par les réponses rapides aux différents signaux sanitaires : maladies à déclaration obligatoire (infections invasives à méningocoques, légionelloses, tuberculose) et autres maladies nécessitant une surveillance épidémiologique (infections respiratoires aiguës et gastroentérites aiguës en collectivité, infections sexuellement transmissibles...), signaux en provenance des systèmes de signalement de toutes les vigilances (pharmacovigilance, hémovigilance, toxicovigilance, matériovigilance, addictovigilance), signalement des infections nosocomiales et déclaration des événements indésirables graves (EIG) ;

> **l'anticipation des crises au travers de l'élaboration et la gestion de plans de sécurité sanitaire** : plans nationaux (pandémie grippale, canicule, grand froid...), plans ORSEC sous la responsabilité du préfet de zone ou de département, plan blanc concernant les établissements de santé, plan bleu pour les établissements médico-sociaux...

L'ORGANISATION DE LA VEILLE ET DE LA SÉCURITÉ SANITAIRE AVEC LA MISE EN PLACE DE L'ARS

La création de l'ARS s'accompagne d'une nouvelle organisation qui doit améliorer l'efficacité de la veille sanitaire à travers la mise en place d'une plateforme dotée d'un point d'entrée unique pour le signalement des événements ayant un impact sur la santé des populations.

L'enjeu est la mise en place d'un dispositif efficient, assurant la réception des signaux 24h/24 et 7j/7 et la circulation de l'information.

Par ailleurs, une expérience a été acquise au niveau de la région, dans la mise en place des précédents plans nationaux avec une bonne coordination de l'ensemble des partenaires (État, collectivités territoriales, établissements de santé...).

La gouvernance par l'ARS de zone s'est simplifiée et s'organise auprès des ARS de la zone pour les problématiques de défense et sécurité avec 4 entités au lieu de 20 départements.

L'ÉTAT DES LIEUX DES DIFFÉRENTS RISQUES EN AQUITAINE

Risque environnemental :

- > **eaux d'alimentation** : la qualité est globalement très bonne mais des problèmes de non respect de limite de qualité réglementaire existent dans certaines zones géographiques de la région (petites unités de distribution en zones de montagne et en zones rurales) et de façon générale pour le respect de certaines références de qualité ;
- > **eaux de baignade** : la qualité est, là aussi, globalement bonne avec quelques disparités régionales en particulier dues à la présence de cyanobactéries dans certaines baignades en eaux douces. La qualité des eaux de piscines est de même un réel sujet, en particulier avec l'application récente de la réglementation aux spas ;
- > **thermalisme** : vigilance sur les nombreux établissements thermaux ;
- > **domaine « des espaces clos »** : la priorité est de faire respecter la réglementation concernant en particulier la prévention de la légionellose et de l'exposition à l'amiante dans les établissements de santé, sociaux et médico-sociaux ;
- > **habitat indigne** : 100 000 logements considérés comme potentiellement indignes dans la région ;
- > **exposition aux pesticides** : par les aliments ou l'air dans une région à très forte activité agricole ;
- > **qualité de l'air extérieur** : des émissions atmosphériques parfois importantes localisées au niveau de certains sites industriels, une orientation à la hausse en 2009 pour les particules en suspension, des dépassements de la valeur limite en NO₂ sur la majorité des stations de proximité automobile, des teneurs en ozone en augmentation en 2009 par rapport à 2008 ;

- > **qualité de l'air intérieur** : en particulier des établissements scolaires implantés sur des anciens sites et sols pollués ;
- > **exposition aux nuisances sonores** dans le monde du travail ou la sphère privée ;
- > **exposition à l'amiante** dans les établissements recevant du public : une exposition résiduelle encore mal connue (connaissance de la situation des établissements sanitaires, médico-sociaux et d'une partie des sociaux, mais absence de connaissance globale dans les autres établissements recevant du public) ;
- > **expositions professionnelles** : d'importantes expositions professionnelles aux composés CMR (cancérogènes, mutagènes, reprotoxiques) des salariés ;
- > **risques émergents** (nanoparticules, ondes) ;
- > **alimentation** : problèmes de contamination des coquillages, de contamination en pesticides dans les aliments, de PCB (polychlorobiphényles) dans la chair des poissons, de métaux dans les champignons... ;
- > **transports** : importante zone de transport routier (expositions à la pollution de l'air, aux bruits...).

Risque infectieux hors infections associées aux soins

Les taux d'incidence des maladies infectieuses à déclaration obligatoire les plus fréquentes sont inférieurs aux taux nationaux. Cependant, les efforts doivent être poursuivis vis-à-vis des infections invasives à méningocoques et des légionelloses qui ont des taux de létalité élevés et vis-à-vis desquelles des actions de prophylaxie ou de dépistage peuvent être menées.

A noter cependant, le caractère non exhaustif des déclarations à prendre en compte. Les taux d'incidence ne sont donc pas représentatifs de la situation épidémiologique réelle.

- Incidence des maladies infectieuses à déclaration obligatoire les plus fréquentes

Taux d'incidence 2008	Aquitaine	France
Infections à méningocoque	10	11
Légionellose	2	2
Tuberculose	6	9
Infection VIH	6	10
Hépatite A	1	2

Source : CIRE Aquitaine, Bulletin de Veille Sanitaire n°4, Juin 2010

Risques associés aux soins

Infections associées aux soins

L'Aquitaine, avec moins d'une infection sur deux faisant l'objet d'un signalement à l'ARS, est néanmoins l'une des régions qui signale le mieux les infections contractées lors d'un séjour ou lors d'actes de soins ou de diagnostic. En 2009, les germes principaux de ces signalements sont staphylococcus aureus et clostridium difficile.

Par ailleurs, la région réalise une surveillance particulière des cas groupés susceptibles de créer des événements épidémiques (souvent causes de décès chez les personnes vulnérables comme les personnes âgées en EHPAD).

Enfin les infections ostéoarticulaires sévères après chirurgie traumatologique et orthopédiques sont désormais prises en charge de façon très spécialisées et avec des soins gradués dans le cadre d'un centre de référence avec les CHU de Bordeaux et de Toulouse.

Les événements indésirables graves

L'Aquitaine a participé de mars 2009 à juin 2010 à l'expérimentation, mise en place par l'Institut de veille sanitaire, de déclaration des événements indésirables graves (EIG) par les établissements sanitaires et médico-sociaux : 30 EIG ont été analysés par les 15 établissements volontaires et ont montré que les trois quarts correspondaient à des événements dits « généraux » (décès, ré intervention et transfert en réanimation) et qu'ils concernaient des expositions et des mécanismes liés :

- > à des actes invasifs dont les interventions chirurgicales ;
- > à des produits de santé dont les médicaments ;
- > à des infections associées aux soins dont les infections du site opératoire.

Les récents résultats de l'enquête nationale sur les événements indésirables associés aux soins, ENEIS 2, confirment ces axes prioritaires de prévention et démontrent que les EIG sont largement évitables pour près de la moitié d'entre eux.

Dans le domaine du risque médicamenteux en établissement de santé, l'étude nationale EMIR réalisée en 2007 par l'AFSSAPS a permis d'estimer globalement à 3,6 % la proportion des hospitalisations dues à des effets indésirables médicamenteux, ces résultats étant proches de la première étude pilotée en 1998 par les équipes bordelaises de pharmacovigilance.

Dans le domaine ambulatoire, l'étude aquitaine « EVISA » a permis d'élargir la connaissance en matière d'événements graves liés aux soins extrahospitaliers, conduisant à estimer la fréquence, la gravité, le caractère évitable de ces événements, les facteurs contributifs de leur survenue et l'estimation du coût de la prise en charge hospitalière qui suit.

Le rôle des médicaments apparaît majeur. En effet, dans 81 % des cas, un médicament est directement associé à la survenue de l'événement, en premier lieu les anticoagulants, puis les médicaments à visée neurologique, les antihypertenseurs et autres cardiotropes, les antalgiques et l'insulinothérapie

ANNEXE 2

L'offre de santé en Aquitaine



Sommaire

- L'offre dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention 76
- Offre de soins ambulatoire 85
- Les réseaux de santé 94
- Recours aux soins ambulatoires 97
- Offre de soins hospitalière 99
- Offre médico-sociale 111
- L'offre en addictologie 115

L'OFFRE DANS LE DOMAINE DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION

LES DIFFÉRENTS ACTEURS

En Aquitaine, de nombreux acteurs participent à la promotion de la santé et la prévention : institutionnels tels que le réseau Assurance Maladie, les collectivités territoriales (Conseil Régional, les cinq conseils généraux, les communes, groupements de communes), l'Éducation Nationale, différents services de l'État (DIRECCTE, DRJSCS,...) mais aussi les opérateurs que sont les associations, les établissements scolaires, les CCAS (Centres Communaux d'Action Sociale) et missions locales, les établissements de santé...

La loi du 9 août 2004 a amorcé la coordination de la prévention au travers de son dispositif : Plan Régional de Santé Publique (PRSP) et Groupement Régional de Santé Publique (GRSP) mais des difficultés subsistent, notamment le partage des données d'observation, nécessaire dans le cadre d'une politique de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

La difficulté spécifique du pilotage en matière de prévention et de promotion de la santé réside dans le manque de visibilité et d'évaluation des actions menées. L'accueil relève non seulement d'actions subventionnées par d'autres financeurs que l'ARS, mais aussi d'actions menées sur fonds propres par les structures et qui pour autant impactent les territoires.

LES ORIENTATIONS DES CINQ DERNIÈRES ANNÉES

Le PRSP a été le cadre de référence pour l'ensemble des opérateurs qui sont intervenus dans la mise en œuvre d'un projet de santé publique.

Mis en œuvre par le GRSP, il s'est limité à son dispositif de financement (cf. Évaluation du PRSP - 2009) : appel à projets, conventions annuelles pour des dépenses dites obligatoires ou définies comme prioritaires dans la région, quelques conventions pluriannuelles expérimentales dans le cadre du Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS).

Il a été déployé en Aquitaine selon 4 axes :

- > **Pathologies** : Cancers, SIDA-Hépatites-IST, autres pathologies (Tuberculose, Vaccination,...) ;
- > **Déterminants de santé** : Addictions, Nutrition, Santé-Environnement ;
- > **Populations** : PRAPS, Personnes âgées, Jeunes, Population active ;
- > **Organisation et connaissances** : SREPS (Schéma Régional d'Éducation Pour la Santé), Programme Études et Statistiques, Communication et valorisation de l'existant.

L'APPROCHE TERRITORIALE

En dehors du PRAPS élaboré sur la base d'un atlas cantonal sanitaire et social, le PRSP aquitain a été principalement envisagé sur la base de l'élaboration de priorités départementales, sans développer une approche en termes de territoires de santé de proximité.

En effet, les territoires de « projets santé » sont multiples et légitimes : territoires de la politique de la ville, villes membres du réseau des villes santé OMS, les collectivités territoriales actives du PNNS et celles engagées dans le processus « Agenda 21 », les pays ayant intégré dans leur projet un diagnostic santé...

Les inégalités et dynamiques territoriales ont été prises en compte d'un point de vue opérationnel mais pas stratégique. La répartition des financements par département est jusqu'à présent basée sur une logique démographique (proportionnelle à la population de chaque département).

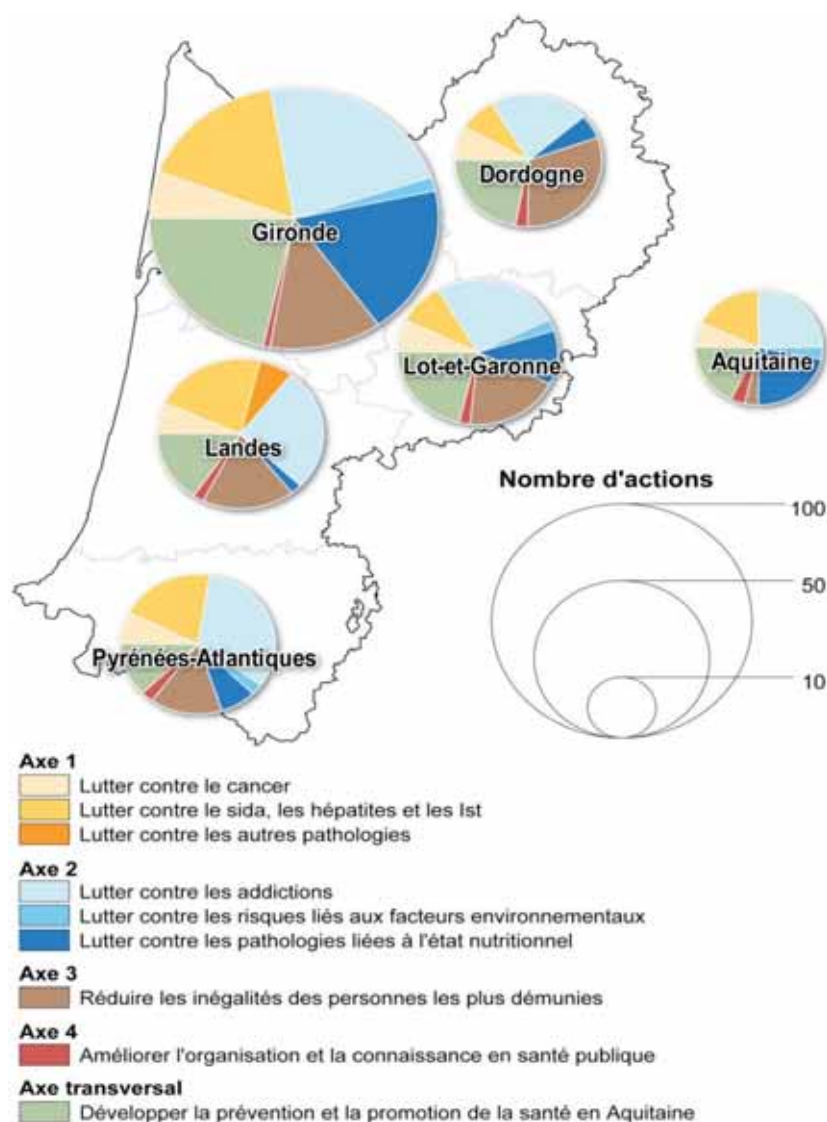
Compte tenu de la grande diversité des acteurs de la prévention et des sources de données d'observations, le système d'information actuellement en place ne permet pas de disposer de données géographiques infra-départementales ni des données relatives aux actions menées en dehors du champ de l'ARS et de l'assurance maladie. Malgré ces limites, les informations disponibles sont les suivantes.

En 2009, un peu plus de la moitié des actions menées en Aquitaine ciblent un territoire particulier : 22,3 % le milieu urbain / périurbain, 18,6 % le milieu rural, 11,6 % les zones urbaines sensibles (ZUS).

La répartition thématique est réalisée dans chaque département en fonction des besoins identifiés et de l'offre de projets proposés dans le cadre de l'appel à projets annuel. Les priorités varient d'un département à un autre.

UNE FAIBLE PLACE RÉSERVÉE À L'INNOVATION

Parmi les actions financées, en moyenne quels que soient les départements 60 % sont déclarées par les porteurs de projets comme reconduites mais en réalité cette proportion avoisine plutôt les 80 %. L'appel à projets qui repose essentiellement sur la reconduction, est peu utilisé pour développer l'innovation.



L'offre se décline dans 2 champs connexes et complémentaires : la promotion de la santé et la prévention médicalisée.

PROMOTION DE LA SANTÉ

La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci (*OMS – Charte d'Ottawa – 1986*). Elle suppose donc des actions :

- > visant les déterminants de la santé ;
- > accompagnant des groupes de populations spécifiques dans cette démarche ;
- > permettant l'acquisition par les individus de compétences en matière de santé (éducation pour la santé).

Actions sur les déterminants de santé

Addictions

L'effort pour agir en amont sur ce déterminant a porté dans l'ensemble de la région sur le développement de la prévention, le repérage, les interventions brèves et / ou la prise en charge précoce auprès des usagers à risques et/ ou à problèmes aussi bien concernant l'alcool, le tabac que les autres drogues psychoactives. A titre illustratif, le soutien aux actions correspondantes en 2009 représentait 11 % des financements alloués par le GRSP. Ces priorités font partie intégrante du Schéma régional d'addictologie.

Nutrition / activité physique

Un Comité de pilotage régional du Programme National Nutrition Santé (PNNS), permet la mise en lien de différents axes d'actions, qui constituent la déclinaison de celui-ci en Aquitaine.

• Le programme nutrition prévention santé des enfants et des adolescents en Aquitaine

Mis en place depuis 2004, il comporte différents volets :

- > Dépistage et prise en charge en réseau du surpoids et de l'obésité pédiatrique (REPOP) ;
- > Actions pédagogiques sur l'environnement familial, scolaire, éducatif, péri scolaire ;
- > Travail sur l'offre nutritionnelle et son évolution ;
- > Volet coordination, études, évaluation, communication.

Le partenariat exemplaire de ce programme lui a valu de recevoir le prix 2006 du bureau régional Europe de l'OMS pour la lutte contre l'obésité.

• Programme de prévention de la dénutrition en EHPAD

Impulsé en 2008, à la suite d'un diagnostic sur l'état nutritionnel des personnes hébergées et la formation et les pratiques des professionnels en EHPAD et services de soins de longue durée, il est constitué de 5 volets :

- > Prévention, dépistage, prise en charge de la dénutrition et des troubles de la déglutition ;
- > Prévention, dépistage, prise en charge en réseau des affections bucco-dentaires ;
- > Activité physique adaptée ;
- > Formation du personnel de direction, administratif, de cuisine, médical, non médical des établissements et des dentistes libéraux ;
- > Évaluation du programme dans ses différentes composantes.

30 établissements ont été enrôlés dans un premier temps et leur nombre devrait s'accroître compte tenu des besoins identifiés.

• Programme de formation-action des acteurs de l'aide alimentaire

Sur le modèle méthodologique de la formation-action du personnel des structures d'aide alimentaire, financée par l'INPES en 2006-2009, pour laquelle l'Aquitaine a été région pilote, il s'agit d'étendre progressivement cette professionnalisation aux acteurs des structures qui n'ont pas été formés. Ce programme sera décliné dès 2011 avec la Direction Régionale de l'Alimentation de l'Agriculture et de la Forêt, dans le cadre d'une politique interministérielle.

• Actions des collectivités territoriales

Les collectivités territoriales contribuent à la politique nutritionnelle à différents niveaux :

- > Communes : restauration destinée aux écoles maternelles et primaires, portage des repas des personnes dépendantes, aménagements sportifs ;
- > Conseils généraux : restauration des collèges, des EHPA ;
- > Conseil régional : restauration des lycées, aménagements sportifs.

Les « collectivités actives du PNNS » regroupent 14 villes, une communauté d'agglomération et le département de la Gironde. Elles se sont engagées à le décliner. La moitié de la population aquitaine est déjà concernée par ces actions. Deux collectivités sont, par ailleurs, membres du réseau des villes santé OMS : Bordeaux et Lormont.

• Recherche-action auprès de personnes en situations de handicap mental

Menée depuis 2008, il s'agit de promouvoir auprès d'associations fédérant plusieurs établissements girondins, une activité physique adaptée régulière et une alimentation équilibrée des résidents.

• Initiatives en milieu de soins

A titre d'exemple, repérage-intervention brève des aides soignantes autour du plateau repas, au lit du patient, concernant les choix et habitudes alimentaires.

• Environnement

En Aquitaine, le premier Programme Régional Santé Environnement (PRSE) comportait 11 priorités. En terme de promotion de la santé et de prévention, l'effort a porté notamment sur :

- > le dépistage de l'asthme infantile ;
- > le soutien de postes de Conseillers Médicaux en Environnement Intérieur ;
- > la sensibilisation des jeunes aux risques liés à l'écoute de la musique amplifiée ;
- > l'éducation à la santé environnementale.

Approche par populations

Personnes les plus démunies - PRAPS

Transversal par nature, ce programme avait pour objectif d'aider les personnes en difficultés à accéder aux dispositifs de droit commun. Partie intégrante du PRSP, il a été positionné comme programme intervenant en subsidiarité des autres plans, programmes ou schémas constituant le PRSP qui devaient donc mettre un accent particulier sur ces populations. Il se déclinait selon les quatre axes suivants :

- > Adapter l'accueil et les pratiques professionnelles dans les services de soins de droit commun et les structures de prévention (hôpital, structures de prévention, médecine libérale : renforcement des compétences des professionnels de santé et du social, facilitation de l'accueil des populations précaires, réseaux de soins, formations médicales sur l'approche médico-sociale...) ;
- > Développer la dynamique partenariale, avec les usagers, entre professionnels, et interinstitutionnelle ;
- > Améliorer l'accompagnement des personnes en situation de précarité pour favoriser l'accès à la prévention et aux soins ;
- > Prendre en compte la souffrance psycho-sociale et les problématiques de santé mentale des personnes en situation de précarité ou d'exclusion en lien avec le schéma régional de l'offre de soins (SROS).

Les deux derniers axes ont été particulièrement investis par les promoteurs de la région. Le rôle important du PRAPS concernant la prise en charge de la souffrance psycho-sociale et des problématiques de santé mentale a été souligné lors de son évaluation en 2010.

Chaque année, 75 actions environ sont financées dans la région sur les crédits de prévention-promotion de la santé. Environ 80 % des actions financées sont des actions départementales reconduites d'année en année compte tenu de besoins locaux des populations concernées et de l'insuffisance de dispositifs pérennes pouvant assurer le relais. Ce constat a conduit à la mise en place de contrats d'objectifs pluriannuels pour quelques actions phares indispensables au niveau local dans quatre départements : Dordogne, Gironde, Landes et Lot-et-Garonne.

Jeunes

Les coopérations avec le Conseil Régional et l'Éducation nationale, initiées dans le cadre du Programme Régional de Santé Jeunes, ont été développées et ont permis le financement d'actions d'éducation pour la santé au sein des établissements scolaires de la région. Certaines de ces actions ont fait l'objet d'un financement du Conseil Régional.

L'appel à projets annuel a également permis de soutenir des actions conduites par les missions locales et des réseaux de santé jeunes.

Personnes âgées

En complément des dispositifs nationaux qui leur sont dédiés, les personnes âgées ont également bénéficié d'actions menées dans le cadre des plans ou programmes régionaux de prévention suivants :

- > les déterminants de santé avec notamment le thème de la nutrition, de l'activité physique, du cancer ;
- > les objectifs généraux du PRAPS.

Population active

Les actions en direction de la population active relèvent du Plan Régional Santé au Travail. Animé par la DIRECCTE, ce plan, centré sur la prévention des risques professionnels, mobilise de multiples partenaires institutionnels. Les services de l'État en charge de la santé et de la promotion de la santé et de la prévention ont apporté dans le cadre du plan 2005-2009, un soutien ponctuel via le financement de quelques actions :

- > soutien du réseau ANPAA pour son intervention en milieux professionnels à risque,
- > projet européen EQUAL : étude sur le maintien ou le retour à l'emploi des personnes atteintes d'une maladie chronique.

ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

L'Éducation pour la santé est structurée depuis 2003 par le Schéma Régional d'Éducation pour la Santé (SREPS), outil principal du Plan National d'Éducation pour la Santé (PNES-2001). Le SREPS est articulé en Aquitaine autour de 3 objectifs :

- > Aller vers une offre de qualité en éducation pour la santé, équitablement distribuée en structurant l'offre et en organisant des pôles de compétences mutualisés ;

- > Promouvoir une culture partagée en éducation pour la santé par l'adoption d'une charte de qualité régionale, la mise en place de modules d'éducation pour la santé dans les formations professionnelles initiales et continues des champs éducatifs, sanitaire et social et des professionnels de l'éducation pour la santé ;
- > Faciliter la continuité en éducation pour la santé par conventionnement pluriannuel avec les acteurs du champ, labellisations et coordination des financements par les principales institutions au niveau régional.

Les Comités départementaux d'Éducation pour la santé présents dans chaque département ont été financés pour apporter aux acteurs de la région :

- > une documentation et des outils pédagogiques fiables et actualisés
- > un appui méthodologique à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de projets
- > des formations en EPS sur les concepts, la conduite de projets en EPS/PS et leur évaluation.

Depuis 2005, l'INPES soutient la mise en place de pôles de compétences associant les principaux réseaux d'opérateurs en EPS (CODES, AIDES, ANPAA, GRITA, GRIC-CA...) autour de ces missions transversales. Le Pôle de compétences régional contribue ainsi à l'amélioration de la qualité des actions et la professionnalisation des opérateurs de terrain, priorités réaffirmées par la loi HPST et les préconisations issues de l'évaluation du PRSP aquitain.

PRÉVENTION MÉDICALISÉE

La prévention de la maladie comprend des mesures qui visent non seulement à empêcher l'apparition de la maladie, telle que la lutte contre les facteurs de risque, mais également à en arrêter la progression et à en réduire les conséquences.

Cancer et dépistages organisés

Cinq structures assurent en Aquitaine la mise en œuvre des dépistages organisés des cancers. Le statut juridique des structures de gestion constitue une caractéristique de la région : une seule étant de statut associatif, l'AGIDECA (33), les quatre autres étant des œuvres de caisse des CPAM (VITALIS (24), PYRADEC (64)) et les structures de gestion des Landes et du Lot-et-Garonne.

Dans la région Aquitaine, où il a été généralisé en 2005, le taux de participation aux deux dernières campagnes de

dépistage organisé du cancer du sein est supérieur à la moyenne nationale : 61,4 % en Aquitaine en 2008-2009 pour une moyenne nationale à 52,8 %. La participation varie selon le département : plus élevée dans le Lot-et-Garonne (68,2 %), les Landes (65 %) ou les Pyrénées-Atlantiques (63,9 %) qu'en Dordogne (59,2 %) et Gironde (58,1 %) ²⁴.

Le dispositif de dépistage organisé du cancer colorectal se met en place en Aquitaine depuis 2008. Jusqu'à octobre 2009, des formations (ou à défaut des visites d'une déléguée médicale à cette fin en Gironde) ont été mises en place, permettant à la quasi-totalité des médecins généralistes de la région d'en bénéficier.

La campagne initiale s'est traduite, dans sa première année, par l'envoi d'invitations entre mars et juillet 2009, selon les départements. Le taux de participation communiqué par les structures de dépistage varie de 18 % dans les Pyrénées-Atlantiques, 26 % en Dordogne à 31 % en Gironde, 32 % en Lot-et-Garonne et 34 % dans les Landes. D'autres leviers sont également actionnés dans la région en matière de prévention du cancer, notamment :

- > actions de sensibilisation au dépistage et d'accompagnement vers le soin des personnes les plus précaires ;
- > sensibilisation et incitation à la vaccination au HPV dans le 64 ;
- > actions portant sur les déterminants de santé (nutrition, addictions, environnement) qui y concourent par essence.

SIDA - Hépatites - IST

L'ARS Aquitaine est garant de la mise en œuvre de la politique de lutte contre les VIH, les IST et les hépatites. Il s'appuie pour cela sur le COREVIH (COordination RÉgionale de lutte contre l'infection à VIH). Ce dernier coordonne toutes les structures intervenant dans la prévention et la prise en charge (sanitaire, ambulatoire, médico-sociale) de l'infection à VIH. Il a pour missions :

- > de favoriser la coordination des acteurs intervenant dans le champ du VIH ;
- > de participer à l'amélioration continue de la prise en charge des patients ;
- > d'assurer le recueil, l'analyse, le suivi des données épidémiologiques concernant ces patients.

De fait, il coordonne également toutes les structures intervenant dans le champ des IST dont les hépatites telles que les CIDDIST et les CDAG (Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit), gérées par les conseils généraux et / ou les établissements de santé, qui jouent un rôle majeur en termes d'information, de prévention et d'éducation à la santé, associé à un dépistage gratuit des IST et du VIH.

En 2009, le GRSP a financé les CIDDIST des Landes dans le cadre des activités ayant fait l'objet d'une recentralisation, le dispositif national d'aide à domicile et d'hébergement des personnes séropositives, ainsi que de nombreuses actions d'éducation pour la santé et de sensibilisation au dépistage, de coordination de l'offre (via les réseaux de santé), en particulier dans les départements de la Gironde et des Pyrénées-Atlantiques. Des financements ont aussi été attribués aux associations de soutien aux malades et à leur entourage qui jouent un rôle important en éducation thérapeutique.

Vaccinations

En Aquitaine, la couverture vaccinale est inférieure à la moyenne nationale et insuffisante pour le ROR (Rougeole, Oreillons, Rubéole), la coqueluche et l'hépatite B (< 95 %). Elle est conforme à la moyenne nationale et est à peu près suffisante pour l'ensemble des maladies diphtérie – tétanos – poliomyélite – coqueluche – haemophilus. Elle serait supérieure à celle observée en 2004, allant de 92,5 % en Pyrénées-Atlantiques à 99 % en Gironde ²⁵. En 2008, le recueil de données auprès des conseils généraux de la région n'est ni complet ni homogène en raison de la difficile adaptation de la collecte des données aux modifications successives des calendriers vaccinaux et certificats de santé.

Le taux de vaccination contre la grippe saisonnière était de 68,3 % en 2007-2008 chez les personnes âgées de plus de 65 ans pour une moyenne nationale de 63,4 %.

L'Aquitaine s'est particulièrement investie dans le développement de la politique vaccinale depuis 2009, via sa participation à la mise en œuvre de la semaine européenne de la vaccination. Cet événement a été l'occasion d'impulser une dynamique autour de la vaccination en associant les différentes institutions (conseils généraux, ville de Bordeaux, CHU, hôpital Robert Picqué, maison départementale de la santé, les conseils de l'ordre des médecins, pharmaciens, sages-femmes, infirmiers, DR-JSCS (Direction Régionale de la Jeunesse et Sports et de la Cohésion Sociale), du SIUMPS...).

24. Données de l'Institut national de veille sanitaire consultable sur http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers_depistage/2008_2009/part_depistage_sein_resultats_departements.pdf

25. ORSA - rapport relatif au suivi de la couverture vaccinale en Aquitaine, Mars 2010

ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

Diverses modalités existent : les programmes d'éducation thérapeutique, les actions d'accompagnement, les programmes d'apprentissage.

En Aquitaine, le sujet de l'éducation thérapeutique a été investi ces dernières années par les différentes institutions de l'État et de l'assurance maladie :

- > développement depuis 2008, d'un programme d'accompagnement et d'évaluation des programmes d'éducation thérapeutique mis en place dans les établissements de santé (cellule ETAPE) sur des pathologies ciblées (maladies cardiovasculaires, diabète, insuffisance rénale, HIV et pneumologie) avec une maîtrise d'ouvrage confiée au CCECQA. Cette démarche a permis d'élaborer et d'améliorer des outils d'évaluation pour les équipes, de réaliser des évaluations externes et de mettre en place des actions d'accompagnement (consultations méthodologiques, ateliers) ;
- > financement en 2009 pour les établissements de santé d'un programme régional de formation à l'éducation thérapeutique (102 professionnels de santé ont eu une formation validante de plus de 50 heures) ;
- > mise en œuvre depuis 2008 de l'appel à projets CNAMTS – FNPEIS pour le développement et la structuration d'une offre en éducation thérapeutique en milieu ambulatoire qui a soutenu l'émergence de programmes dans la région pour les pathologies suivantes : diabète, asthme, insuffisance cardiaque, obésité ;
- > financement par le FIQCS de programmes d'éducation thérapeutique dans le cadre des réseaux de santé et soutien au montage de projets dans le cadre de l'enveloppe « Expérimentation soins de ville », notamment d'une Unité Transversale d'Éducation Thérapeutique Aquitaine pour les patients atteints de maladies chroniques (UTRETA) gérée par le Centre d'Éducation Thérapeutique de Bordeaux Aquitaine ;
- > CETBA : cette unité propose des sessions de formation pour les professionnels de santé, un accompagnement d'équipes souhaitant mettre en place des programmes d'éducation thérapeutique dans la région et réalise en outre elle-même des programmes d'éducation thérapeutique. Sur 145 professionnels de santé formés en 2009-2010, 134 sont engagés dans la mise en œuvre de programmes (soit 87 %) ;

> création fin 2009, d'une plateforme Aquitaine pour des compétences en éducation du patient (PACE) regroupant cinq structures intervenant dans le champ de l'éducation thérapeutique en milieu hospitalier et/ou ambulatoire (AFCI-CCECQA-CETBA-CFPPS-CHU de Bordeaux-CRAES/CRIPS) ayant réalisé un guide des formations en éducation thérapeutique du patient en Aquitaine et réalisé une évaluation des besoins en formation en ETP ;

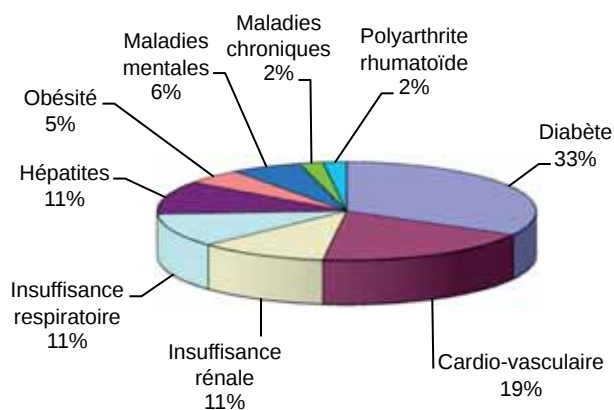
> mobilisation des régimes d'assurance maladie de la région dans le champ des maladies chroniques, proposant la mise en œuvre de programmes structurés d'éducation thérapeutique pour leurs assurés directement (MSA - Régime Général) ou par conventionnement avec des opérateurs (RSI) et d'accompagnement sur des pathologies ciblées comme le diabète pour le programme national SOPHIA qui démarre prochainement en Gironde.

Selon le dernier état des lieux réalisé en juin 2011, 135 programmes d'éducation thérapeutique ont été recensés dans la région.

Les opérateurs sont essentiellement les associations et les établissements hospitaliers publics, le secteur ambulatoire libéral n'étant actuellement (en dehors des réseaux de santé) que très peu souvent à l'initiative de programmes d'éducation thérapeutique.

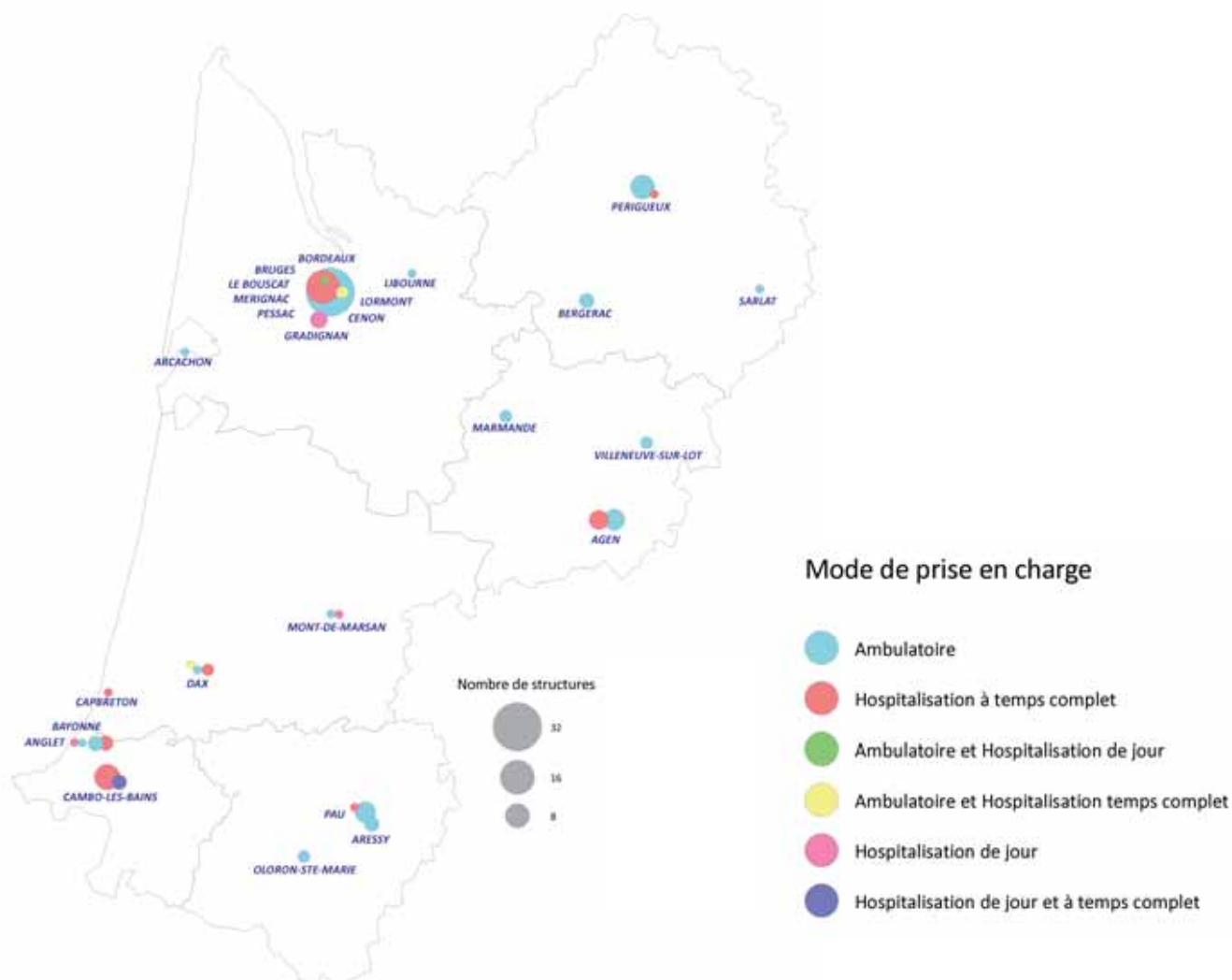
Le diabète, avec des programmes sur les 5 départements et les maladies cardio-vasculaires, pour lesquelles les programmes sont essentiellement développés en Dordogne et en Gironde, sont les pathologies les plus concernées.

• Programmes d'éducation thérapeutique en Aquitaine par thématique en 2010



Source : ARS Aquitaine

• Répartition des programmes d'ETP autorisée au 01/03/2011 par mode de prise en charge en Aquitaine



Fonds de carte : © Artique
Source : ARS Aquitaine - Service prévention et promotion de la santé
Cartographie : ARS Aquitaine - PAS, Service études, statistiques et perspectives

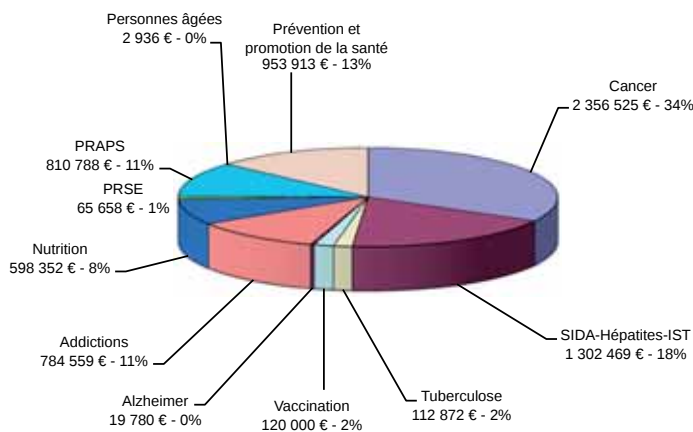
FINANCEMENT DES ACTIONS DE PROMOTION DE LA SANTÉ ET DE PRÉVENTION

Les projets financés par le GRSP

Afin d'apporter plus de lisibilité aux priorités régionales et aux financements alloués, l'approche thématique prime sur l'approche populationnelle. Par exemple : une action nutrition auprès des personnes âgées sera référencée sous « nutrition ». Il n'est donc pas possible d'identifier spécifiquement les financements des actions de prévention en faveur des personnes âgées.

Les financements rattachés à l'objectif transversal « prévention et promotion de la santé » concernent des actions de prévention globale sur des populations non spécifiques, les jeunes, la petite enfance, ainsi que des actions sur des thématiques non retenues comme prioritaires dans le PRSP (2005-2008) : éducation thérapeutique, santé bucco-dentaire.

• Répartition des financements en Aquitaine Par thématique en 2010



Source : ARS Aquitaine

Les financements Assurance maladie (hors GRSP)

En plus de leur contribution au GRSP, les trois régimes de l'Assurance Maladie ont dépensé 5 060 242 € pour la mise en œuvre du PRSP en 2009 selon leurs propres priorités et moyens.

Près de 74 % de cette contribution sont versés par le Régime Général, 16 % par la Mutualité Sociale Agricole et 10 % par le Régime Social des Indépendants.

Ce sont les structures de gestion des dépistages organisés qui mobilisent majoritairement la contribution de l'assurance maladie à la mise en œuvre du PRSP avec 61,6 % crédits.

29,8 % des crédits concourent à l'objectif transversal « Prévention et promotion de la santé » notamment l'Education thérapeutique, le Plan Bucco-dentaire et Bien Vieillir.

OFFRE DE SOINS AMBULATOIRE

LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Caractéristiques démographiques

Au 1^{er} janvier 2010, 5 344 médecins généralistes sont en activité dans la région Aquitaine soit une densité de médecins généralistes supérieure à la moyenne nationale, avec 17,0 médecins généralistes pour 10 000 habitants contre 16,3 en France métropolitaine.

En Aquitaine, les femmes médecins généralistes représentent 37 % de la profession, proportion inférieure à la moyenne nationale en 2010.

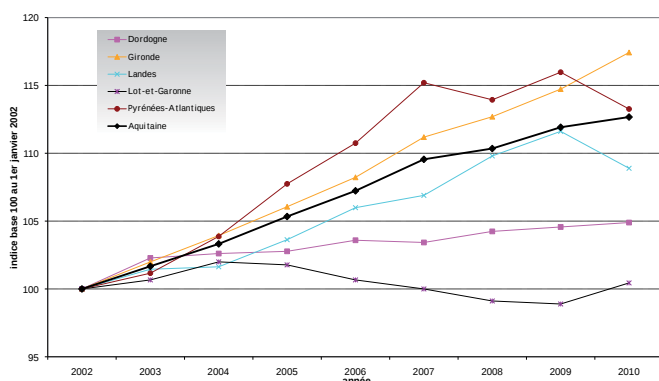
L'âge moyen des médecins généralistes est de 50,1 ans. La part des 55 ans ou plus s'élève à 37 %.

L'exercice en libéral demeure l'activité la plus courante, de l'ordre de 75 %.

Évolution

De 2002 à 2010, le taux de croissance des effectifs de médecins généralistes est de +12,7 % en Aquitaine, soit un taux de croissance annuel moyen de 1,5 % par an.

- Evolutions comparées des effectifs de médecins généralistes selon le département (au 1^{er} janvier)



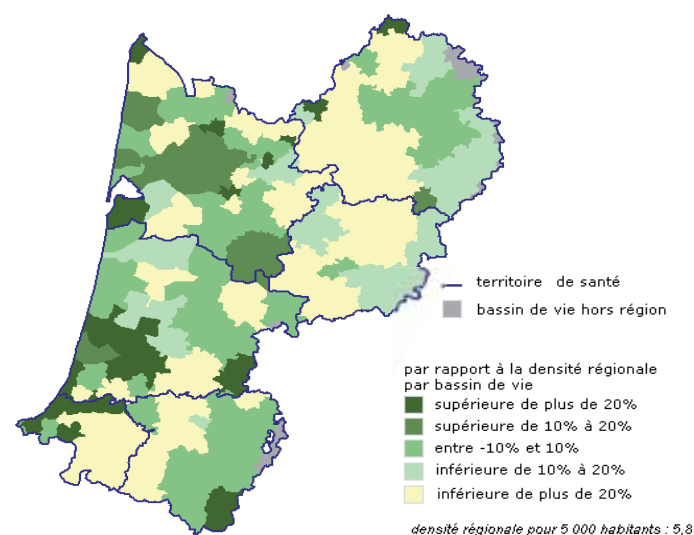
Champ : médecins généralistes en activité, région Aquitaine.
Source : Drees Adeli redressé, traitement ARS Aquitaine

Les médecins généralistes libéraux de premier recours

Les médecins généralistes libéraux de premier recours, c'est-à-dire les médecins libéraux non remplaçants exerçant principalement la médecine générale, sont au nombre de 3 672 au 1^{er} janvier 2010, soit 11,6 médecins pour 10 000 habitants.

Selon les départements l'offre varie, les plus fortes densités de professionnels se situant dans les départements côtiers, en particulier dans leurs agglomérations. La densité de médecins généralistes libéraux de premier recours varie ainsi, dans la région, selon le découpage en bassins de vie, de 6 à 23 médecins généralistes libéraux de premier recours pour 10 000 habitants.

- Densité de médecins généralistes libéraux écarts à la moyenne au 1^{er} janvier 2010



Source : Drees Adeli - Insee RP2007 (champ : professionnels en activité, hors remplaçants)
Cartographie : ARS Aquitaine Service études, statistiques et prospectives - fond IGN

Les éléments de projection à l'horizon 2018

A partir des comportements observés sur 3 années consécutives (2006-2008), des éléments de projection à l'horizon 2018 ont été établis. La situation serait alors la suivante :

- > La population féminine représenterait environ 39 % des médecins généralistes libéraux au 1^{er} janvier 2018 ;
- > Les 55 ans ou plus représenteraient 45 % de la population des médecins généralistes libéraux et les 60 ans ou plus représenteraient 27 % ;
- > La densité de médecins généralistes libéraux stagnerait en région Aquitaine : selon la projection, 12,9 médecins généralistes libéraux pour 10 000 habitants seraient présents au 1^{er} janvier 2018. Toutefois, la répartition infra régionale évoluerait sensiblement :

- Les zones urbaines de Bordeaux, Arcachon et Pau enregistreraient une hausse de leurs densités ;
- Les départements de Dordogne et de Lot-et-Garonne enregistreraient une baisse de densité, les éloignant encore du niveau moyen régional ;
- L'espace rural des Landes bénéficierait globalement d'une densité plus élevée en 2018 ;

> Dans l'ensemble, un déplacement des médecins généralistes libéraux vers l'espace urbain serait donc observé : 69,7 % des médecins se concentreraient dans les grands pôles urbains en 2018 (67,2 % en 2008) contre 20,8 % (22,8 % en 2008) dans l'espace rural et 9,5 % dans les petites unités urbaines (10,0 % en 2008).

