



LA SANTE EN

AQUITAINE

ÉTAT, ENJEUX, PERSPECTIVES



Sommaire

<i>Le contexte régional</i>	7
<i>L'état sanitaire et social de l'Aquitaine</i>	9
Une population en croissance mais vieillissante	11
Des situations concernant les personnes handicapées très diverses selon les départements	17
Des situations de précarité entraînant des difficultés d'accès au logement et aux soins	21
La santé des Aquitains : un état de santé plutôt favorable mais de fortes inégalités	27
De la prévention à la prise en charge, une offre de santé multiple	35
<i>Enjeux et perspectives</i>	47
La connaissance base de l'action	49
Faire de l'utilisateur un acteur de santé	53
Protéger les populations vulnérables	57
Assurer à chacun une offre de qualité	61
Préserver l'environnement	65
<i>Bibliographie</i>	67

L'Organisation mondiale de la santé définit la santé comme un état de complet bien-être physique, mental et social, et qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

L'état de santé d'une région s'inscrit dans la situation générale, notamment économique. Depuis 2008, la crise économique et financière mondiale a entraîné en France un fort ralentissement de l'économie et les entreprises et les ménages de la région Aquitaine en ont été affectés.

L'évolution de l'emploi régional, bien que moins défavorable que celle au niveau national, entraîne une augmentation du chômage. La spécificité de l'industrie régionale, la diversification de l'économie, l'importance de l'économie résidentielle rendent sans doute l'Aquitaine un peu moins sensible que d'autres régions à ce contexte difficile.

Bien que le niveau de vie médian en Aquitaine soit légèrement supérieur à celui de la France de province (France hors Île-de-France), un Aquitain sur huit vit sous le seuil de pauvreté.

Ces événements vont renforcer les inégalités en général, mais aussi sociales et de santé. En effet, une partie non négligeable de la population déclare avoir renoncé à certains soins pour des raisons financières. L'absence de couverture par une complémentaire maladie est le principal facteur lié au renoncement. Ce sont les ménages d'employés et d'ouvriers, catégories à faibles revenus, qui sont les plus concernés.

Au-delà des inégalités sociales, existent des inégalités territoriales de santé qu'il est nécessaire de prendre en compte.

Les réponses à l'ensemble de ces problèmes doivent s'appuyer sur une analyse des données de santé et sur des outils de suivi des politiques mises en œuvre.

Afin de disposer d'un diagnostic global de la santé des Aquitains et de dégager des priorités de santé publique, les partenaires de la Plateforme d'observation sanitaire et sociale d'Aquitaine ont souhaité élaborer une synthèse sur l'état de santé des Aquitains.

Cette démarche collaborative a pour objectif de fournir des éléments qui peuvent contribuer à la politique de la région. Une approche synthétique des problèmes de santé a été privilégiée, en prenant en compte les grands enjeux de santé publique et les perspectives d'évolution pour les cinq à dix ans à venir.

Le contexte régional

Couvrant plus de 41 000 km², l'Aquitaine est l'une des plus vastes régions de France avec trois de ses cinq départements parmi les plus étendus de France (Gironde, Landes et Dordogne).

Bordée à l'ouest par l'océan Atlantique, à l'est par les contreforts du Massif Central et au sud par la chaîne des Pyrénées, elle offre une remarquable diversité de paysages et d'écosystèmes : dunes littorales et étangs côtiers, marais, estuaires de la Gironde et de l'Adour, forêt des Landes de Gascogne, vallées du Périgord noir, moyenne et haute montagne pyrénéenne, vignobles, villes...

Les terres agricoles sont destinées le plus souvent à l'élevage et aux cultures céréalières. Le vignoble est très important et la production de vins essentiellement d'appellation d'origine contrôlée. Les exploitations agricoles concernent une importante main d'œuvre et la production de bois régionale occupe une part conséquente de la production nationale.

L'Aquitaine est aussi une région à vocation touristique et, depuis 2007, la ville de Bordeaux est inscrite au patrimoine mondial de l'Unesco.

Il existe un important réseau autoroutier et routier et la région est traversée par le corridor qui relie l'Europe du nord à la péninsule ibérique avec pour conséquence une forte concentration de flux de transports.

Par rapport à la moyenne nationale, l'économie aquitaine se caractérise par l'importance de

l'agriculture, de la sylviculture et de la pêche. L'industrie représente 13,2 % de l'emploi salarié et non-salarié et certains secteurs, comme le bois-papier et le secteur aéronautique et spatial, sont particulièrement développés. En revanche, d'autres secteurs industriels, comme l'automobile et les biens de consommation, sont assez peu présents en Aquitaine.

Le Produit Intérieur Brut de l'Aquitaine, 4,6% du PIB national, s'élevait à 87,7 milliards d'euros en 2008 et situe l'Aquitaine au sixième rang des régions métropolitaines.