LES MÉDECINS SPÉCIALISTES

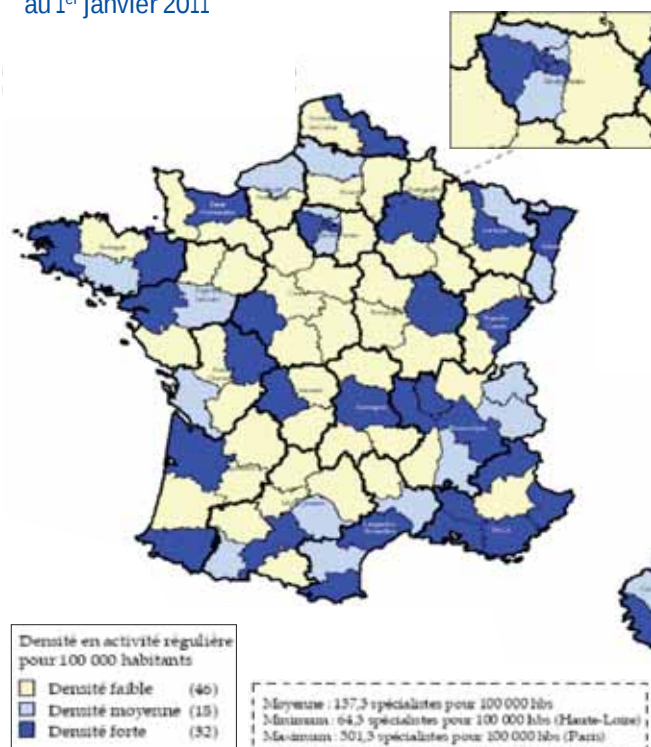
Caractéristiques démographiques

Au 1^{er} janvier 2010, 5 427 médecins spécialistes sont en activité dans la région Aquitaine, soit une densité de médecins spécialistes de 17,2 médecins spécialistes pour 10 000 habitants contre 17,3 en France métropolitaine.

En activité salariée, les densités varient de 4,4 médecins spécialistes salariés pour 10 000 habitants en Dordogne à 9,0 en Gironde, pour une moyenne régionale égale à 6,9 au 1^{er} janvier 2010.

Les disparités entre les départements sont également constatées pour l'exercice libéral : si la Dordogne enregistre 5,4 médecins spécialistes libéraux pour 10 000 habitants, la Gironde affiche la plus forte densité de la région avec 12,8 médecins spécialistes libéraux pour 10 000 habitants.

- Densité départementale des médecins spécialistes inscrits au tableau de l'Ordre en activité régulière au 1^{er} janvier 2011



Source : CNOM 2011, Insee
Auteur : CNOM - Le Breton Lerou villois, 2011

En Aquitaine, au 1^{er} janvier 2010, les femmes représentent 37 % de la profession (40 % en France métropolitaine).

L'âge moyen des médecins spécialistes est de 51,6 ans ; 44 % d'entre eux sont âgés de 55 ans ou plus (respectivement 51,1 ans et 41 % en France métropolitaine).

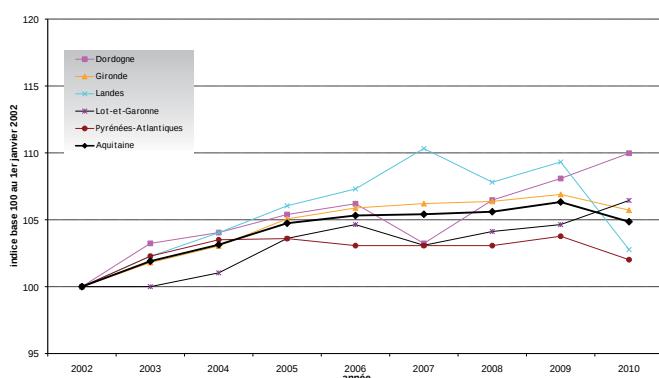
L'exercice en libéral demeure l'activité la plus courante, de l'ordre de 60 %, avec une baisse de 6 points depuis 2000.

Globalement la proportion de médecins spécialistes avec dépassement d'honoraires est inférieure au taux national pour tous les départements excepté la Gironde dont le taux s'élève à 44 % de médecins en secteur 2 ou en secteur 1 avec droit à dépassement permanent (DP). Ce département regroupe 63 % des spécialistes du secteur 2 ou du secteur 1 DP de la région.

Évolution

Entre 2002 et 2010, le taux de croissance des effectifs de médecins spécialistes est de 4,9 % en Aquitaine, soit un taux de croissance annuel moyen de 0,6 % par an.

• Evolutions comparées des effectifs de médecins spécialistes selon le département (au 1^{er} janvier)



Champ : médecins spécialistes en activité, région Aquitaine.
Source : Drees Adeli redressé, traitement ARS Aquitaine

Les éléments de projection à l'horizon 2018

A partir des comportements observés sur 3 années consécutives (2006-2008), des éléments de projection à l'horizon 2018 ont été établis. La situation serait alors la suivante :

- > La population féminine représenterait environ 37,5 % des médecins spécialistes libéraux au 1^{er} janvier 2018.
- > La répartition par âge des médecins spécialistes libéraux laisse entrevoir, d'ici 10 ans, un vieillissement par le sommet de la pyramide. L'ensemble des 55 ans ou plus représenteraient 54 % de la population des médecins spécialistes libéraux, les 60 ans ou plus représenteraient 36 %.
- > Globalement, la densité de médecins spécialistes libéraux diminuerait en région Aquitaine. Selon la projection, 9,8 médecins spécialistes libéraux pour 10 000 habitants seraient présents au 1^{er} janvier 2018, contre 10,2 au 1^{er} janvier 2008.
- > La répartition infra régionale resterait semblable, en faveur de certaines zones urbaines : 91,8 % des médecins spécialistes libéraux se concentreraient dans les grands pôles urbains en 2018 contre 2,7 % dans l'espace rural, proportions similaires à 2008 (respectivement 92,0 % et 2,1 %).
- > Seul le département de Gironde maintiendrait des médecins spécialistes libéraux dans les petites unités urbaines, dans lesquelles les densités suivraient la moyenne régionale, voire lui seraient supérieures de 10 % à 20 %.

LES CHIRURGIENS-DENTISTES

Caractéristiques démographiques

Au 1^{er} janvier 2010, 2 375 chirurgiens-dentistes sont en activité dans la région Aquitaine, soit une densité de chirurgiens-dentistes supérieure à la moyenne nationale, avec 7,5 chirurgiens-dentistes pour 10 000 habitants contre 6,6 en France métropolitaine.

L'exercice en libéral demeure l'activité la plus courante, de l'ordre de 94 %. En Aquitaine, les femmes représentent 39 % de la profession de chirurgien-dentiste.

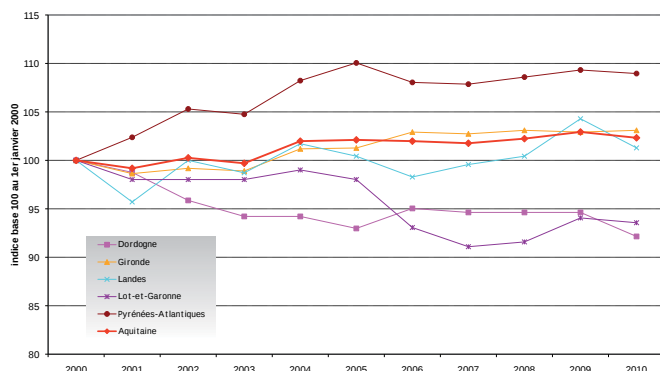
L'âge moyen est de 47,9 ans au 1^{er} janvier 2010, soit une hausse de 3 ans depuis 2000, mais il reste en dessous de la moyenne nationale (48,4 ans).

Evolution

En 20 ans (1990-2010), l'effectif de chirurgiens-dentistes a augmenté de 10,0 %, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 0,5 %.

Depuis 2000, l'évolution des effectifs diverge selon les départements. Les deux départements les plus dotés, Gironde et Pyrénées-Atlantiques, connaissent une croissance globalement positive de leurs effectifs tandis que ceux de la Dordogne et du Lot-et-Garonne évoluent selon un rythme négatif.

• Evolutions comparées des effectifs de chirurgiens-dentistes selon le département (au 1^{er} janvier)



Champ : chirurgiens-dentistes en activité, région Aquitaine.
Source : fichier ADELI.

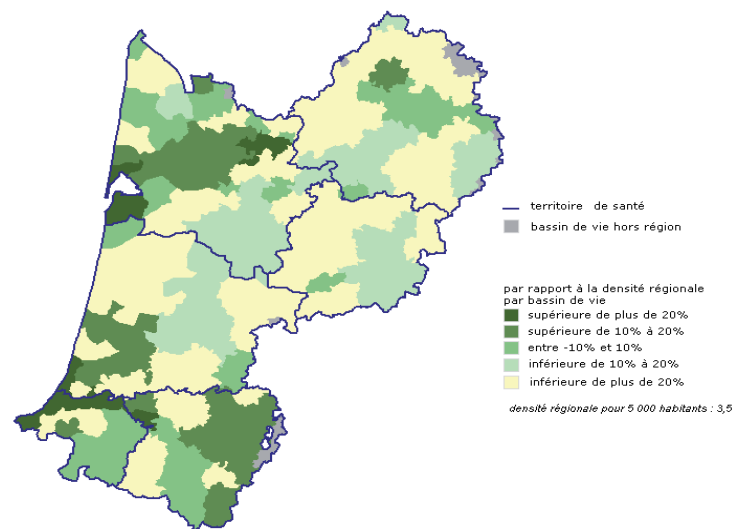
Répartition géographique

En exercice libéral, hors les remplaçants, la densité régionale est de 7,1 chirurgiens-dentistes pour 10 000 habitants.

Des disparités départementales sont constatées : le Lot-et-Garonne enregistre 5,2 chirurgiens-dentistes libéraux pour 10 000 habitants alors que les Pyrénées-Atlantiques affichent la plus forte densité de la région avec 8,7 chirurgiens-dentistes libéraux pour 10 000 habitants (10,2 au niveau du territoire de santé Navarre-Côte Basque ; 7,6 au niveau du territoire de santé Béarn-Soules).

La densité de chirurgiens-dentistes libéraux varie, dans la région, selon le découpage en bassins de vie, de 1 à 17 chirurgiens-dentistes libéraux pour 10 000 habitants.

• Densité de chirurgiens - dentistes libéraux écarts à la moyenne au 1^{er} janvier 2010



Source : Drees Adeli - Insee RP2007 (champ : professionnels en activité, hors remplaçants)
Cartographie : ARS Aquitaine Service études, statistiques et prospectives - fond IGN

Les éléments de projection à l'horizon 2018

A partir des comportements observés sur 3 années consécutives (2006-2008), des éléments de projection à l'horizon 2018 ont été établis. La situation serait alors la suivante :

- > La structure par âge resterait relativement identique, avec les classes pleines qui se situeraient autour de 60 ans. La moyenne d'âge serait égale à 48,3 ans ;
- > La part des femmes augmenterait d'environ 6 % en 10 ans, en restant toujours inférieure à 50 % ;
- > La densité de chirurgiens-dentistes libéraux (y compris les remplaçants) diminuerait avec 6,3 chirurgiens-dentistes libéraux pour 10 000 habitants au 1^{er} janvier, soit environ 1 professionnel de moins qu'en 2008 ;

- > Près des trois quarts des chirurgiens-dentistes se concentreraient dans les zones urbaines (proportion en hausse), contre 15 % dans l'espace rural (2 points de moins qu'en 2008) ;
- > Les zones les moins équipées en professionnels se situeraient dans les espaces ruraux de tous les départements aquitains.

LES INFIRMIERS

Caractéristiques démographiques

Au 1^{er} janvier 2010, 27 110 infirmiers diplômés d'État sont en activité dans la région Aquitaine, soit une densité d'infirmiers supérieure à la moyenne nationale, avec 86,0 infirmiers pour 10 000 habitants contre 83,5 en France métropolitaine.

La profession est fortement féminisée, avec 87 % de femmes.

L'âge moyen des professionnels augmente entre 2000 et 2010, passant respectivement de 41,8 ans à 43,4 ans. La part des 55 ans ou plus représente 20,5 %.

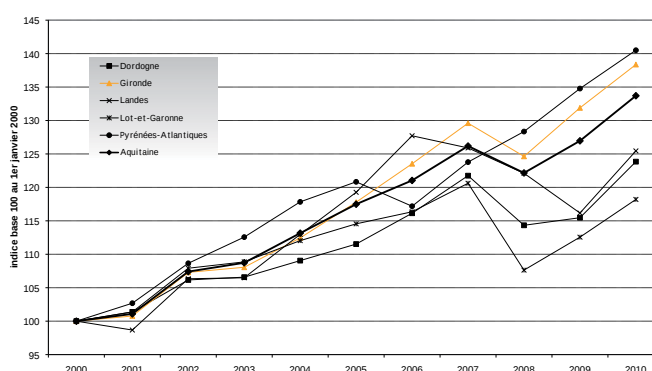
Le salariat demeure le mode d'exercice le plus courant, 80 % des infirmiers ayant une activité salariée en 2010, dont 82,1 % en emploi dans un établissement hospitalier.

Evolution

En 20 ans (1990-2010), l'effectif des infirmiers a augmenté de 74,7 %, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 2,8 %.

Depuis 2000, seul le département des Landes a connu en 2001 une baisse de ces effectifs d'infirmiers par rapport à la base 100.

- Evolutions comparées des effectifs d'infirmiers selon le département (au 1^{er} janvier)



Champ : infirmiers diplômés d'État en activité, région Aquitaine.
Source : fichier ADELI.

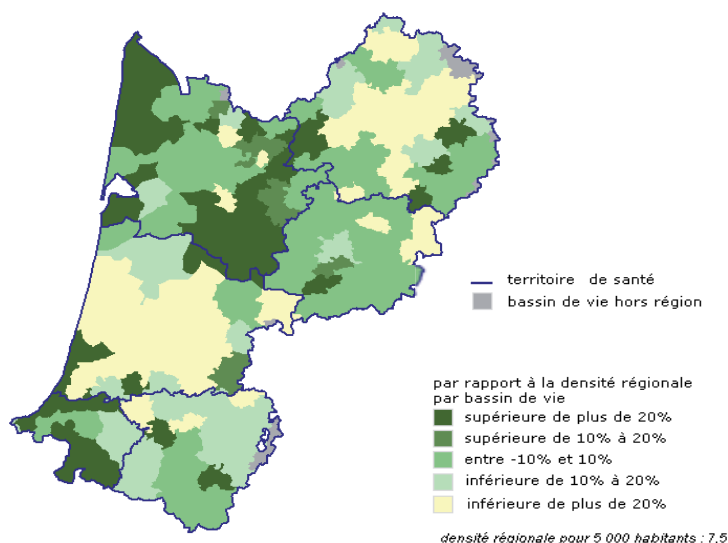
La répartition géographique

En activité salariée, les densités varient de 54,0 infirmiers salariés pour 10 000 habitants dans les Landes à 77,0 en Gironde, pour une moyenne régionale égale à 69,0 au 1^{er} janvier 2010.

En activité libérale, hors les remplaçants, la densité varie de 12,2 infirmiers libéraux pour 10 000 habitants dans les Landes à 16,5 infirmiers libéraux pour 10 000 habitants dans les Pyrénées-Atlantiques (21,3 au niveau du territoire de santé Navarre-Côte Basque ; 13,0 au niveau du territoire de santé Béarn-Soule).

La densité d'infirmiers libéraux varie, dans la région, selon le découpage en bassins de vie, de 6 à 34 infirmiers libéraux pour 10 000 habitants.

- Densité d'infirmiers libéraux écarts à la moyenne au 1^{er} janvier 2010



Source : Drees Adeli - Insee RP2007 (champ : professionnels en activité, hors remplaçants)
Cartographie : ARS Aquitaine Service études, statistiques et prospectives - fond IGN

Les éléments de projection à l'horizon 2018

A partir des comportements observés sur 3 années consécutives (2006-2008), des éléments de projection à l'horizon 2018 ont été établis. La situation serait alors la suivante :

- > La part des femmes diminuerait d'environ 3 % en 10 ans, atteignant 84,3 % au 1^{er} janvier 2018 ;
- > La moyenne d'âge augmenterait d'environ 4 années, soit 47,2 ans au 1^{er} janvier 2018 ;
- > La densité d'infirmiers libéraux (y compris les remplaçants) augmenterait avec 19,3 infirmiers libéraux pour 10 000 habitants soit près de 4 professionnels de plus par rapport à la densité enregistrée en 2008 ;
- > La répartition infra régionale paraîtrait évoluer en faveur des zones urbaines : 62,2 % des infirmiers libéraux se concentreraient dans les grands pôles urbains contre 27,4 % dans l'espace rural (respectivement +3,6 points et -3,8 points par rapport à 2008) ;
- > Les zones les moins dotées en professionnels se situeraient dans les zones rurales des départements des Landes, Lot-et-Garonne et Pyrénées-Atlantiques. Le département de la Dordogne enregistrerait également des densités inférieures à la moyenne régionale, sans évolution depuis 2008. À l'opposé, la Gironde garderait des densités supérieures à la moyenne régionale, certaines zones étant à plus de 20 % au dessus de la moyenne.

LES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES

Caractéristiques démographiques

Au 1^{er} janvier 2010, 4 047 masseurs-kinésithérapeutes sont en activité dans la région Aquitaine, soit une densité supérieure à la moyenne nationale, avec 12,8 masseurs-kinésithérapeutes pour 10 000 habitants contre 11,2 en France métropolitaine.

Les femmes représentent 44 % de la profession en 2010, soit une augmentation de 6 points depuis 2000.

Au 1^{er} janvier 2010, l'âge moyen de 41,6 ans.

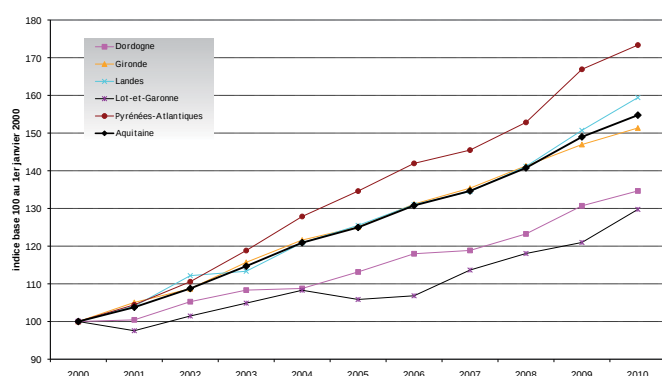
L'exercice en libéral demeure l'activité la plus courante, de l'ordre de 82 %.

Évolution

En 20 ans (1990-2010), l'effectif des masseurs-kinésithérapeutes a augmenté de 138 %, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 4,4 %. La croissance des effectifs est parmi les plus importantes des professions de santé.

Entre 2000 et 2010, elle est de 54,8 %, soit un taux de croissance annuel moyen de 4,5 %.

- Evolutions comparées des effectifs de masseurs-kinésithérapeutes selon le département (au 1^{er} janvier)



Champ : masseurs-kinésithérapeutes en activité, région Aquitaine.
Source : fichier ADELI.

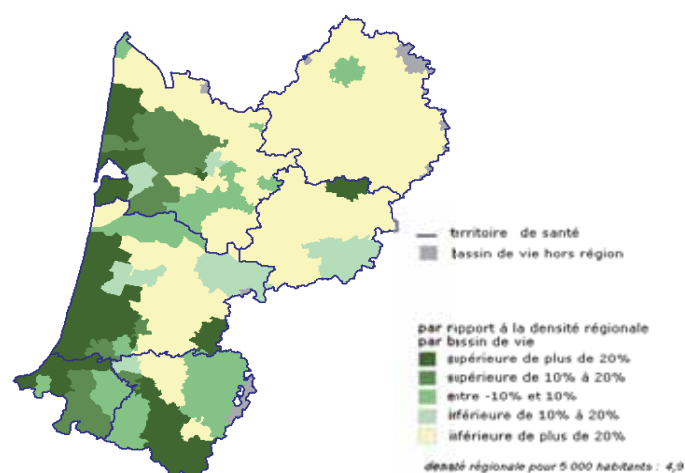
La répartition géographique

En activité salariée, les densités varient de 1,2 masseur-kinésithérapeute salarié pour 10 000 habitants en Lot-et-Garonne à 3,8 dans les Pyrénées-Atlantiques (6,0 au niveau du territoire de santé Navarre-Côte Basque ; 2,3 au niveau du territoire de santé Béarn-Soule), pour une moyenne régionale égale à 2,3 pour 10 000 habitants au 1^{er} janvier 2010.

Les disparités entre les départements sont davantage constatées pour l'exercice libéral, les plus fortes densités de professionnels se situant dans les départements côtiers. En effet, hors prise en compte des remplaçants, les densités varient de 6,0 masseurs-kinésithérapeutes libéraux pour 10 000 habitants en Dordogne à 12,5 dans les Pyrénées-Atlantiques (17,0 au niveau du territoire de santé Navarre-Côte Basque ; 9,2 au niveau du territoire de santé Béarn-Soule).

La densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux varie, dans la région, selon le découpage en bassins de vie, de 1 à 25 masseurs-kinésithérapeutes libéraux pour 10 000 habitants.

- Densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux écarts à la moyenne au 1^{er} janvier 2010



Source : Drees Adeli - Insee RP2007 (champ : professionnels en activité, hors remplaçants)
Cartographie : ARS Aquitaine Service études, statistiques et perspectives - fond IGN

Les éléments de projection à l'horizon 2018

A partir des comportements observés sur 3 années consécutives (2006-2008), des éléments de projection à l'horizon 2018 ont été établis. La situation serait alors la suivante :

- > Globalement, la densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux (y compris les remplaçants) augmenterait en région Aquitaine, avec 11,9 masseurs-kinésithérapeutes libéraux pour 10 000 habitants, soit plus de 2 professionnels de plus pour 10 000 habitants en 10 ans ;
- > La moyenne d'âge diminuerait légèrement à 41,4 ans au 1^{er} janvier 2018 ;

> Au niveau des espaces urbains de Gironde, des Landes et des Pyrénées Atlantiques, 70,5 % des masseurs-kinésithérapeutes libéraux se concentreraient ce qui équivaut à ce qui est observé en 2008 ;

> Seul 8,9 % des masseurs-kinésithérapeutes libéraux exerceraient dans un espace rural (soit 1 point de moins par rapport à 2008).

LES SAGES-FEMMES

Caractéristiques démographiques

Au 1^{er} janvier 2010, 1 003 sages-femmes sont en activité dans la région Aquitaine soit une densité de 3,2 sages-femmes pour 10 000 habitants (3,1 en France métropolitaine).

Il s'agit d'une profession quasiment exclusivement féminine (98 %).

L'âge moyen est de 42,9 ans au 1^{er} janvier 2010, soit une hausse de 2,6 ans depuis 2000.

L'exercice en libéral représente 23,2 % de l'activité globale en Aquitaine (18,2 % en moyenne nationale).

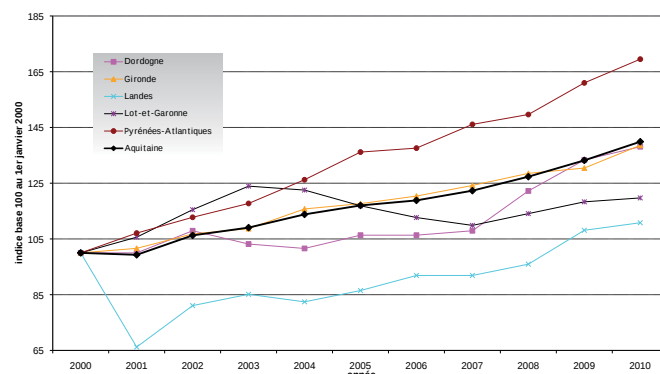
Evolution

De 2000 à 2010, le taux de croissance est de 39,9 % en Aquitaine, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 3,4 %.

La répartition géographique

Au 1^{er} janvier 2010, en activité salariée, les densités varient de 1,8 sage-femme salariée pour 10 000 habitants en Dordogne et dans les Landes à 2,8 dans les Pyrénées-Atlantiques (3,3 au niveau du territoire de santé Navarre-Côte Basque ; 2,5 au niveau du territoire de santé Béarn-Soule), pour une moyenne régionale égale à 2,4.

- Evolutions comparées des effectifs de sages-femmes selon le département (au 1^{er} janvier)



Champ : sages-femmes en activité, région Aquitaine.
Source : fichier ADELI.

LES PHARMACIENS

Caractéristiques démographiques

Au 1^{er} janvier 2010, 3 859 pharmaciens sont en activité dans la région Aquitaine, soit une densité de 12,2 pharmaciens pour 10 000 habitants contre 12,0 au niveau national.

Il s'agit d'une profession féminisée : au 1^{er} janvier 2010, 64 % des pharmaciens sont des femmes.

L'exercice en libéral demeure l'activité la plus courante, de l'ordre de 54,8 % en Aquitaine (46,3 % en moyenne nationale) mais une baisse de 6 points est enregistrée depuis 2000.

La profession est vieillissante : l'âge moyen est de 48,0 ans au 1^{er} janvier 2010, soit une hausse de 3,7 ans depuis 2000. La part des 55 ans ou plus s'élève à 29,2 %.

Evolution

De 2000 à 2010, le taux de croissance est de 19,4 % en Aquitaine, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 1,8 %.

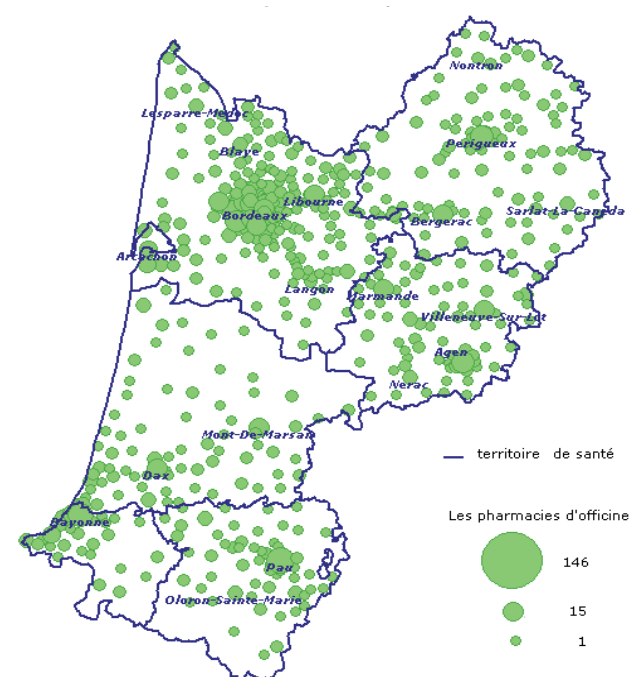
La répartition géographique

En activité salariée, la densité régionale égale à 5,5 pharmaciens pour 10 000 habitants au 1^{er} janvier 2010 est inférieure à la moyenne nationale (6,4).

Les résultats inverses sont observés pour l'activité libérale : la densité régionale est égale à 6,7 pharmaciens pour 10 000 habitants (5,5 en France métropolitaine).

Ces tendances se vérifient au niveau de l'ensemble des départements de la région.

• Les pharmacies d'officine au 1^{er} janvier 2010



Source : Drees - Finess
Cartographie : ARS Aquitaine Service études, statistiques et prospectives - fond IGN

LES RÉSEAUX DE SANTÉ

Au 1^{er} janvier 2010, la région Aquitaine compte 37 réseaux de santé répondant à la définition légale de l'article L 6321-1 du code de la santé publique et bénéficiant d'un financement au titre du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS).

Il existe 4 réseaux d'envergure régionale sur les thématiques suivantes :

- > douleur – soins palliatifs ;
- > périnatalité et petite enfance ;
- > pathologies respiratoires ;
- > cancer.

Les réseaux d'envergure départementale (D) ou infra-départementale (I) interviennent sur des thématiques variées. Ils sont au nombre de 33.

En 2006-2008, des cahiers des charges régionaux des réseaux de santé associant l'ensemble des acteurs et professionnels déjà impliqués dans la réflexion et la mise en place de ces réseaux ont été élaborés, après concertation, pour les trois thématiques suivantes :

- > les réseaux de santé relatifs à la prise en charge des soins palliatifs ;
- > les réseaux de santé relatifs à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer ;
- > les réseaux de santé relatifs à la prise en charge des personnes âgées.

Depuis 2008, les Plans de santé publique comportent un volet sur l'organisation des coordinations et des complémentarités en matière de réseaux de santé. Leur déploiement en région s'appuie sur les référentiels d'organisation nationaux (cahiers des charges) progressivement élaborés par le Ministère de la santé et l'UNCAM.

Dix ans après la mise en place du Fonds d'Amélioration pour la Qualité et la Coordination des Soins de Ville (FAS-QV) et huit ans après celle de la Dotation Régionale de Développement des Réseaux (DRDR)²⁶, les réseaux actuellement financés couvrent la plupart des grands domaines de santé publique.

Afin de répondre au mieux à l'objectif d'optimisation des financements, une démarche de mutualisation des réseaux de santé a été initiée par la MRS en agissant sur trois leviers :

- > mutualisation par territoire ;

- > mutualisation par thématique ;
- > développement d'offres de services.

Outre la mutualisation intra-territoriale et intra-thématique, un premier type d'offres de services mutualisés a été développé par la MRS en 2008, au travers d'une offre de services E-santé mutualisés via le Programme Télésanté Aquitaine. Ce programme a permis le déploiement :

- > **d'une messagerie sécurisée** : cet outil déployé dès 2005 évolue en intégrant diverses améliorations ergonomiques, une optimisation des performances (temps de réponse) et une diversification des modalités d'accès sécurisé (calculatrice CPS, mode VPN) ;
- > **de plateformes collaboratives** : sites privés de travail collaboratif pour les communautés de pratiques médicales, mis à disposition « clés en main », permettent de faciliter les échanges au sein d'une communauté de professionnels (association, collège, Réseau de santé...) regroupés autour d'une même thématique médicale ;
- > **d'un dossier métier « D2R2 »** : pour répondre à la demande croissante des réseaux de santé souhaitant partager leurs données médicales, en interconnexion avec les systèmes d'informations hospitaliers (SIH), les logiciels de gestion de cabinet (LGC) du monde libéral et le Dossier Médical Personnel (DMP). Le Programme Télésanté Aquitaine a mis en œuvre en 2007 une plateforme régionale de dossiers métiers paramétrables pour chaque réseau de la région et interfacée avec le DMP.

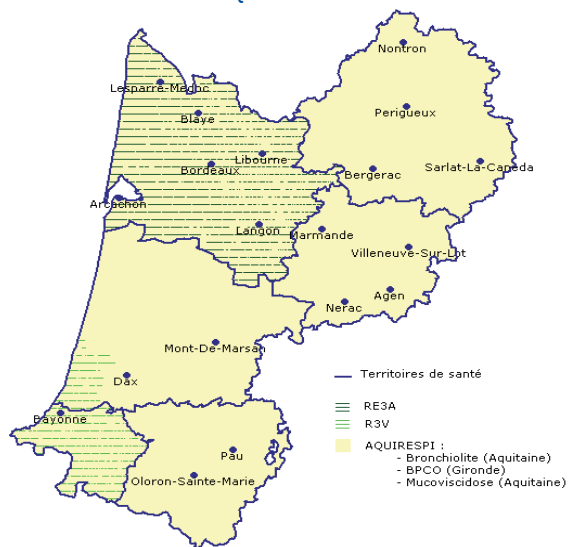
Au-delà des aspects de mutualisation économique (un outil générique paramétré au lieu de 20 outils achetés à intégrer), ce type de plate forme apporte une cohérence technique en termes d'interopérabilité puisqu'elle induit une seule connectivité entre les systèmes d'informations hospitaliers et les logiciels de gestion de cabinet, gage d'une meilleure qualité de déploiement des divers dossiers réseaux. Elle garantit aussi un hébergement des dossiers de santé partagés conforme aux contraintes de sécurité prescrites par la CNIL et aux impératifs d'agrément d'hébergement de données de santé à caractère personnel. Enfin, pour chaque réseau à déployer est appliquée une même méthodologie permettant de mieux formaliser les besoins et de dégager les items qui donneront lieu à la génération de formulaires spécifiques au réseau.

26. Le FIQCS est issu de la fusion en 2007 du FAQSV, géré par l'URCAM, et de la DRDR, gérée par la MRS.

• PERSONNES AGÉES - ALZHEIMER - HANDICAP



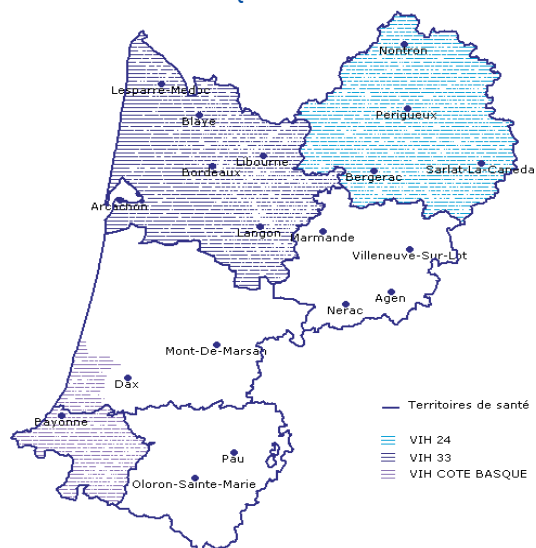
• PATHOLOGIES CHRONIQUES - PATHOLOGIES RESPIRATOIRES



• DOULEUR - SOINS PALLIATIFS



• PATHOLOGIES CHRONIQUES - VIH - HÉPATITE



• PATHOLOGIES CHRONIQUES - DIABÈTE ET TROUBLE DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE



LES MAISONS DE SANTÉ ET PÔLES DE SANTÉ PLURIDISCIPLINAIRES

Le développement des maisons de santé pluri-professionnelles (MSP), définies par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (article L 6323-3 du code de la santé publique) est l'un des éléments de réponse à la désaffection des jeunes médecins pour la médecine générale et aux problèmes de démographie médicale.

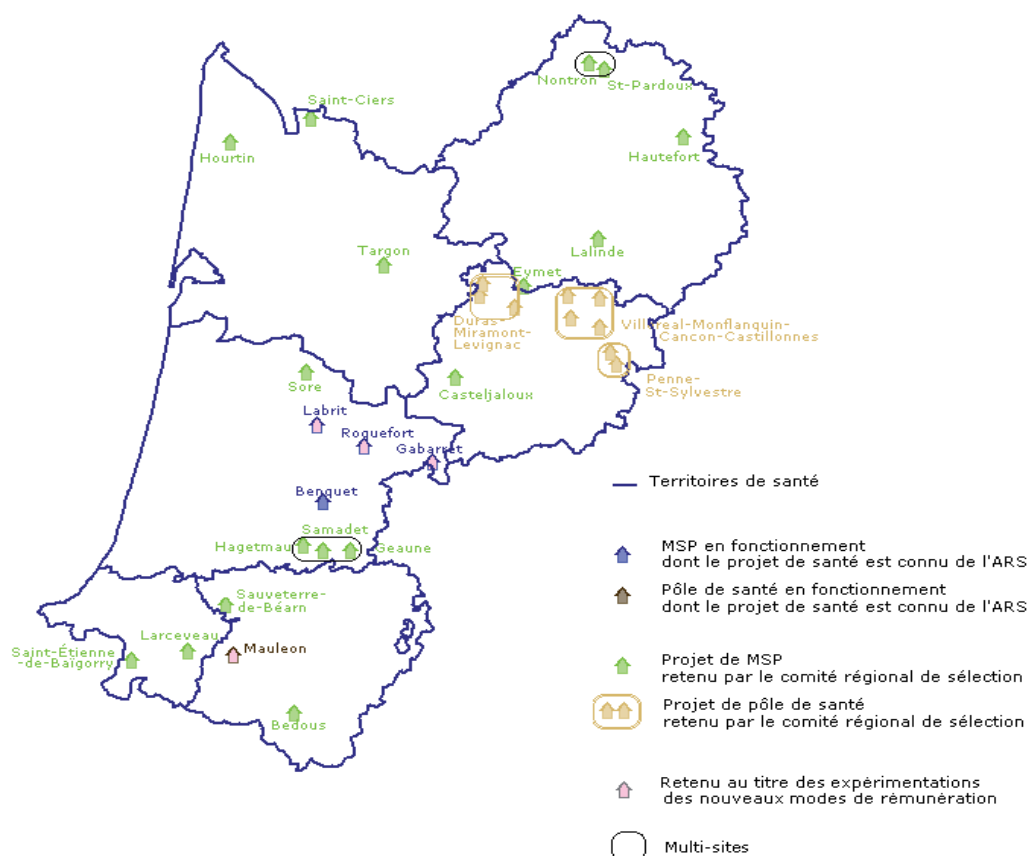
Les maisons de santé permettent de favoriser les coopérations, d'optimiser le temps médical, de répondre aux craintes d'isolement des jeunes médecins. De plus, l'exercice coordonné des professionnels de santé, notamment dans le cadre du premier recours, permet d'apporter une meilleure réponse en termes 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.

Un premier Recensement des MSP et pôles de santé existants ainsi que des projets en cours a été effectué à partir des données disponibles via la gestion du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins et via les informations transmises par les Délégations Territoriales de l'ARS dans le cadre de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération des soins.

• Maisons de santé pluridisciplinaires et pôle de santé :

> en fonctionnement et dont le projet de santé est connu de l'ARS

> dont le projet est retenu par le comité régional de sélection du 18 janvier 2011



Source : ARS Aquitaine

Cartographie : ARS Aquitaine Service études, statistiques et prospectives - fond IGN

RECOURS AUX SOINS AMBULATOIRES

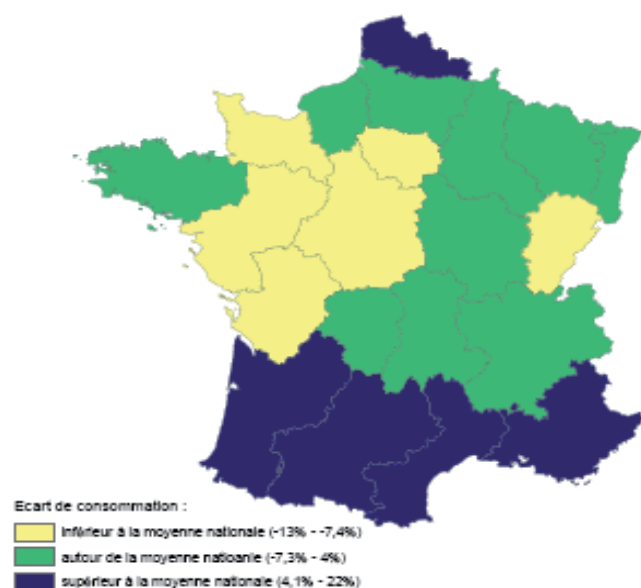
CONTEXTE RÉGIONAL

Une analyse a été réalisée par la CNAMTS²⁷ sur les différences régionales de recours aux soins, comprenant les soins de ville et les soins hospitaliers de court séjour. La consommation de soins de ville a été mesurée à partir des dépenses remboursées par l'assurance maladie. Pour les soins hospitaliers, la dépense a été reconstituée en valorisant les séjours hospitaliers avec les mêmes tarifs de séjour, qu'ils soient réalisés dans le secteur public ou dans le secteur privé.

L'étude conclut à un recours aux soins variable selon les régions et faiblement corrélé à l'état de santé (mesuré par le taux de mortalité standardisé).

L'Aquitaine apparaît comme une région ayant une consommation de soins de ville élevée alors que ses indicateurs de santé sont bons. Le recours aux soins hospitaliers est proche de la moyenne nationale.

- Ecart par rapport à la moyenne nationale de consommation standardisée de soins de ville (hors honoraires privés) par personne protégée (régime général) selon la région du patient en 2007

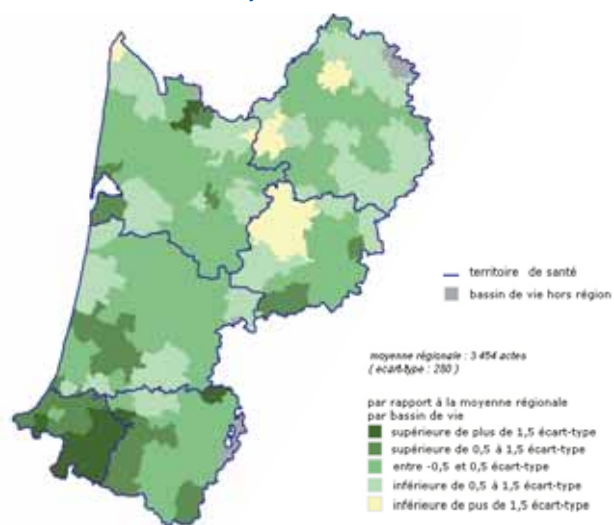


Source : CNAMTS

27. Recours aux soins médicaux : d'importantes différences selon les régions : point d'information mensuel CNAMTS du 22/10/2009

VARIATIONS DE CONSOMMATION INTRARÉGIONALES

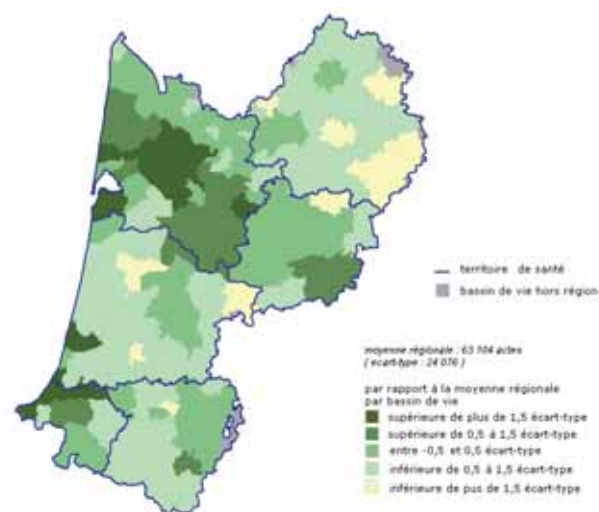
- Consommation d'actes de chirurgien-dentiste
Le recours aux soins de ville : consommation pour 1 000 bénéficiaires en 2008 - Écart à la moyenne



Source : Systèmes informationnels du Régime général, du Régime agricole et du Régime social des indépendants.

Cartographie : ARS Aquitaine Service études, statistiques et prospectives - fonds IGN

- Consommation d'actes infirmiers
Le recours aux soins de ville : consommation pour 1 000 bénéficiaires en 2008 - Écart à la moyenne

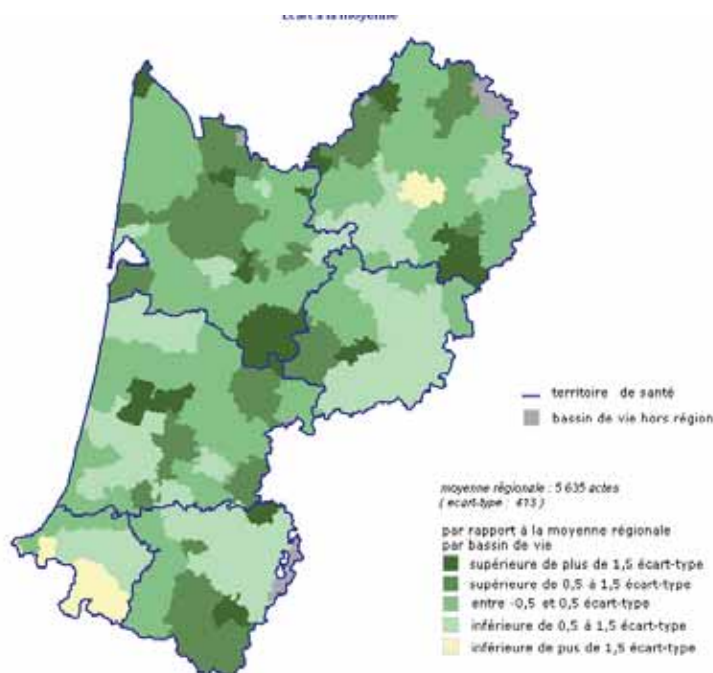


Source : Systèmes informationnels du Régime général, du Régime agricole et du Régime social des indépendants.

Cartographie : ARS Aquitaine Service études, statistiques et prospectives - fonds IGN

• Consultations ou visites de médecin généraliste

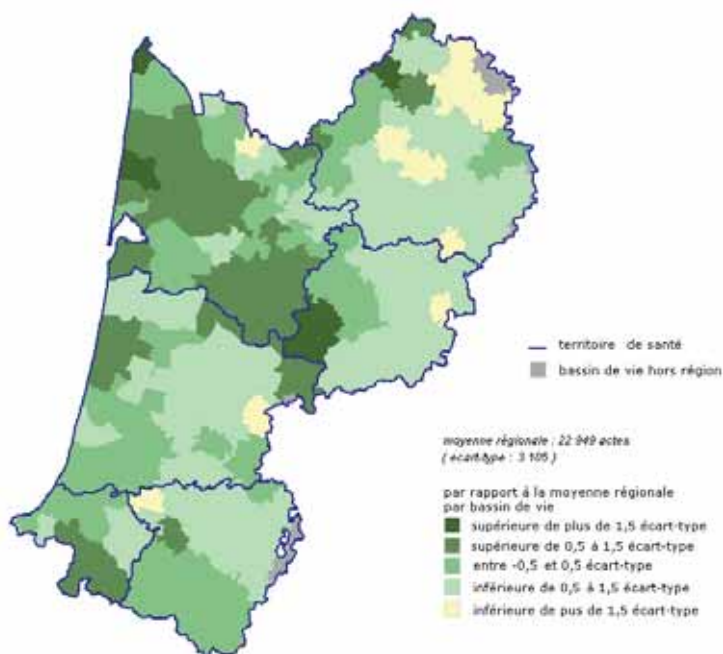
Le recours aux soins de ville : consommation pour 1000 bénéficiaires en 2008 - Écart à la moyenne



Source : Systèmes informationnels du Régime général, du Régime agricole et du Régime social des indépendants.
Cartographie : ARS Aquitaine Service études, statistiques et prospectives - fonds IGN

• Consommation d'actes de kinésithérapie

Le recours aux soins de ville : consommation pour 1000 bénéficiaires en 2008 - Écart à la moyenne



Source : Systèmes informationnels du Régime général, du Régime agricole et du Régime social des indépendants.
Cartographie : ARS Aquitaine Service études, statistiques et prospectives - fonds IGN

OFFRE DE SOINS HOSPITALIERE

LES IMPLANTATIONS

L'Aquitaine dispose au 1^{er} janvier 2011 de 182 établissements de santé :

- > 44 établissements publics dont :
 - 1 Centre Hospitalier Universitaire ;
 - 34 Centres Hospitaliers²⁸ parmi lesquels 12 hôpitaux ayant la fonction d'hôpital local ;³
 - 5 centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie ;
 - 3 centres de long séjour ;
 - 1 hôpital des armées.
- > 138 établissements privés dont notamment :
 - 53 établissements de court séjour ;
 - 47 établissements spécialisés dans les soins de suite et de réadaptation.