Le secteur tertiaire produit toujours la majeure partie de la richesse. En 2008, il réalise les trois quarts de la valeur ajoutée. Viennent ensuite l'industrie (13,1 %) et la construction (8,3 %). L'agriculture « pèse » deux fois plus en Aquitaine qu'en France (3,8 % contre 2,0 %). L'Aquitaine représente d'ailleurs 8,6 % de la valeur ajoutée agricole nationale et occupe ainsi le 2^e rang des régions derrière Champagne-Ardenne.

En 2007, la moitié des ménages aquitains disposent de revenus annuels supérieurs à 17 890 euros par unité de consommation¹, soit

¹ Le revenu disponible par unité de consommation correspond au niveau de vie des ménages. L'unité de consommation est un système de pondération attribuant un coefficient à chaque membre du ménage et permettant de comparer les niveaux de vie de ménages de tailles ou de compositions différentes. Avec cette pondération, le nombre de personnes est ramené à un nombre d'unités de consommation (INSEE).

près de 1 500 euros par mois. Ce niveau de vie médian est supérieur à celui de la France de province et l'Aquitaine se place parmi les sept régions françaises ayant les revenus médians les plus élevés. Dans la région comme dans le reste de la province, le niveau de vie des ménages les plus aisés est 3,2 fois plus élevé que celui des ménages les plus modestes. Entre 2002 et 2006, ce niveau de vie a progressé plus rapidement en Aquitaine (+ 13,1 %) que dans l'ensemble de la France de province (+ 12,7 %).

En milieu urbain, le revenu médian des ménages est plus élevé que dans l'espace rural. En Aquitaine, les plus hauts niveaux de vie sont observés

dans les zones urbaines de Gironde et des Pyrénées-Atlantiques. À l'inverse, c'est dans l'espace rural du Lot-et-Garonne que vivent les personnes ayant les plus faibles revenus.

En 2007, un Aquitain sur huit vit sous le seuil de pauvreté qui correspond à un revenu inférieur à 908 euros mensuels, taux proche de la moyenne nationale. La Dordogne et le Lot-et-Garonne présentent les taux les plus élevés de la région. Les familles monoparentales, le plus souvent une mère et ses enfants, sont les plus touchées par la pauvreté. Par ailleurs, les jeunes sont plus concernés que les adultes. Parmi les enfants mineurs, un sur six est considéré comme pauvre.

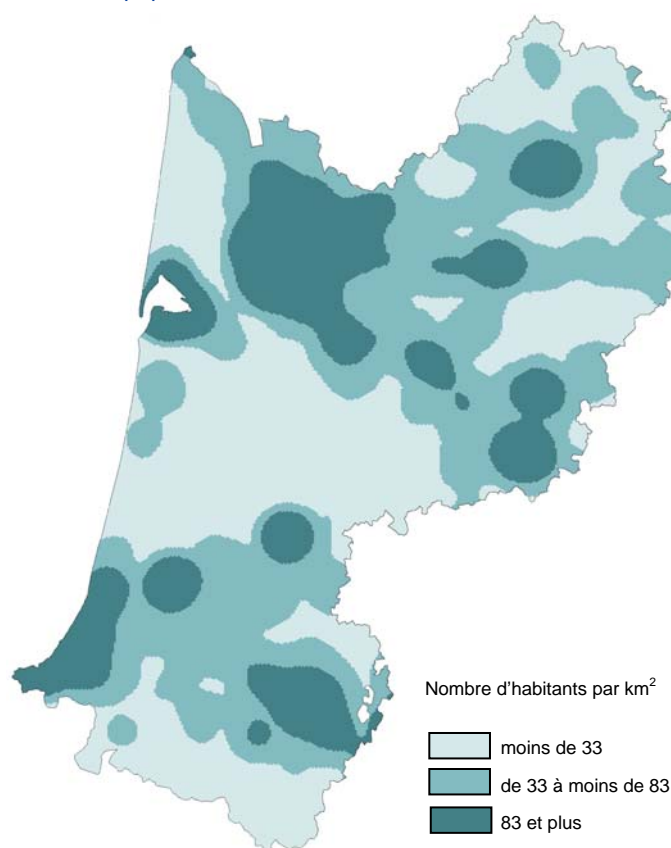
*L'ÉTAT SANITAIRE
ET SOCIAL
DE L'AQUITAINE*

Une population en croissance mais vieillissante

Au 1^{er} janvier 2008, la population de l'Aquitaine est estimée à près de 3 200 000 habitants dont 900 600 jeunes de moins de 25 ans et 609 100 personnes âgées de 65 ans ou plus.

Même si la majeure partie du territoire régional appartient à l'espace à dominante rurale, 70 % de la population vivent dans un espace à dominante urbaine. Avec des zones très faiblement peuplées (forêt landaise, massifs montagneux), la densité moyenne de population (75 habitants/km²) est inférieure à celle de la France (112). Entre 1999 et 2009, le nombre d'Aquitains a progressé de 1,0 % en moyenne chaque année (+ 0,7 % en France métropolitaine). Durant cette période, les communes de l'espace urbain et celles de l'espace rural ont gagné des habitants, ce qui inverse la tendance observée auparavant, caractérisée par la très faible croissance des villes-centres et des espaces ruraux au profit des couronnes périurbaines.