L'offre de soins est diversifiée et graduée : médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, soins de suite et de réadaptation, soins de longue durée, en hospitalisation complète ou à temps partiel (jour ou nuit).

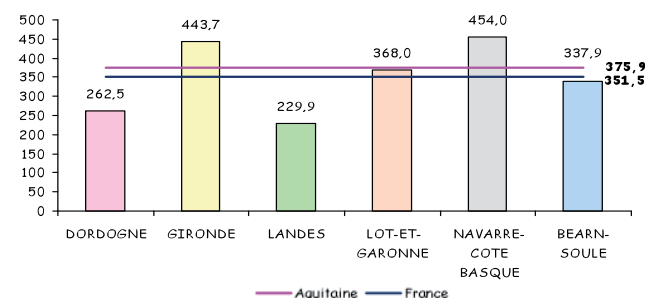
Les capacités d'accueil en hospitalisation complète sont globalement en baisse depuis 2002 :

- > dans le public : - 12 % ;
- > dans le privé : -1,2 %.

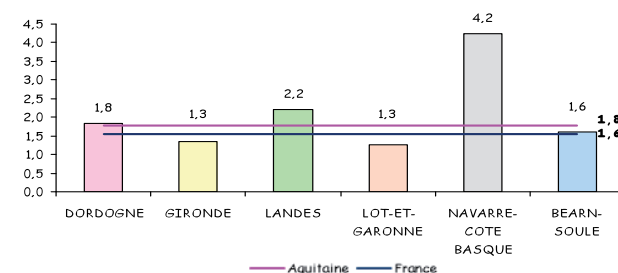
Parallèlement, l'accueil en hospitalisation à temps partiel connaît une forte augmentation (+25 %) notamment en chirurgie (+47 %) et en médecine (+49 %).

Les taux d'équipement sont supérieurs à la moyenne nationale, avec des disparités territoriales importantes, notamment très marquées pour les soins de suite et de réadaptation.

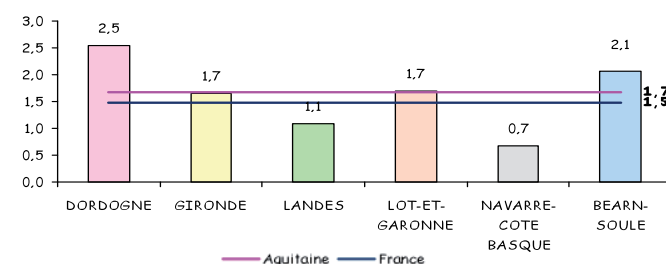
• Taux d'équipement en médecine, chirurgie, obstétrique (nb lits pour 100 000 habitants)



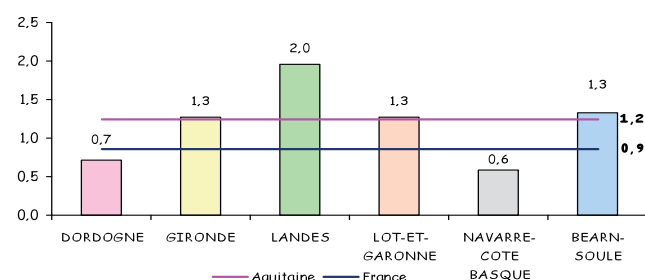
• Taux d'équipement en soins de suite et de réadaptation (nb lits pour 1 000 habitants)



• Taux d'équipement en psychiatrie générale (nb lits et places pour 1 000 habitants de plus de 16 ans)



• Taux d'équipement en psychiatrie infanto-juvénile (nb lits et places pour 1 000 enfants âgés de 0 à 16 ans)



28. Au 1^{er} janvier 2010, le CH de La Réole et le CH de Langon ont fusionné pour former le Centre hospitalier intercommunal Sud Gironde.

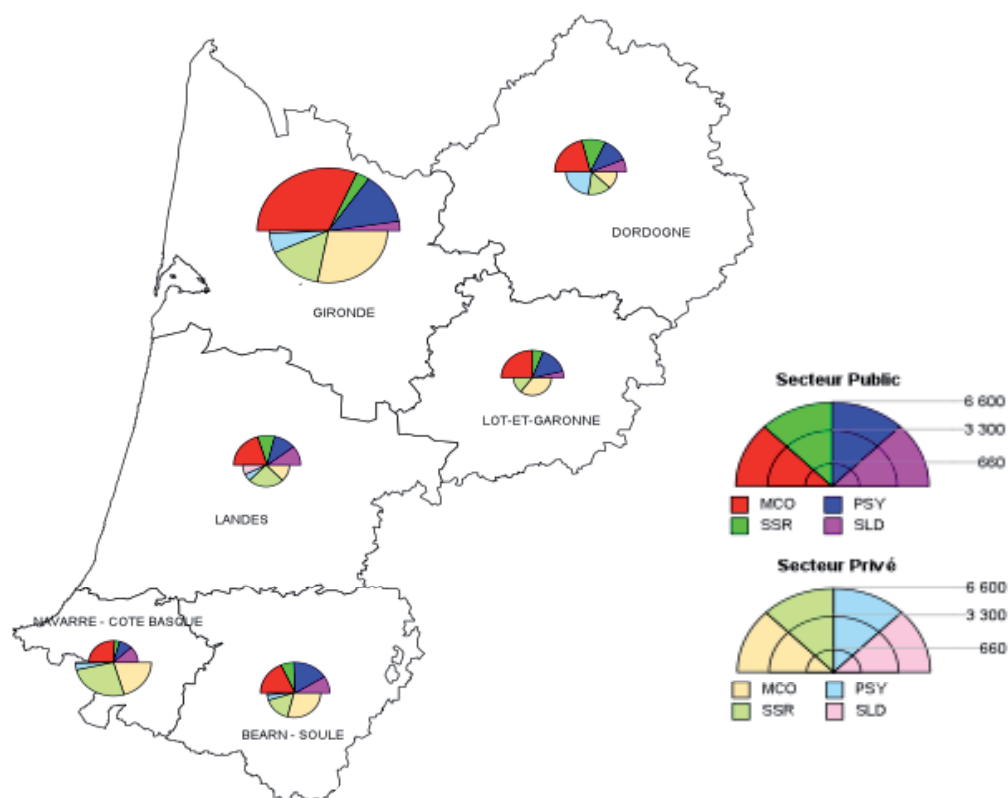
• Les établissements de santé en Aquitaine

Secteur public (entité juridique)	Entités		Nombre de lits d'hospitalisation complète		Nombre de places d'hospitalisation partielle	
	au 1er janvier		au 1er janvier		au 1er janvier	
	2002	2011	2002	2009	2002	2009
Centre hospitalier universitaire (CHU)	1	1	3 130	2 857	113	168
Centres hospitaliers	23	22	8 267	7 090	605	751
Centres hospitaliers spécialisés en maladies mentales	5	5	2 104	2 009	910	964
Ex-Hôpitaux locaux	12	12	654	489	-	1
Centres de long séjour	3	3	220	220	-	-
Hôpital militaire	1	1	245	226	11	13
	45	44	14 620	12 891	1 639	1 897

Secteur privé (établissements)	Entités		Nombre de lits d'hospitalisation complète		Nombre de places d'hospitalisation partielle	
	au 1er janvier		au 1er janvier		au 1er janvier	
	2002	2011	2002	2009	2002	2009
Etablissements de soins de courte durée	63	53	5 001	4 939	395	689
Etablissements de soins de suite ou de réadaptation	51	47	3 364	3 323	108	228
Etablissements de soins de longue durée	9	2	372	230	-	1
Etablissements d'enfants à caractère sanitaire	1	4	21	204	18	-
Etablissements de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et la toxicomanie	27	27	1 537	1 081	291	227
Etablissements de soins et de traitement à domicile	5	9	-	-	233	306
	156	142	10 295	9 777	1 045	1 451
Centres de dialyse ambulatoire	68	66	-	-	-	-

Source : DREES - SAE 2001 et 2008, bases administratives - FINESS - Exploitation : ARS Aquitaine - Service études, statistiques et prospectives

• Capacités d'accueil hospitalières selon la discipline au 01/01/2009



Source : DREES - SAE 2008, données administratives - Cartographie : ARS Aquitaine Service études et statistiques

ACTIVITÉ DE MÉDECINE

Volume d'activité et évolution

En 2009, les 477 465 séjours classés en médecine ont représenté 52 % des séjours d'hospitalisation réalisés dans les établissements de santé d'Aquitaine.

Ces séjours ont concerné 352 236 patients dont 75 % n'ont eu qu'un séjour de médecine (hors séance et forfait) dans l'année.

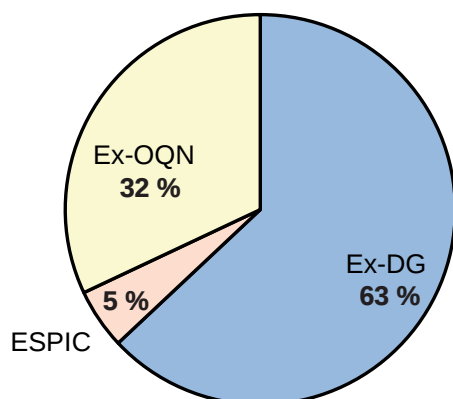
L'hospitalisation de jour a représenté 39 % de l'activité, en progression de 75 % sur la période 2001-2008.

Entre 2006 et 2009, le nombre de séjours de médecine effectués dans les établissements de santé d'Aquitaine a diminué de 2,6 %. Cette baisse est le reflet de disparités territoriales : des territoires ont vu leur activité augmenter (Périgord et Bordeaux-Libourne) alors que les autres ont subi une baisse d'activité (-9 % dans les départements des Landes et du Lot-et-Garonne). Ces évolutions doivent cependant être interprétées avec précaution dans la mesure où des modifications de classification sont intervenues entre 2006 et 2009.

Type d'établissements

L'activité de médecine est prise en charge de façon prédominante dans les établissements ex-DG (établissements hospitaliers et ESPIC).

- Répartition des séjours de médecine selon le type d'établissement en 2009



Source : PMSI MCO 2009

Type de pathologies

Cinq groupes d'activité ont totalisé 55 % de l'activité de médecine (en hospitalisation complète et en hospitalisation de jour) :

- > Les endoscopies digestives : 15 % ;
- > L'hépatogastro-entérologie : 10 % ;
- > La cardiologie et les cathétérismes vasculaires : 14 % ;
- > La pneumologie : 8 % ;
- > La neurologie médicale : 8 %.

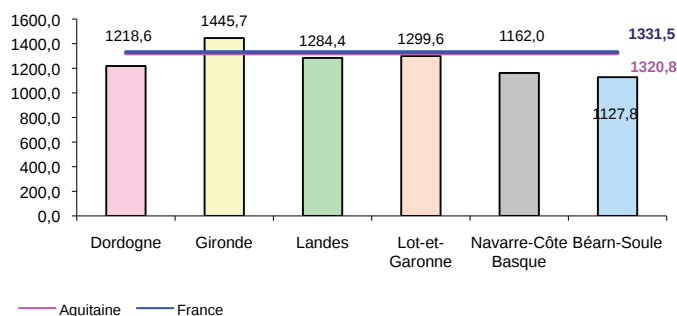
En hospitalisation complète, la première activité en volume a été la cardiologie et les cathétérismes vasculaires avec 19 % des séjours, suivis par l'hépatogastro-entérologie (12,2 %), la pneumologie (8,7 %) et la neurologie (7,9 %).

L'activité d'hospitalisation de jour a été constituée pour un tiers d'entre elle par des actes d'endoscopie.

Taux de recours

Le taux de recours à l'hospitalisation de la population domiciliée dans la région, indépendamment du lieu de prise en charge et standardisé sur la structure de population nationale a été de 13,2 séjours pour 100 habitants en 2009, légèrement moindre que le taux national (13,3 %). Certains territoires présentaient un taux de recours inférieur au taux national : Navarre-Côte Basque (11,6 %) et Béarn-Soule (11,3 %). Un seul territoire dépasse le taux de recours national : la Gironde (14,5 %).

- Taux de recours standardisé en médecine pour 10 000 habitants en 2009



Source : PMSI MCO 2009- Insee, RP 2007

Taux de fuite hors région

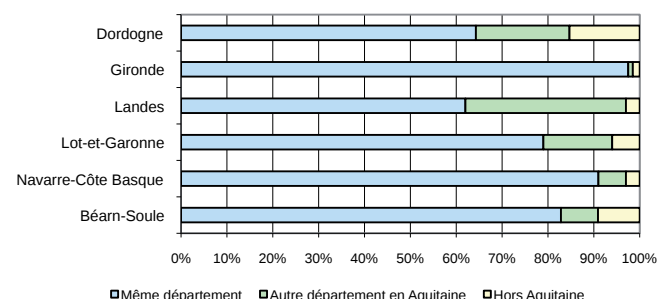
Le nombre de séjours de patients aquitains hospitalisés hors Aquitaine est faible puisque 96 % des séjours en médecine de cette population ont été réalisés au sein même de la région (dont 24 % au CHU). Des disparités territoriales ont également été constatées : près de 15 % des hospitalisations des habitants de Dordogne ont été réalisées hors région (essentiellement en Limousin), ce pourcentage s'élève à 8 % pour les habitants du territoire (principalement en Midi-Pyrénées). Ceci s'explique par la situation géographique, l'accessibilité en temps (voies de communication) et la formation universitaire des médecins prescripteurs.

Flux intrarégionaux

Ces flux concernent en priorité les habitants des Landes avec 36 % d'hospitalisation dans un autre département aquitain et la Dordogne avec 22 % des hospitalisations hors département, essentiellement en Gironde.

La moitié des hospitalisations des résidents de Dordogne en cardiologie et 30 % de leurs séjours de pneumologie et neurologie ont été réalisées en dehors du territoire. La cardiologie et la neurologie interventionnelle n'ont été également réalisées qu'à 50 % en Dordogne. Les Landais ont été hospitalisés à 22 % en Gironde et à 41 % sur Bayonne pour la cardiologie et la neurologie interventionnelle. 21 % des séjours des landais pour pathologies digestives, 19 % pour la pneumologie, 18 % pour l'uro-néphrologie et la cardiologie ont été réalisés à Bayonne.

• Lieu d'hospitalisation en médecine des patients aquitains selon leur département de résidence en 2009



ACTIVITÉ DE CHIRURGIE

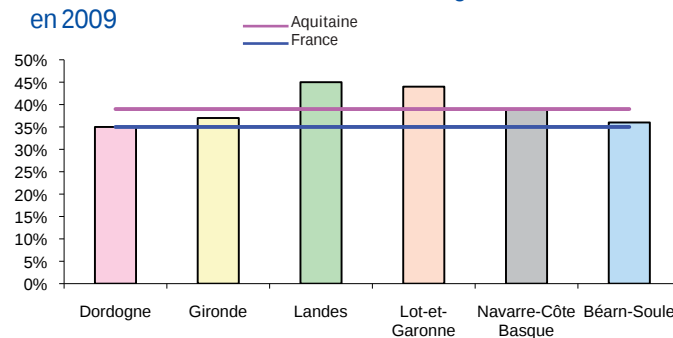
Volume d'activité et évolution

Avec 345 974 séjours en 2009, les séjours chirurgicaux ont représenté 38 % de l'activité des établissements de santé d'Aquitaine.

Le nombre de séjours chirurgicaux a progressé de 1,7 % entre 2006 et 2009 avec des disparités territoriales : de -5,8 % en Lot-et-Garonne à +5,5 % sur le territoire de Bordeaux-Libourne.

La part de l'activité réalisée en chirurgie ambulatoire représente 39 % des séjours. Ce taux situe l'Aquitaine au dessus de la moyenne nationale (35 %).

• Taux d'interventions réalisées en chirurgie ambulatoire en 2009



Selon les territoires, ce taux varie de 37 % à 45 %. Le taux régional a progressé de 11 % depuis 2006.

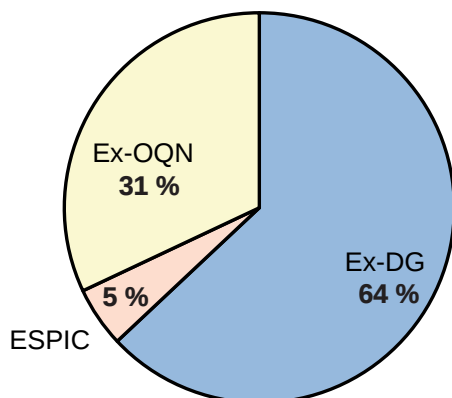
Pour les 18 gestes marqueurs nationaux, le taux de prise en charge en ambulatoire a progressé entre 2007 et 2009 de 11 %. Il s'est établi à 63,4 % en 2009.

Ce taux reste cependant inférieur au taux cible national de 85 %.

Type d'établissements

L'activité de chirurgie est majoritairement réalisée dans les établissements privés à but lucratif.

- Répartition des séjours de chirurgie selon le type d'établissement



Source : PMSI MCO 2009

Type de pathologies

Les deux tiers des séjours de chirurgie des Aquitains en Aquitaine ont concerné :

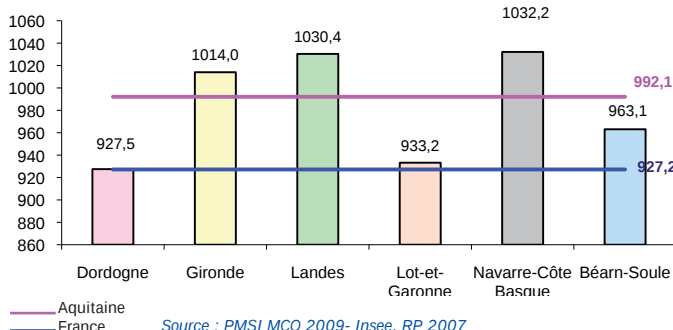
- > la chirurgie de l'appareil locomoteur hors rachis (24,9 % des séjours) ;
- > la chirurgie ophtalmique (15 % des séjours) ;
- > la chirurgie digestive : rate, grêle, hernies, occlusions (11,6 % des séjours) ;
- > la chirurgie ORL et stomatologique (6,4 % des séjours) ;
- > la chirurgie des dents (6,2 % des séjours).

Taux de recours

Le taux de recours standardisé pour 100 habitants des Aquitains était en 2009 supérieur au taux national (9,92 versus 9,27 en France métropolitaine) avec des disparités territoriales marquées.

Les taux de recours du territoire Navarre-Côte Basque (10,32) et des Landes (10,30) étaient nettement supérieurs au taux national, alors que le taux de recours de la Dordogne se situait au niveau national.

- Taux de recours standardisé en chirurgie pour 10 000 habitants en 2009



Taux de fuite hors région

En chirurgie, 93 % des séjours d'Aquitains ont été réalisés en Aquitaine dont la moitié en Gironde. Des disparités territoriales ont également été constatées :

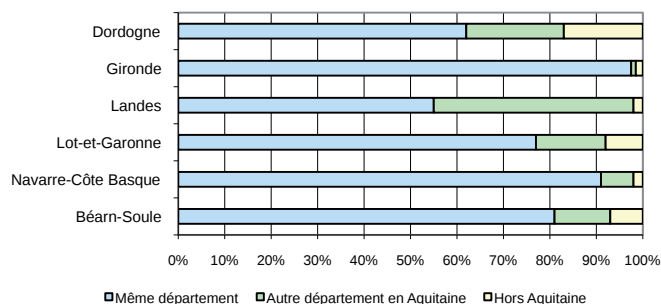
- > 16 % des séjours de résidents de Dordogne ont été effectués hors région, principalement en Limousin ;
- > 8 % des séjours des résidents du Lot-et-Garonne ont été effectués hors région, principalement en région Midi-Pyrénées.

Flux intra-régionaux

Les hospitalisations en chirurgie dans un territoire aquitain autre que celui de résidence concernent plus de 43 % des habitants des Landes et plus de 22 % des habitants de Dordogne. A contrario, la quasi-totalité des patients résidant en Gironde ou en Navarre-Côte Basque sont hospitalisés en chirurgie dans leur territoire d'origine.

La part des séjours réalisés hors territoire en ophtalmologie est de 70 % pour les résidents de Dordogne. Ce pourcentage est de 44 % pour les landais et 21 % pour les résidents de Lot-et-Garonne.

- Lieu d'hospitalisation en chirurgie des patients aquitains selon leur département de résidence en 2009



Source : PMSI MCO 2009

ACTIVITÉ D'OBSTÉTRIQUE

Volume d'activité et évolution

L'obstétrique est présente début 2011 dans 29 établissements aquitains :

- Les maternités en Aquitaine



Source : FINESS au 01/01/2011 - Artique ©
Cartographie : ARS Aquitaine Service études, statistiques et prospectives

Le nombre d'accouchements est de 34 461 en 2009, en progression de 18 % entre 2001 et 2009.

Le nombre moyen d'accouchements en 2009 varie selon le niveau des maternités :

- > 2 817 accouchements réalisés dans les 3 maternités de niveau 3 ;
- > 1 731 accouchements réalisés dans les 6 maternités de niveau 2 ;
- > 786 accouchements réalisés dans les 20 maternités de niveau 1.

Seules 2 maternités ont une activité très voisine de 300 accouchements.

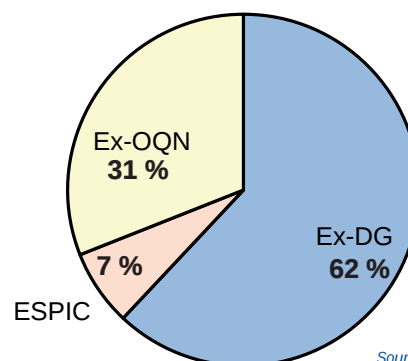
Les accouchements représentent environ 90 000 séjours en 2009, dont la moitié ont lieu en Gironde et 13,7 % au CHU.

La durée moyenne de séjour par accouchement est de 4,9 jours (4 jours pour un accouchement par voie basse et 7 jours pour une césarienne).

Type d'établissements

Les établissements publics assurent plus de 60 % de l'activité obstétricale globale et 60 % des accouchements.

- Répartition des séjours obstétricaux selon le type d'établissement



Source : PMSI MCO 2009

Taux de fuite

Seuls 2 % des séjours obstétricaux ont été effectués hors région en 2009.

Les taux de fuite hors territoire les plus importants se situent dans les Landes (35,6 % de séjours hors département de résidence dont les deux-tiers vers le territoire de Navarre-Côte Basque) et en Dordogne dans une proportion moins importante (17,8 % de séjours hors territoire, se répartissant pour moitié vers la Gironde et l'autre moitié vers la Corrèze).

Césariennes

Le taux de césariennes pour la région est de 20 %, équivalent au taux national.

Les écarts intra régionaux sont importants. Dans les Landes, le taux est de 14,8 % alors qu'il se situe entre 20 % et 21 % dans les autres territoires.

Interruptions volontaires de grossesse

Les séjours hospitaliers pour interruptions volontaires de grossesse se sont élevés à 8 779 en 2006 et 8 291 en 2009 auxquels il convient d'ajouter 262 réalisés hors Aquitaine. Ces séjours ont lieu dans 31 structures dont 9 privées à but lucratif. Les établissements publics et ESPIC (ex PSPH) réalisent 76 % de cette activité. En 2009, 6,6 % des IVG ont concerné des jeunes femmes mineures.

Par ailleurs, l'Aquitaine, avec 312 interruptions médicales de grossesse, a un taux d'attestation de gravité délivrée pour une IMG de 43,3 (par million de femmes en âge de procréer), très proche de la moyenne nationale (45).

Assistance médicale à la procréation

L'activité est réalisée par 5 établissements de santé (un seul public) dans 3 départements de la région : Gironde, Dordogne et Pyrénées-Atlantiques.

Les laboratoires autorisés sont au nombre de 11, dont un seul public ; 5 laboratoires sont adossés à un centre clinique d'AMP autorisé, 6 autres sont autorisés seulement pour la préparation et la conservation du sperme en vue d'insémination artificielle.

Le centre d'AMP du CHU est le seul centre à assurer les activités de don (recueil, conservation et attribution), de gamètes et embryons.

L'AMP a permis la naissance de 946 enfants en 2008, le pourcentage associé est comparable à celui du national (près de 2,5 % des naissances en 2007 et 2008).

ACTIVITÉ DE PSYCHIATRIE

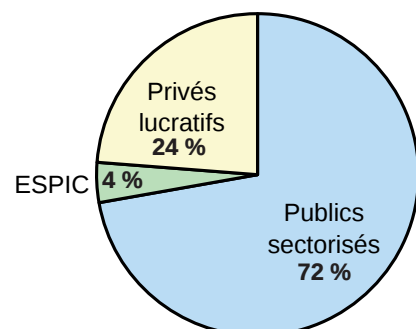
Volume d'activité

Dans les structures hospitalières, la file active* en 2009 s'élevait à 23 298 enfants ou adolescents et 68 573 adultes.

Rapporté à la population régionale, dans les mêmes tranches d'âge, la file active représente 3,7 % des moins de 16 ans, 3,1 % des 16 à 59 ans et 1,9 % des 60 ans et plus. Par rapport aux chiffres nationaux, ces taux sont comparables pour les enfants, mais inférieurs à ce qui est constaté pour les adultes.

* Patients vus au moins une fois pendant la période de référence les membres des équipes soignantes, quels que soient le nombre et la durée des prises en charge.

- Répartition du nombre de patients selon le type d'établissement



Source : RIM-P 2009

Type d'établissements

Plus des deux tiers des prises en charge en hospitalisation complète se font en établissements publics.

Taux de fuite

Les flux s'équilibrent globalement entre attractivité et fuites extra régionales qui concernent 7 % des patients ayant eu une hospitalisation complète dans l'année.

Flux intra-régionaux

En intra régional, les Landais sont hospitalisés à 36 % hors de leur territoire de résidence. Il en est de même pour 23,8 % des Lot-et-Garonnais.

Taux de recours

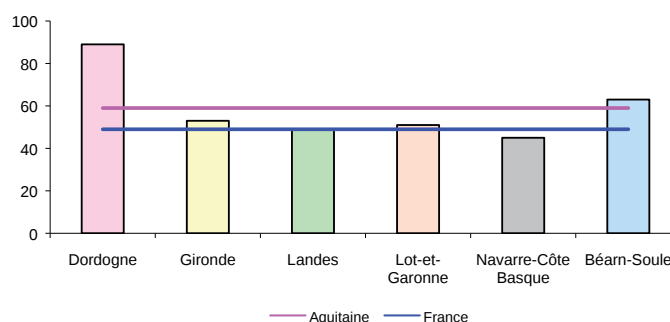
Le taux de recours apparaît nettement supérieur au recours moyen national en hospitalisation complète. Cependant, deux éléments participent certainement à cette remarque :

- > l'influence de la fondation John Bost en Dordogne : les patients sont considérés comme domiciliés dans le territoire puisque pris en charge à l'année (8,5 % des journées Aquitaine et 44,6 % des journées de Dordogne).

> la culture de codage des dossiers très ancienne en Aquitaine et l'expérimentation du RIM-p dans la région expliquent la meilleure exhaustivité de la saisie en Aquitaine en intra établissement mais aussi en nombre d'établissements (88 % des établissements dans la région contre 81 % au niveau national).

En structures ambulatoires, pour lesquelles la proximité est réelle, les taux de recours présentent quelques disparités départementales : en Pyrénées-Atlantiques, le niveau de consultation en ambulatoire est plus élevé chez les adultes que dans les autres départements. A l'inverse, le recours à la consultation est moins fréquent pour les jeunes en Gironde, département où la densité de psychiatres libéraux est la plus élevée.

• Taux de recours standardisé en nombre de journées de psychiatrie pour 100 habitants en 2009



Source : Rim-p 2009 - Insee, RP 2007

HOSPITALISATION À DOMICILE

Au 31/12/2009, l'Aquitaine comptait 15 structures autorisées pour 494 places occupées. Des nouvelles ouvertures de services et d'antennes sont en cours dans les territoires encore mal desservis, notamment le nord de la Dordogne et le nord des Landes.

L'activité en HAD a atteint 180 200 journées en 2008 en augmentation de 22 % depuis 2006.

Le recours à l'HAD, apprécié en nombre de journées, se situe à 5 777 pour 100 000 habitants en 2008, chiffre à comparer à une moyenne nationale de 4 422. Cette moyenne recouvre des disparités importantes entre territoires : 2 679 journées pour 100 000 habitants en Dordogne contre 8 577 dans les Landes.

SOINS PALLIATIFS

Équipes mobiles (EMSP) : le ratio d'une équipe mobile de soins palliatifs pour 200 000 habitants est effectif depuis la mise en œuvre de trois nouvelles équipes mobiles de soins palliatifs en 2011 (secteurs d'Arcachon, Langon et Marmande-Tonneins).

Une Équipe Ressource Régionale de Soins Palliatifs Pédiatriques (ERRSPP) sera déployée courant 2011, venant en appui de l'ensemble des professionnels confrontés à la fin de vie en pédiatrie.

Lits identifiés en soins palliatifs (LISP) : l'objectif d'une structure disposant de lits identifiés par territoire intermédiaire est atteint pour 12 des 20 territoires intermédiaires identifiés dans le SROS en cours. Sur ces 12 territoires, les besoins sont couverts pour 9 d'entre eux à hauteur de 5 LISP pour 100 000 habitants conformément à l'objectif fixé dans le SROS. Il reste à développer cette offre dans les territoires de Bergerac, Sarlat, Arcachon, Arès, Blaye, Lesparre et Orthez qui en sont dépourvus.

Unité de soins palliatifs (USP) : le SROS III préconise la reconnaissance d'une unité par territoire de recours ainsi qu'une unité supplémentaire pour le territoire régional, soit au total à terme 7 USP. Il reste à pourvoir les territoires de recours de Dordogne, Landes, Lot-et-Garonne et Béarn-Soule.

SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION

Volume d'activité et évolution

Le nombre total de journées en soins de suite et de réadaptation (SSR) réalisées en Aquitaine s'est élevé à 1 777 520 en 2009.

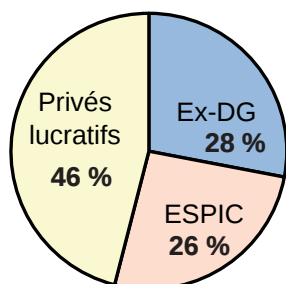
En hospitalisation à temps partiel, 102 636 journées (y compris les séances) ont été réalisées, soit 5,8 % du nombre de journées total produit par les établissements d'Aquitaine.

Le nombre de journées SSR de tous les établissements de la région a augmenté de 5,4 % entre 2006 et 2009. Les plus fortes progressions concernent les départements de la Dordogne (+9,7 %) et de la Gironde (+8,4 %).

Type d'établissements

Les établissements privés assurent près de la moitié de l'activité en SSR.

- Répartition de l'activité de SSR (en nombre de journées) selon le type d'établissement



Source : PMSI SSR 2009

Type de pathologies prises en charge

Les pathologies les plus souvent prises en charge en 2009 ont été :

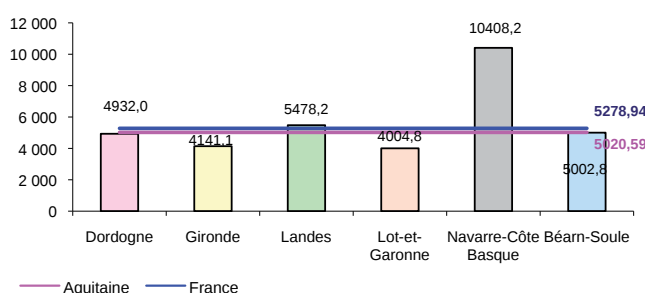
- > les pathologies du système ostéo-articulaire traumatiques (fractures, luxations, lésions tendineuses...) et non traumatiques (suites de prothèse pour coxarthrose et gonarthrose,...) ;
- > les affections cardiologiques et respiratoires (suites d'angioplastie, insuffisance cardiaque ou respiratoire,...) ;
- > les affections du système nerveux (SEP, Parkinson, Alzheimer) et les lésions cérébrales non traumatiques (AVC,...).

Taux de recours

Le taux de recours standardisé des aquitains en 2009 a été légèrement inférieur au taux de recours national.

Des disparités ont été constatées entre départements, mais il faut noter pour le territoire Navarre-Côte Basque, l'influence de l'établissement héliomarin d'Hendaye à recrutement national et dont les patients sont considérés résidant dans le territoire.

- Taux de recours standardisé en soins de suite et de réadaptation pour 10 000 habitants en 2009



Source : PMSI SSR 2009 - Insee, RP 2007

Taux de fuite

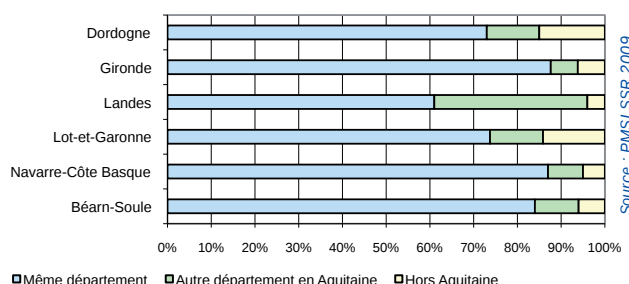
En 2009, 64 172 patients aquitains ont été hospitalisés dans un établissement SSR. Environ 8 % d'entre eux l'ont été en dehors de la région, soit 5 047 patients.

Dans le même temps, 5 784 patients non aquitains ont été hospitalisés dans la région. L'attractivité est particulièrement marquée pour les établissements de Navarre-Côte basque avec 27 % des journées pour insuffisance respiratoire qui ont été effectuées par des patients non résidents de la région.

Flux intra-régionaux

Les patients aquitains sont majoritairement hospitalisés dans leur territoire de résidence. Les hospitalisations hors Aquitaine concernent surtout les patients de Dordogne et du Lot-et-Garonne. En 2009, un tiers des Landais ont été hospitalisés dans un autre territoire aquitain, majoritairement en Navarre-Côte Basque.

- Lieu d'hospitalisation en SSR des patients aquitains selon leur département de résidence en 2009



Source : PMSI SSR 2009

LES ÉQUIPEMENTS MATÉRIELS LOURDS

Imagerie par Résonnance Magnétique (IRM)

La région Aquitaine dispose de 42 IRM autorisés. Le taux régional est de un IRM pour 75 000 habitants, légèrement inférieur au taux cible fixé par l'INCA de un pour 70 000 habitants. De fortes disparités territoriales sont observées avec un taux d'équipement en appareils autorisés en Dordogne presque deux fois inférieur au territoire de la Gironde.

Scanners

Plus de 50 scanners sont autorisés dans la région. Des disparités d'équipement existent, notamment entre les territoires de Navarre-Côte Basque et de la Dordogne ou du Lot-et-Garonne, territoires les moins bien équipés.

Caméras à scintillation

Le constat de disparités d'équipement est le même, au détriment de la Dordogne mais aussi du Béarn-Soule et des Landes. Il est à noter que les deux équipements autorisés dans les Landes ne sont pas installés.

TEP

L'équipement régional a été récemment abondé. La région dispose de 6 autorisations, dont 4 appareils installés, réparties sur 3 territoires (Gironde, Navarre-Côte Basque, Lot-et-Garonne).

- Equipements soumis à autorisation installés et non installés au 01/11/2010

Territoires de santé	IRM		SCANNER		CAMERA A SCINTILLATION/ GAMMA CAMERA		TOMOGRAPHIE A EMISSION DE POSITION (TEP)	
	Equipement autorisé	Population par équipement	Equipement autorisé	Population par équipement	Equipement autorisé	Population par équipement	Equipement autorisé	Population par équipement
Dordogne	4	102 000	5	81 000	2	203 000	-	
Gironde	22	64 000	25	56 000	13	108 000	4	352 000
Landes	4	92 000	5	73 000	2	184 000	-	
Lot-et-Garonne	4	81 000	4	81 000	3	108 000	1	324 000
Navarre-Côte Basque	4	67 000	6	45 000	3	90 000	1	269 000
Béarn-Soule	4	94 000	7	53 000	2	187 000	-	
Aquitaine	42	75 000	52	61 000	25	126 000	6	525 000

Source : ARS Aquitaine - Insee, RP 2007

URGENCES ET PERMANENCE DES SOINS

Prise en charge des urgences et permanence des soins hospitaliers

Le territoire aquitain est couvert de manière satisfaisante en structures de prise en charge des urgences : SAMU, SMUR, Services d'urgences.

La participation des médecins libéraux à la régulation des appels au centre 15 est en place dans chaque SAMU.

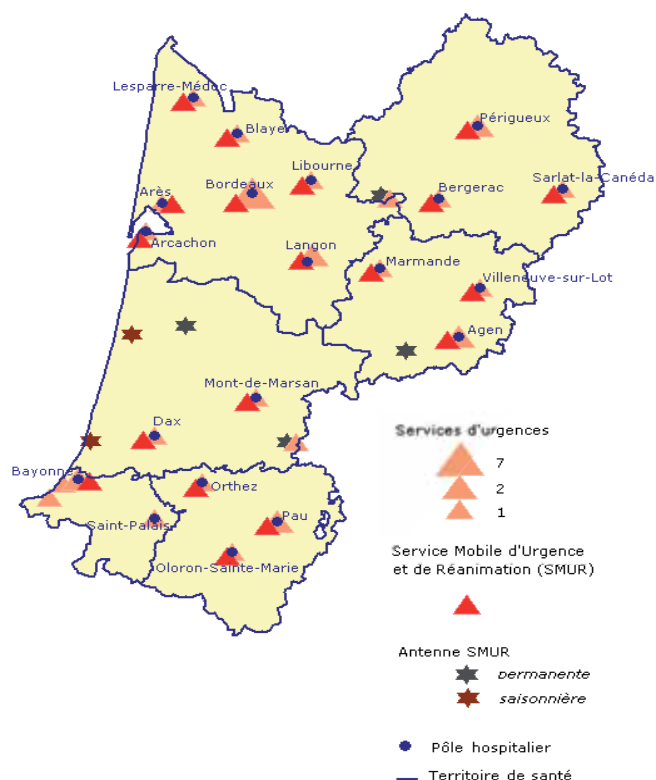
La mise en place d'un répertoire opérationnel des ressources est lancée.

Mais des difficultés récurrentes persistent, en relation avec l'augmentation d'activité des SAMU / SMUR / Services d'urgences. L'organisation de la coordination des urgences avec la médecine libérale, notamment au travers de la participation des médecins libéraux à la régulation et de l'orientation pré-hospitalière des patients, reste perfectible.

La permanence des soins hospitaliers correspond à l'accueil et la prise en charge des patients nécessitant des soins urgents au sein d'une structure de soins la nuit, les fins de semaine et jours fériés (à différencier de la continuité médicale des soins, des activités non programmées de jour et de la permanence des soins ambulatoires).

Elle se traduit par la mise en place et le financement de gardes sur place et/ou d'astreintes et constitue une mission de service public pour les établissements publics comme privés. Ce sujet doit faire l'objet d'une réflexion régionale afin d'assurer, sur tous les territoires, un accès aux activités de soins autorisées, tout en optimisant la ressource médicale et en favorisant l'efficacité du dispositif.

• Implantation des services d'urgences



Source : ARS Aquitaine - Arrêtés d'autorisations (dernière actualisation : novembre 2010)
Cartographie : ARS Aquitaine Service études, statistiques et prospectives - fond IGN

Permanence des soins ambulatoires

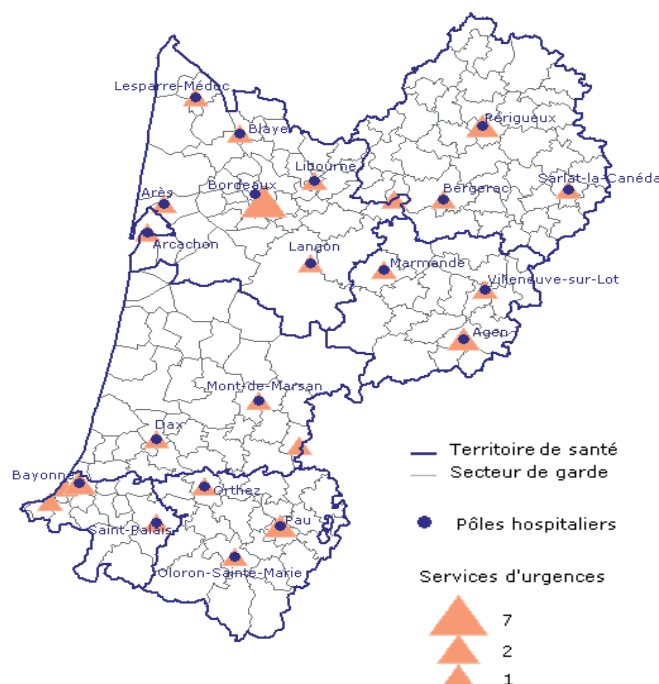
Chaque SAMU – centre 15 dispose d'une participation des médecins libéraux à la régulation de la permanence des soins. Généralement installée dans les locaux du SAMU, elle est accessible dans quatre départements sur cinq par le numéro d'appel 15 et assurée par des médecins généralistes volontaires formés à la régulation.

Le découpage du territoire en secteurs de garde a fait l'objet de nombreux travaux avec comme objectif la réduction de leur nombre. A ce jour, on recense 182 secteurs de garde en Aquitaine soit un secteur pour 17 619 habitants avec de fortes variations allant de un secteur pour 9 928

habitants en moyenne en Dordogne à un secteur pour 29 630 habitants en Gironde. Une des difficultés rencontrées réside dans le fait que la région Aquitaine comporte les trois plus vastes départements français. Actuellement, la superficie moyenne d'un secteur est de 227 km².

Les travaux d'organisation se poursuivent et leur niveau d'avancement diffère d'un département à l'autre. Ainsi, le Lot-et-Garonne, confronté à une démographie médicale déficitaire mais bénéficiant d'une répartition équilibrée des services d'urgence sur son territoire, a pu adapter la sectorisation en fonction de cette problématique et arriver à une organisation optimale du nombre de secteurs. Dans les autres départements, la réduction du nombre de secteurs s'est concentrée essentiellement sur la période de la nuit profonde en particulier en Gironde (l'agglomération de Bordeaux-CUB étant couverte par SOS médecins) et dans une moindre mesure en Dordogne.

• Secteurs de garde des médecins généralistes libéraux au 01/01/2011 et implantation des services d'urgences



Source : ARS Aquitaine - Arrêtés d'autorisations (dernière actualisation : novembre 2010)
Cartographie : ARS Aquitaine Service études, statistiques et prospectives - fond IGN

LES PERMANENCES D'ACCÈS AUX SOINS

Les permanences d'accès aux soins (PASS), cellules de prise en charge médico-sociale, visent à faciliter l'accès et la prise en charge des personnes démunies non seulement à l'hôpital, mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.

En Aquitaine, il existe 22 PASS. implantées dans chacun des établissements disposant d'une structure d'urgences, ainsi que dans trois établissements (deux en psychiatrie, une en odontologie).

Une coordination régionale de l'ensemble des PASS est assurée par le CHU de Bordeaux.

LES INDICATEURS DE QUALITÉ HOSPITALIÈRE

Tenue des dossiers médicaux dans les établissements

La région Aquitaine présente des résultats très favorables au regard des scores nationaux et reflète l'engagement aquitain depuis de nombreuses années pour la coordination et l'amélioration de la qualité hospitalière.

Trois indicateurs ont des valeurs supérieures à la moyenne nationale :

- > Qualité de tenue du dossier anesthésique : 82 % en Aquitaine contre 75 % pour la France ;
- > Conformité du délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (niveau 1) : 77 % pour la région contre 64 % pour France ;
- > Traçabilité de l'évaluation de la douleur : 66 % en Aquitaine contre 52 % pour la France.

Sur les 71 structures concernées, 38 ont atteint l'objectif national de 80 % de dossiers médicaux bien tenus, soit plus de la moitié des établissements.

Parmi ces indicateurs, le taux de dépistage des troubles nutritionnels de niveau 3 (mesure du poids, calcul IMC et évolution du poids avant l'admission) est très faible tant au régional que national : 8 %.

Tableau de bord des infections nosocomiales en Aquitaine

ICALIN : 85,5 % sont classés en A, soit 142 établissements sur 170, plaçant l'Aquitaine en 1er rang national.

ICATB : Au total, 78,4 % des établissements sont en classes A et B en Aquitaine, contre 70,2 % sur la France entière.

ICSHA 2008 : Les résultats aquitains sont en deçà de la moyenne nationale, plaçant la région à la 16ème place.

SURVISO 2008 : Tous les établissements sont engagés dans la surveillance annuelle des infections du site opératoire (ISO).

OFFRE MÉDICO-SOCIALE

L'OFFRE À DESTINATION DES PERSONNES HANDICAPÉES

Enfants et adolescents handicapés

Les établissements prenant en charge ces enfants se déclinent en :

- > instituts médico-éducatifs (IME), qui accueillent principalement des jeunes déficients intellectuels ;
- > instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) s'adressant aux jeunes avec troubles du comportement ;
- > instituts d'éducation motrice (IEM) et établissements pour enfants et adolescents polyhandicapés (EEAP) ;
- > instituts d'éducation auditive (IEA) ;
- > instituts d'éducation visuelle (IEV).

Les enfants et les adolescents handicapés peuvent, en fonction de leurs besoins, bénéficier d'un accompagnement au sein d'établissements ou en milieu ordinaire grâce à des services, les SESSAD (services d'éducation spéciale et de soins à domicile).

Un dépistage et une prise en charge précoce des handicaps pour les enfants de 0 à 6 ans sont effectués dans les CAMSP (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce) et CMPP (Centre Médico-Psychopédagogique).

Taux d'équipement

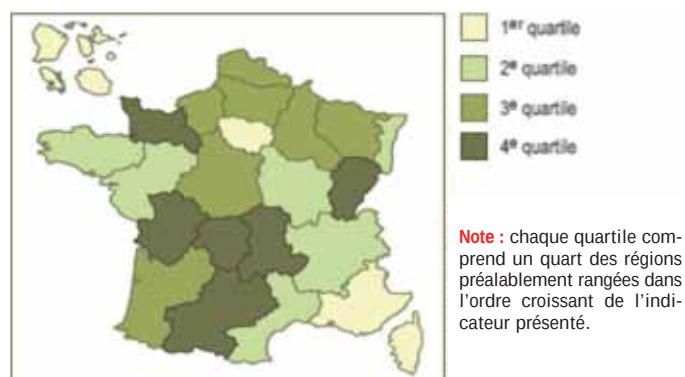
Au 31 décembre 2009, l'Aquitaine compte 7 700 places en établissements et services médico-sociaux pour enfants et adolescents handicapés, ce qui correspond à un taux d'équipement de 10,5 places pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans.

En dépit de 400 nouvelles places créées au cours des 4 dernières années, le ratio d'équipement total ne progresse pas (10,8 en 2006), du fait de l'augmentation du nombre de jeunes dans la région.

En 2006, l'Aquitaine se situait dans une position favorable avec un taux d'équipement global de 10,7 places pour

1 000 enfants de moins de 20 ans comparé au taux national de 8,8 places. Le taux d'équipement en établissement était nettement supérieur au taux national (8,6 contre 6,7).

- Taux d'équipement pour 1 000 personnes de moins de 20 ans en 2006.



Source : DREES, enquête auprès des établissements et services pour enfants et adultes handicapés (ES) 2006, données au 31 décembre 2006 ; population Insee des moins de 20 ans au 1er janvier 2007

L'offre selon les handicaps

Jeunes déficients intellectuels

La capacité d'accueil en IME (2 788 places au 31/12/2009) ainsi qu'en SESSAD (609 places) correspond à des taux d'équipement régionaux de respectivement 3,78 et 0,83 pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans.

Des écarts apparaissent avec des taux d'équipement en IME variant de 3,49 en Gironde à 5,17 dans le Lot-et-Garonne et de 0,38 pour les SESSAD en Gironde à 2,17 en Dordogne.

Jeunes présentant des troubles du comportement

L'offre totale en structures (1 762 places en ITEP et 397 en SESSAD) situe le taux d'équipement global à près de 3 places pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans. Le taux d'équipement en ITEP (2,39) est nettement supérieur au taux national de 1 pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans.

Des écarts importants existent entre départements. Le Lot-et-Garonne, la Dordogne et les Landes avec des taux de 0,96, 1,21 et 1,71 sont nettement en dessous de la moyenne régionale (2,39) et ce, malgré la transformation de places d'IME en places d'ITEP en Dordogne.

Les SESSAD représentent 18,4 % de la capacité totale d'accueil, avec un développement plus marqué en Lot-et-Garonne (taux d'équipement de 0,75 pour un taux régional de 0,54) contrebalançant la faiblesse du taux d'équipement institutionnel dans ce département.

Autisme ou autres Troubles Envahissants du Développement (TED)

L'offre de 247 places en IME est répartie dans tous les départements, mais cette offre reste faible en Gironde et en Lot-et-Garonne, avec des taux d'équipement de 0,15 et de 0,18 places pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans, nettement inférieurs au taux régional de 0,34.

L'offre en SESSAD de 65 places en Aquitaine doit être développée car elle n'existe ni en Dordogne ni en Lot-et-Garonne.

Handicap moteur

L'offre en IEM de 435 places au 31/12/2009 est concentrée en Gironde et dans les Pyrénées-Atlantiques, les autres départements à l'exception du Lot-et-Garonne disposent de places en SESSAD (221 places au total en Aquitaine).

Jeunes polyhandicapés

L'offre en établissements s'élève à 339 places. Quatre départements sont correctement équipés en structures mais le territoire des Landes en est dépourvu. L'offre d'accompagnement en SESSAD (44 places) reste encore très restreint et n'existe pas en Lot-et-Garonne.

Déficits sensoriels

Les 273 places en établissements pour déficients auditifs comme les 150 places pour déficients visuels sont concentrées sur la Gironde (4 établissements). Les 104 places en SESSAD sont désormais réparties dans l'ensemble des départements, à l'exception du Lot-et-Garonne pour les déficiences visuelles.

Adultes handicapés

Les adultes handicapés peuvent bénéficier de plusieurs types d'offre :

- > une activité professionnelle en milieu protégé dans des établissements et services d'aide par le travail (ESAT) ; avec accueil en foyer d'hébergement ;
- > un accompagnement en milieu ordinaire assuré par un service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ou par un service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) ;
- > un accueil institutionnel ;
- > en foyer occupationnel ;
- > en foyer d'accueil médicalisé (FAM) ;
- > en maison d'accueil spécialisée (MAS).

Taux d'équipement

Fin 2009, 15 500 places sont agréées dans le secteur médico-social pour les personnes handicapées en Aquitaine (hors CRP – Centre de réadaptation professionnelle) dont 8 011 places en établissements médicalisés et 587 en services d'accompagnement ambulatoire.

Avec un taux d'équipement de 9,0 pour 1 000 personnes adultes de 20 à 59 ans, la région est considérée comme globalement bien équipée par rapport au taux national de 7,9.

- Taux d'équipement pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans en 2006.



- 1^{er} quartile
- 2^e quartile
- 3^e quartile
- 4^e quartile

Note : chaque quartile comprend un quart des régions préalablement rangées dans l'ordre croissant de l'indicateur présenté.

Source : DREES, enquête auprès des établissements et services pour enfants et adultes handicapés (ES) 2006, données au 31 décembre 2006 ; population Insee des 20-59 ans au 1^{er} janvier 2007

Les dispositifs de maintien à domicile

Les SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés) et les SSIAD (Services de Soins Infirmiers A Domicile) comptaient respectivement 319 places et 268 places au 31/12/2009. Ces services ont connu un développement important, respectivement +40 % et +21 % depuis 2007. Un effort reste à poursuivre dans le département des Landes, en faveur des SAMSAH et en Gironde, pour les SSIAD.

Les ESAT (Établissements et Services d'Aide par le Travail) représentaient une capacité régionale de 5 864 places au 31/12/2009. Au 31 décembre 2008, le taux d'équipement régional est de 3,5 places pour 1 000 habitants (taux équipement France : 3,26).

Le maillage du territoire est relativement satisfaisant. La Gironde et les Landes ont un taux d'équipement inférieur à la moyenne régionale et nationale.

L'offre a peu progressé en 2009, car le quota de places nouvelles pour l'Aquitaine était limité à 55 places supplémentaires. Cette tendance s'est confirmée en 2010 (35 places nouvelles pour la région).

L'accueil en institution

Au 31 décembre 2009, les structures médicalisées pour adultes handicapés représentent un volume de 2 147 places, dont :

- > 986 en FAM ;
- > 1 161 en MAS.

La capacité d'accueil en FAM et en MAS a augmenté de 6 % au cours de l'année 2009 et de 12 % depuis 2008.

Tous les départements aquitains ont bénéficié de cette augmentation, mais en particulier la Dordogne et les Pyrénées-Atlantiques. Le département de la Gironde reste le département le moins bien équipé de la région (notamment en MAS).

Le souci de proposer une offre adaptée aux spécificités des différents handicaps est très présent: chaque département dispose d'établissements s'adressant à des publics diversifiés (déficients intellectuels, autistes, handicapés psychiques, polyhandicapés, traumatisés crâniens ou encore personnes handicapées vieillissantes ...).

Le soutien aux familles par le développement des alternatives à l'hébergement permanent est une priorité régionale qui se traduit par la diversification au sein des établissements des modes d'accompagnement ; la plupart d'entre eux proposent quelques places d'accueil de jour. Cette offre permet aux personnes handicapées qui en bénéficient de continuer à vivre au domicile familial.

Dans cette même logique, les FAM et les MAS ont mis en place une offre d'hébergement temporaire qui permet notamment aux aidants naturels de personnes handicapées d'avoir des temps de répit. Toutefois, en 2009, le développement de ce type d'offre n'a que très peu progressé.

L'OFFRE À DESTINATION DES PERSONNES ÂGÉES

L'offre sanitaire

Le vieillissement de la population va nécessiter de développer une offre de soins adaptée à des personnes âgées dépendantes. Les services adaptés ne sont pas encore suffisamment présents sur l'ensemble du territoire aquitain.

Les services de court séjour gériatrique

Les services de court séjour gériatrique étaient au nombre de 24 en Aquitaine en 2008 répartis dans 21 établissements. La répartition géographique de ces services est inégale sur le territoire avec une offre peu développée dans le territoire de la Dordogne. Les autres territoires disposent d'une offre bien répartie.

Les consultations mémoire

Depuis l'année 2009, 21 établissements disposent de structures de consultations mémoire labellisées. Ce développement récent et rapide entre 2007 et 2009 a permis une meilleure couverture du territoire aquitain dans ce mode de prise en charge et de diagnostic des pathologies de dégénérescence et de démence chez la personne âgée. Un centre de référence mémoire fonctionne au CHU de Bordeaux, qui travaille en étroite collaboration avec les structures de consultations mémoire de la région Aquitaine.

Les unités cognitivo-comportementales (UCC)

Sur les six UCC prévues pour la région, deux ont été labellisées, dans les Landes et en Dordogne.

Les équipes mobiles de gériatrie (EMOG)

Les équipes mobiles gériatriques sont au nombre de 14 équipes mobiles en Aquitaine. Un certain nombre d'entre elles ont pu être renforcées. L'ensemble des départements sont donc aujourd'hui équipés, même si les objectifs du SROS 3 ne sont pas totalement atteints, notamment en Dordogne. Toutefois, les besoins à couvrir sont sans comparaison avec les possibilités de ces équipes tant en interne dans les établissements qu'en externe avec la ville et le secteur médico-social.

Les services de SSR polyvalents et à orientation gériatrique

Trente trois services de SSR ont été autorisés en 2010 avec une spécialisation dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées polypathologiques et dépendantes.

Les SSR non spécialisés ou dits « polyvalents » constituent cependant la majorité des structures en Aquitaine et prennent en charge des personnes âgées en grand nombre.

La répartition des structures SSR par département permet d'identifier des territoires tels que la Gironde ou Béarn-Soule au sein desquels les SSR offrent une prise en charge moins orientée autour de la personne âgée et qui pourrait être développée.

Les structures d'USLD (unités de soins de longue durée)

La partition récente des USLD a permis d'autoriser 1 607 lits. Le taux d'équipement est de 4,9 lits pour 1 000 habitants de plus de 75 ans (recommandation nationale : 6 lits). La répartition entre les départements n'est pas homogène : le taux d'équipement varie de 2,9 lits en Gironde à 10,7 lits dans les Landes.

L'offre médico-sociale

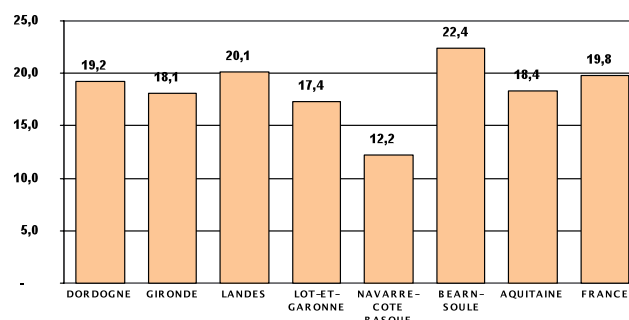
Les services de soins infirmiers à domicile

Au 1 janvier 2011, sur un volume autorisé de 6 176 places, 6 080 étaient installées. Le nombre de places en SSIAD augmente régulièrement (+4,2 % en 2010).

Hormis le territoire de santé de Navarre-Côte basque, dont l'offre libérale en soins infirmiers est très élevée, les territoires aquitains affichent des taux se situant entre 17,4 places pour 1 000 personnes de 75 ans ou plus en Lot-et-Garonne et 22,4 en Béarn-Soule.

- Places installées en SSIAD pour 1 000 personnes de 75 ans ou plus

(nb places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus)



Source : Finess au 31/12/2010 - Insee, estimations localisées de population au 01/01/2009

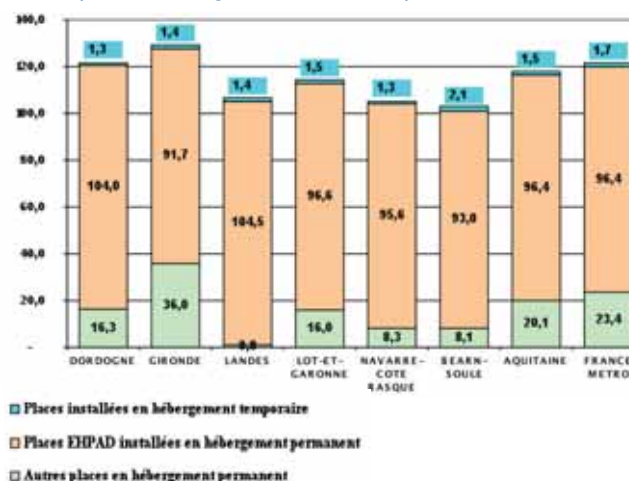
Le développement de l'offre d'accueil de jour se poursuit : sur un volume régional de 550 places d'accueil de jour installées au 01 janvier 2011, 330 sont installées pour des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées

L'offre globale s'élevait, au 01 janvier 2011, à 40 585 places installées dont 31 915 places permanentes en EHPAD et 1 540 en unité de soins de longue durée, le reste étant des places d'hébergement temporaire (489), des places médicalisées hors EHPAD (463) ou des places non médicalisées (6 178) en maison de retraite ou en logement foyer.

Selon les territoires, l'équipement médicalisé permanent en EHPAD varie de 91,7 places pour 1 000 personnes de 75 ans ou plus en Gironde à 104,5 dans les Landes. Sur l'ensemble de l'offre, la variation est plus ample, du fait du volume de lits non médicalisés, très variable d'un département à l'autre (cf. graphique).

- Places installées en établissement médico-social pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus



Source : Finess au 31/12/2010 - Insee, estimations localisées de population au 01/01/2009

L'OFFRE EN ADDICTOLOGIE

VOLET SANITAIRE

Des équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) ont été mises en place à Périgueux, Mont-de-Marsan et Dax, Agen et Villeneuve, Bordeaux, Libourne, Lesparre, Pau et Bayonne. Elles sont au nombre de 10.

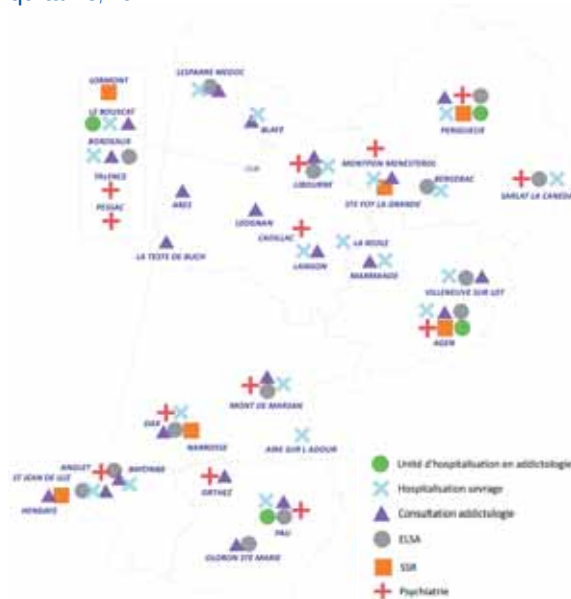
Des unités de soins spécialisées en addictologie, mettant en œuvre des sevrages et soins résidentiels complexes, ont bénéficié d'une reconnaissance contractuelle sur les territoires de Pau, Agen, Périgueux, Bordeaux Libourne.

Actuellement, 8 services de soins de suite et réadaptation (SSR) en Aquitaine ont une activité reconnue auprès des personnes présentant des conduites addictives. Un SSR spécialisé en addictologie est aussi inscrit dans le schéma SSR sur chaque territoire de recours.

Les cliniques, hôpitaux de jour et hôpitaux psychiatriques, les unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) intervenant en milieu pénitentiaire et le centre d'accompagnement et de prévention pour les sportifs (CAPS) complètent cette offre.

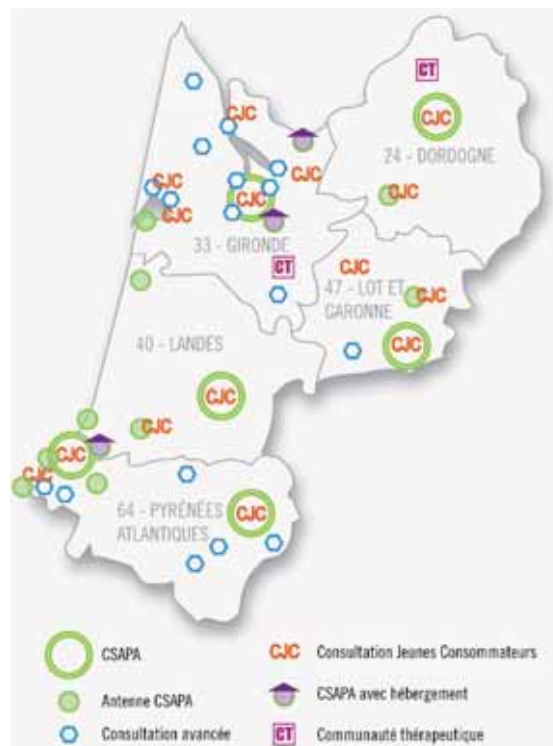
L'activité en hospitalisation complète en établissements spécialisés en psychiatrie correspond à la prise en charge de 3 678 patients pour addiction à l'alcool et 1 249 pour une autre addiction.

• La prise en charge des addictions dans le secteur sanitaire, Aquitaine, 2011



Source : ARS Aquitaine - DSPOMS
Cartographie : ARS Aquitaine Service études, statistiques et prospectives

• Les CSAPA en Aquitaine



Sur le versant médico-social, l'offre de soins est répartie entre 12 CSST (centres spécialisés de soins aux toxicomanes) dont :

- > 3 centres thérapeutiques résidentiels ;
- > 7 centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA).

Cette offre doit se réorganiser dans les 3 années à venir avec la mise en place d'au moins un Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie généraliste, en mesure de traiter l'ensemble des conduites addictives, sur chacun des territoires de recours.

Chacun de ces CSAPA devra mettre en œuvre des antennes avancées sur les territoires intermédiaires de plus de 100 000 habitants ou présentant des spécificités particulières (afflux de population en été...).

Des consultations « jeunes consommateurs » ont été mises en place dans chaque département de la Région ainsi que des CAARUD (centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues).

Cette offre de soins est complétée par l'implantation de 2 communautés thérapeutiques à Barsac et Brantôme dont le recrutement dépasse le contexte régional.



ANNEXE 3

Dépenses de santé



Sommaire

> Dépenses de santé.....	118
--------------------------	-----

DÉPENSES DE SANTÉ

Selon les Comptes de la santé, en France, en 2009, l'ensemble des dépenses courantes de santé (dépenses en capital exclues) dont la charge est assurée par les financeurs du système de santé (Sécurité sociale, État, collectivités locales, organismes de protection complémentaire et ménages) s'élève à 223,1 milliards d'euros, soit une dépense de 3 450 € par habitant.

Au niveau national, la part des dépenses supportée par les ménages et les organismes de protection complémentaire (mutuelles, sociétés d'assurances, institutions de prévoyance) est respectivement de 9,4 % et 13,8 %, l'État et la Sécurité sociale finançant 76,8 % de la dépense.

Ces données, concernant l'ensemble de la dépense de santé, ne sont pas disponibles à une échelle régionale.

Les données ci-après présentées sont extraites de l'état financier de suivi des dépenses régionales 2009-2010. Il est constitué des dépenses supportées par les institutions publiques (État, Sécurité sociale) relatives à la politique de santé et aux services de soins et médico-sociaux dans le ressort de l'agence régionale de santé.

Pour la France, le volume de dépenses s'élève à 170,1 milliards d'euros en 2009 et à 173,3 milliards d'euros en 2010. En Aquitaine, le même champ d'observation représente une dépense de 8,9 milliards d'euros en 2010.

L'effort financier public par habitant s'élève donc à 2 766 € par habitant pour la région et à 2 680 € pour le pays.

Parmi ces dépenses, les principaux « blocs » concernent 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).

En Aquitaine, le poste « dépenses de soins de ville », s'élève à 1 237 € par habitant et par an, ce qui représente une dépense supérieure de 170 € à celle des établissements de santé par habitant et par an. L'écart est moindre pour le pays dans son ensemble (1 136 € et 1 090 €). Les écarts par tête les plus marqués avec les valeurs nationales sont les honoraires des médecins et les honoraires para médicaux qui se situent de 13 % à 24 % au-dessus des valeurs nationales.

En matière de dépenses hospitalières par habitant, l'Aquitaine se situe, comme la plupart des régions à un niveau proche de la valeur métropolitaine.

En matière de santé publique, la dépense par habitant s'élève à 9,13 € par an en Aquitaine, valeur légèrement supérieure à la dépense nationale (8,78 €). Dans ces sommes ne sont prises en compte que les dépenses de l'État ou des fonds de prévention dédiés des régimes d'assurance maladie. Il convient de noter, toutefois, que la très grande partie des dépenses de prévention se fondent dans les dépenses du risque maladie, et ne sont donc pas identifiées en tant que telles. En 2006, l'IRDES et la DREES ont estimé les dépenses consacrées à la prévention sanitaire en France à 10,5 milliards d'euros en 2002 soit près de 170 € par personne et par an.

ÉLÉMENTS FINANCIERS RELATIFS À LA SANTÉ

• Etat financier par grand poste - Année 2010 - Région Aquitaine

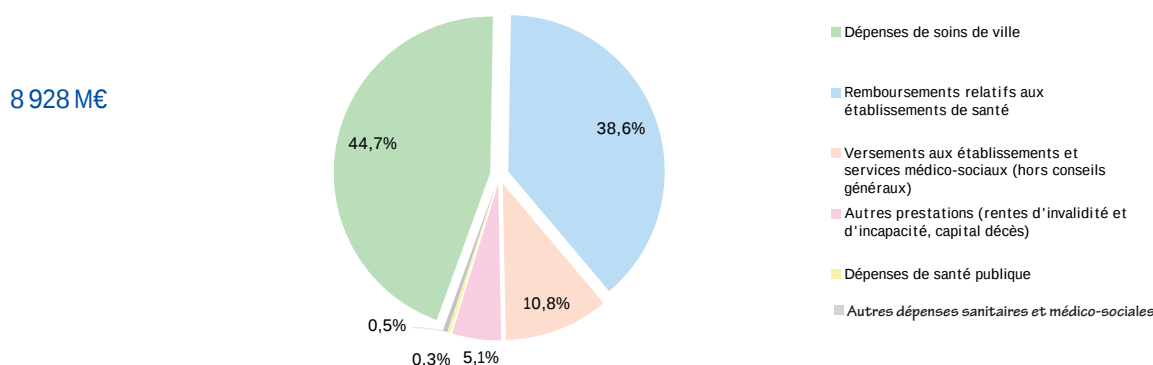
	Réalisé année 2010 (M€)	Variation 2010 / 2009
Dépenses de soins de ville	3 992,8	2,9%
Remboursements relatifs aux établissements de santé	3 443,7	3,0%
Versements relatifs aux établissements et services médico-sociaux (hors conseils généraux)	967,2	3,7%
Autres prestations (rentes d'invalidité et d'incapacité, capital décès)	453,1	2,5%
Dépenses de santé publique	29,5	-7,5%
Autres dépenses sanitaires et médico-sociales	41,8	241,0%
TOTAL	8 928,1	3,3%

Dépense par habitant	2 766 €
----------------------	---------

Source : Ministère de la Santé - Etat financier ; Insee (Estimations de population au 1^{er} janvier 2010 - résultats provisoires arrêtés fin 2010)

• Répartition des dépenses par grand poste - Année 2010 - Région Aquitaine

Source : Ministère de la Santé - Etat financier



DÉPENSES DE SOINS DE VILLE

• Dépenses de soins de ville - Année 2010 - Région Aquitaine

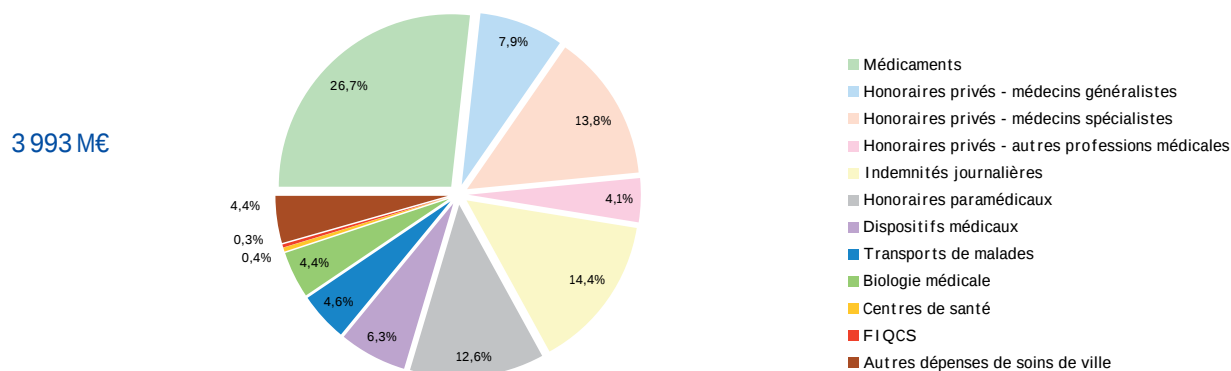
	Réalisé année 2010 (M€)	Variation 2010 / 2009
Médicaments *	1 067,7	1,3%
Honoraires privés (médecins, sages-femmes, dentistes)	1 031,1	0,7%
Indemnités journalières	576,7	4,6%
Honoraires paramédicaux	503,0	6,3%
Dispositifs médicaux inscrits à la liste des produits et prestations	253,4	7,2%
Transports de malades	183,5	5,3%
Biologie médicale	174,7	2,5%
Centres de santé	15,1	0,2%
Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS)	11,4	6,6%
Autres dépenses de ville	176,2	4,7%
DÉPENSES DE SOINS DE VILLE *	3 992,8	2,9%

Source : Ministère de la Santé - Etat financier

* hors rétrocession

• Répartition des dépenses de soins de ville - Année 2010 - Région Aquitaine

Source : Ministère de la Santé - Etat financier



REMBOURSEMENTS RELATIFS AUX ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

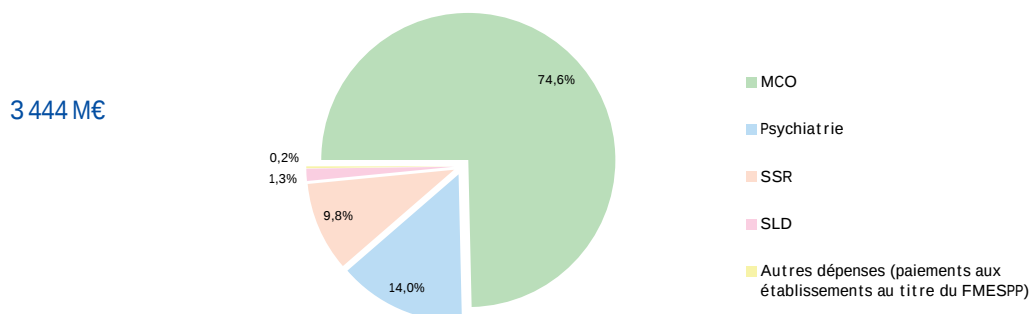
• Remboursements relatifs aux établissements de santé - Année 2010 - Région Aquitaine

	Réalisé année 2010 (M€)	Variation 2010 / 2009
Remboursements de prestations des établissements de santé	3 440,8	3,1%
Activité de Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO)	2 592,1	3,8%
Activité de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)	330,8	0,7%
Activité de psychiatrie	472,1	0,8%
Activité de Soins de Longue Durée (SLD)	45,7	2,1%
Autres dépenses : paiements aux établissements au titre du FMESPP	2,9	-57,5%
REMBOURSEMENTS RELATIFS AUX ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ	3 443,7	3,0%

Source : Ministère de la Santé - Etat financier

• Répartition des remboursements relatifs aux établissements de santé - Année 2010 - Région Aquitaine

Source : Ministère de la Santé - Etat financier



VERSEMENTS AUX ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MÉDICO-SOCIAUX (HORS CONSEILS GÉNÉRAUX)

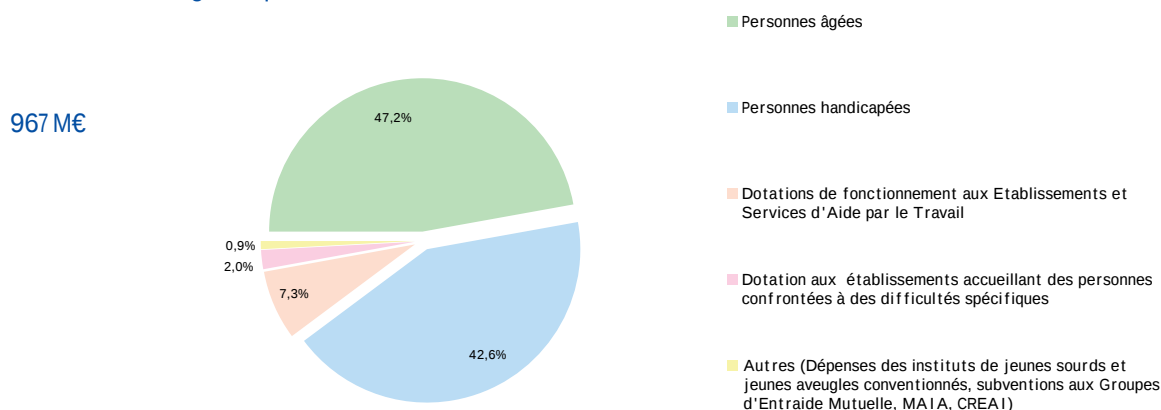
• VERSEMENTS AUX ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MÉDICO-SOCIAUX (hors conseils généraux) - Année 2010 - Région Aquitaine

	Réalisé année 2010 (M€)	Variation 2010 / 2009
Versements aux établissements et services pour personnes âgées	450,5	2,4%
Versements aux établissements et services pour personnes handicapées	419,7	5,5%
Dotations de fonctionnement aux Etablissements et Services d'Aide par le Travail	69,4	1,4%
Dotation aux établissements accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques	20,6	10,3%
Dépenses des instituts de jeunes sourds et jeunes aveugles conventionnés	5,3	-14,7%
Subventions aux Groupes d'Entraide Mutuelle	1,4	-0,2%
Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA)	0,2	25,3%
Centre régionaux pour l'enfance et l'adolescence inadaptées (CREAI)	0,1	0,0%
VERSEMENTS AUX ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MÉDICO-SOCIAUX (hors conseils généraux)	967,2	3,7%

Source : Ministère de la Santé - Etat financier

• Répartition des versements aux établissements et services médico-sociaux (hors conseils généraux) Année 2010 - Région Aquitaine

Source : Ministère de la Santé - Etat financier

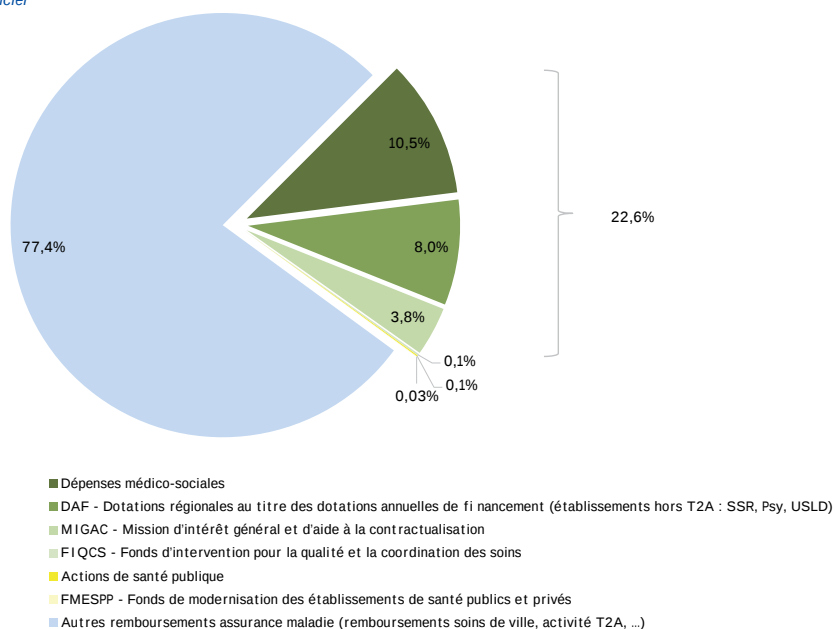


ÉTAT FINANCIER PAR TYPOLOGIE DE FINANCEMENT

Année 2010 - Région Aquitaine

Source : Ministère de la Santé - Etat financier

8 928 M€





ANNEXE 4

Positionnement de l'Aquitaine par rapport aux autres régions de France



Sommaire

- La région parmi les régions
métropolitaines 124

LA RÉGION PARMI LES RÉGIONS MÉTROPOLITAINES

Par rapport à l'ensemble des régions françaises, l'Aquitaine est correctement positionnée sur la mortalité générale, sur les équipements hospitaliers, les densités de professionnels de santé, la prise en charge des jeunes handicapés. En revanche, son positionnement est relativement moins bon, en matière de dynamisme démographique, sur les équipements de prise en charge des personnes âgées, sur certaines pathologies, pour lesquelles les taux de décès sont supérieurs aux taux nationaux.

Le classement correspond à la position de l'Aquitaine parmi les 22 régions métropolitaines, classées de la région ayant la valeur la plus faible (position 1) à la plus élevée (position 22). Les données ci-dessous peuvent différer de celles présentes dans le corps du rapport, essentiellement parce qu'elles portent sur des années différentes. Elles ont été retenues car elles permettent les comparaisons interrégionales.

Thème	Indicateur	(sources)	Valeur régionale la moins élevée	AQUITAINE Valeur	AQUITAINE Rang	Valeur régionale la plus élevée	France Métropolitaine
DÉMOGRAPHIE							
Densité au 1.01.2008	Habitants au km²	(1)	34,9	77,0	10	970,6	114,2
Indice de vieillissement au 1.01.2008	65 ans et + pour 100 personnes de - de 20 ans	(1)	66,7	111,5	17	141,9	89,7
Taux de natalité en 2008	Naissances domiciliées pour 1 000 hab.	(1)	9,6	10,8	5	14,0	12,8
Espérance de vie à la naissance en 2008	Hommes (en année)	(1)	74,4	78,2	17	79,1	77,7
	Femmes (en année)	(1)	82,1	84,7	17	85,0	84,3
ÉTAT DE SANTÉ							
Taux de mortalité en 2008	Décès domiciliés pour 1 000 hab.	(1)	6,4	10,0	16	12,3	8,4
Taux de fécondité en 2008	Naissances pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans	(1)	42,8	48,2	3	70,2	54,1
Taux mortalité infantile (années 2005 - 2007)	Décès de moins d'1 an pour 1 000 naissances	(1)	2,8	3,8	16	4,6	3,6
Taux comparatifs de mortalité prématurée Hommes (années 2003 - 2005)	Toutes causes	(2)	232,3	256,9	5	376,0	270,7
	dont Tumeurs	(2)	80,9	92,7	7	147,1	100,7
	Appareil circulatoire	(2)	33,4	41,9	13	58,9	39,6
	Traumatisme, empoisonnement et causes extérieures	(2)	29,1	54,9	8	73,8	51,0
	Alcoolisme	(2)	19,1	23,8	4	65,7	32,2
Taux comparatifs de mortalité prématurée Femmes (années 2003 - 2005)	Toutes causes	(2)	105,0	117,2	9	158,6	120,8
	dont Tumeurs	(2)	49,3	53,9	9	67,0	55,2
	Appareil circulatoire	(2)	10,1	12,9	10	19,5	12,9
	Traumatisme, empoisonnement et causes extérieures	(2)	10,4	19,0	14	23,5	16,5
	Alcoolisme	(2)	4,4	6,1	5	19,4	7,7
OFFRE DE SOINS							
Hospitalisation complète au 1.01.2010	Taux d'équipement MCO (lits pour 100 000 hab.)	(3)	309,2	373,0	15	436,4	352,4
Hospitalisation à domicile au 1.01.2010	Taux d'équipement MCO (places pour 100 000 hab.)	(3)	7,9	19,8	18	29,8	14,9
Entrées + Venues MCO en 2009	Taux pour 1 000 hab.	(3)	239,7	291,5	16	318,8	278,6

Thème	Indicateur	(sources)	Valeur régionale la moins élevée	AQUITAINE Valeur	AQUITAINE Rang	Valeur régionale la plus élevée	France Métropolitaine
Soins de suite et de réadaptation (lits et places) au 1.01.2010	Taux d'équipement pour 1 000 habitants	(3)	1,1	1,8	18	2,4	1,7
dont réadaptation fonctionnelle (lits et places) au 1.01.2010	Taux d'équipement pour 1 000 habitants	(3)	0,4	0,7	18	1,1	0,6
Psychiatrie infanto-juvénile (lits et places) au 1.01.2010	Taux d'équipement pour 1 000 enfants de 0 à 16 ans inclus	(3)	0,6	1,4	21	1,5	0,9
Psychiatrie générale (lits et places) au 1.01.2010	Taux d'équipement pour 1 000 habitants de plus de 16 ans	(3)	1,2	1,6	16	2,4	1,5
Professionnels exerçant à titre libéral ou salarié au 1.01.2010 Densité pour 100 000 hab.	Médecins généralistes	(4)	135,5	173,0	18	188,7	163,6
	Médecins spécialistes	(4)	115,3	179,4	17	230,6	173,0
	Chirurgiens dentistes	(4)	39,6	75,2	16	89,2	66,2
	Infirmiers	(4)	633,0	810,7	9	1 043,2	798,0
	Masseurs kinésithérapeutes	(4)	66,3	122,7	18	151,2	107,7
OFFRE MÉDICO-SOCIALE							
Accueil des personnes âgées en lits médicalisés EHPAD, unités de soins de longue durée) au 1.01.2010	Taux d'équipement en lits pour 1 000 habitants de 75 ans et plus	(5)	47,7	95,8	8	142,1	101,3
Bénéficiaires de l'APA au 31.12.2008	Taux pour 1 000 personnes de 75 ans et plus	(6)	158,5	204,1	7	337,5	205,2
Services de soins à domicile au 1.01.2010	Taux d'équipement en places pour 1 000 personnes de 75 ans et +	(5)	16,6	17,8	5	24,7	19,2
Accueil enfance et jeunesse handicapées au 1.01.2010	Taux d'équipement global en lits-places d'enfants handicapés pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans	(5)	6,7	13,1	22	13,1	9,2
Accueil des adultes handicapés au 1.01.2010	Taux d'équipement en MAS et foyers d'accueil médicalisés en lits-places pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans	(5)	0,8	1,0	5	2,4	1,1
ÉCONOMIE - SOCIAL							
Minima sociaux au 31.12.2009	Part d'allocataires du RSA pour 100 personnes de 15 à 64 ans	(7)	3,0	4,2	14	7,0	4,3
CMU au 31.12.2009	Part des bénéficiaires de la CMUC	(8)	3,5	4,9	9	9,7	5,7
Chômage au 4^{ème} trimestre 2009	Taux de chômage localisés trimestriels (en moyenne trimestrielle - données CVS)	(1)	8,1	9,3	12	13,0	9,6
Logements sociaux en 2008	Taux d'équipement en logements sociaux (parc public) pour 1 000 habitants	(9)	40,0	44,1	3	103,7	70,8
Réussite scolaire à la rentrée scolaire 2009/2010	Nombre d'enfants de collège ayant 16 ans et plus pour 1 000 enfants de collège	(9)	4,6	5,8	4	15,5	7,6
Revenu médian en 2008 (en euros 2008)	Niveaux de vie médians	(1)	15 800	17 946	18	21 234	18 129

(1) Insee
(2) Inserm CapiDc - FNORS
(3) Drees - Enquête SAE

(4) Drees - Répertoire ADELI
(5) Drees - Répertoire FINISS
(6) Conseils généraux

(7) CNAF - CCMSA
(8) CNAF - CCMSA
(9) Drees - BDSL



GLOSSAIRE

A

AAH	Allocation aux adultes handicapés
ADELI	Automatisation des listes (fichier des professions médicales et paramédicales)
AFCI	Association de formation continue des infirmiers
AIS	Acte infirmiers de soins
ALD	Affection de longue durée
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance
ANPAA	Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie
APA	Aide personnalisée à l'autonomie
API	Allocation de parent isolé
ARLIN	Antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales
ASIP	Agence des systèmes d'information partagés de santé
AT	Accident du travail
AVC	Accident vasculaire cérébral

C

CAMSP	Centre d'action médico-sociale précoce
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CATTP	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CCECQA	Comité de coordination et de l'évaluation clinique en aquitaine
CFPPS	Centre de formation permanente des personnels de santé
CH	Centre hospitalier
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIDIST	Centre d'information de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles
CLCC	Centre de lutte contre le cancer
CLIC	Centre local d'information et de coordination
CLIN	Comité de lutte contre les infections nosocomiales
CLIS	Classe d'intégration scolaire
CMP	Centre médico-psychologique
CMPP	Centre médico-psycho pédagogique
CMU	Couverture maladie universelle
CMUC	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

CODES

	Comité départemental d'éducation pour la santé
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPS	Carte de professionnel de santé
CRRA	Centre de réception et de régulation des appels

D/E

DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRJSCS	Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EML	Équipement matériel lourd
EMOG	Équipe mobile de gériatrie
EMSP	Équipe mobile de soins palliatifs
ENRS	Espace numérique régional de santé
ERRSPP	Équipe ressources régionales de soins palliatifs pédiatriques
ESMS	Établissements sociaux et médico-sociaux
ESPIC	Établissement de santé privé d'intérêt collectif
ETP	Équivalent temps plein

F/G

FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FEHAP	Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privée à but non lucratif
FHF	Fédération hospitalière de France
FHP	Fédération de l'hospitalisation privée
FINESS	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
FINPS	Fichier national des professionnels de santé (attribution de la cps)
FIQCS	Fonds d'intervention à la qualité et la coordination des soins
GMP	Gir moyen pondéré
GRICCA	Groupe régional de recherche et d'interventions sur les conduites à risques pour les adolescents et les parents
GRRITA	Groupe régional de recherche et de réflexion des intervenants en toxicologie et addictologie d'Aquitaine

H/I

HAD	Hospitalisation à domicile
HID	Handicaps incapacités dépendance
ICALIN	Indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales
ICATB	Indice composite de bon usage des antibiotiques
ICSHA	Indicateur de consommation de produits hydro alcooliques
IEM	Institut d'éducation motrice
IME	Institut médico-éducatif
IMP	Institut médico-pédagogique
IMPRO	Institut médico-professionnel
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS	Institut de veille sanitaire
IRM	Imagerie par résonance magnétique
ITEP	Institut thérapeutique éducatif et pédagogique

L/N

LISP	Lits identifiés en soins palliatifs
MAIA	Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer
MAS	Maison d'accueil spécialisé
MCO	Médecine - chirurgie - obstétrique
MILDT	Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies
MSA	Mutualité sociale agricole
NRBCE	Nucléaires, Radiologiques, Biologiques, Chimiques et Explosifs

O/P

OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OMEDIT	Observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques
OMS	Organisation mondiale de la santé
ORSA	Observatoire régional de la santé d'Aquitaine

PASA

PASS	Pôle d'activité de soins adaptés
	Permanence d'accès à la santé et aux soins
PMI	Protection maternelle et infantile
PMSI	Programme de médicalisation du système d'information
PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes les plus démunies

R/S

RMI	Revenu minimum d'insertion
RSA	Revenu de solidarité active
SAE	Statistique annuelle des établissements de santé
SAMSAH	Services d'accompagnement médico social adultes handicapés
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SEGPA	Section d'enseignement général et professionnel adapté
SESSAD	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SIUMPS	Service inter universitaire de médecine préventive et de santé
SMPR	Service médico psychologique régional (soins psychiatriques aux détenus)
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
SNIIRAM	Système national d'information inter-régimes - assurance maladie
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
SSIAD	Services de soins infirmiers à domicile
SSR	Soins de suite et de réadaptation
SURVISO	Surveillance des infections du site opératoire

T/Z

TED	Troubles envahissants du développement
TEP	Tomographie par émission de positons
UCC	Unité cognitivo-comportementale
UHR	Unité d'hébergement renforcé
ULIS	Unité localisée pour l'intégration scolaire
USLD	Unité de soins de longue durée



www.ars.aquitaine.sante.fr

Agence Régionale de Santé d'Aquitaine

Espace Rodesse
103 bis rue Belleville - CS 91704
33063 Bordeaux Cedex

Tél : 05 57 01 44 00 / Fax : 05 57 01 47 85

ars-aquitaine-contact@ars.sante.fr