Densité de population en 2006



Source : Insee, recensements de population

Depuis dix ans, la région a gagné 295 000 habitants malgré un accroissement naturel très faible. L'essentiel de cette croissance est dû au mouvement migratoire qui en explique près de 90 %. Le département des Landes bénéficie de la croissance la plus forte portée par le mouvement migratoire. Seul le département de la Gironde a un solde naturel positif.

La région se caractérise par une population vieillissante. La proportion de personnes de 75 ans ou plus est une des plus élevées de France.

Le nombre d'habitants devrait continuer à croître dans les années futures. À l'horizon 2030, la région serait parmi celles présentant les plus fortes croissances démographiques. Cette progression, due essentiellement à des phénomènes migratoires, s'accompagnera d'une accentuation du vieillissement.

Une faible fécondité

Au cours de la période 2005-2007, près de 33 600 enfants sont nés en moyenne chaque année de mères domiciliées en Aquitaine. L'indice conjoncturel de fécondité est égal à 1,79 enfant par femme en 2007. Il 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 1,96 en 2007 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 (1,74 en Gironde et 1,70 dans les Pyrénées-Atlantiques). Les indices les plus forts

sont observés dans le Lot-et-Garonne (1,97) et les Landes (2,00).

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

Du fait de l'offre en matière de maternités, les naissances n'ont pas toujours lieu dans le département de résidence. La proportion de femmes de Dordogne et des Landes partant accoucher dans un autre département est importante. Ce phénomène s'explique par exemple par la proximité de Bayonne pour la zone sud des Landes. La situation est inverse pour les trois autres départements aquitains.

Des jeunes plutôt urbains

L'Aquitaine, avec 889 000 jeunes de moins de 25 ans au recensement de 2006 (28,5 % de la population contre 31,2 % en France métropolitaine) fait partie des régions où la part des jeunes est la plus faible. Seuls le Limousin, la Corse, l'Auvergne et Poitou-Charentes ont une part de jeunes plus faible.

La population des jeunes se renouvelle par les naissances – le taux de natalité aquitain est de 10,8 pour 1 000 habitants en 2007 – mais également par des arrivées d'autres régions, voire d'autres pays. Ainsi, 13 % de l'ensemble de ces jeunes ne résidaient pas en Aquitaine cinq ans auparavant.

Les jeunes sont très présents dans les grandes agglomérations, en particulier à Bordeaux et Pau qui sont deux pôles universitaires. La moitié des jeunes Aquitains de moins de 16 ans habite dans un pôle urbain contre les deux tiers des jeunes âgés de 16 à 24 ans. En fait, c'est à partir de 18 ans que les jeunes sont attirés par les villes où il est plus facile de faire des études ou de trouver un premier emploi.

La scolarisation débute à deux ans : à cet âge, un enfant aquitain sur cinq va à l'école. Ensuite, quasiment tous les enfants sont scolarisés et cela jusqu'à la fin de la scolarité obligatoire, soit 16 ans.

Un enfant de moins de 3 ans sur dix vit dans une famille monoparentale. La part des jeunes vivant avec un seul de leur parent augmente avec l'âge et atteint 25 % à 15 ans.

À 20 ans, la moitié des jeunes sont entrés dans la vie active, soit en ayant un emploi, soit en tant que chômeurs. À 24 ans, le taux d'activité n'a pas encore atteint son maximum mais huit jeunes sur dix sont dans la vie active : 14 % cherchent un emploi, 22 % ont un emploi précaire, 42 % ont un emploi stable et 3 % sont indépendants ou employeurs. À cet âge, un jeune sur dix se déclare encore étudiant sans exercer d'emploi. Les actifs de 20 à 24 ans sont beaucoup plus souvent titulaires du baccalauréat ou d'un diplôme de niveau supérieur que leurs aînés.

Une population âgée en constante augmentation au cours des prochaines années

Au recensement de 2006, l'Aquitaine compte un peu plus de 609 000 personnes âgées de 65 ans ou plus (soit 19 % de la population), dont plus d'une sur deux d'au moins 75 ans et plus d'une sur dix d'au moins 85 ans. Le vieillissement de la population est plus accentué dans la région que dans l'ensemble de la France. La Gironde, avec une valeur proche de la moyenne nationale, se distingue des autres départements de la région par une plus faible proportion de personnes âgées de 75 ans ou plus. En Dordogne et dans le Lot-et-Garonne, le vieillissement de la population est le plus marqué. Les Aquitains âgés vivent majoritairement dans l'espace urbain mais le poids des personnes âgées est un peu plus important en milieu rural.

Les Landes et la Dordogne sont les départements les plus ruraux. Au moins 60 % des personnes de 75 ans ou plus vivent dans ce type de communes. À l'inverse, en Gironde ou dans les Pyrénées-Atlantiques, les trois quarts au moins des personnes âgées vivent dans l'espace urbain.

La proportion de personnes âgées dans les différents cantons de la région montre bien le vieillissement d'une grande partie de la Dordogne, en particulier des cantons situés à la périphérie du département. Toutefois, les valeurs les plus élevées sont observées dans les communes d'Arcachon et de Biarritz.

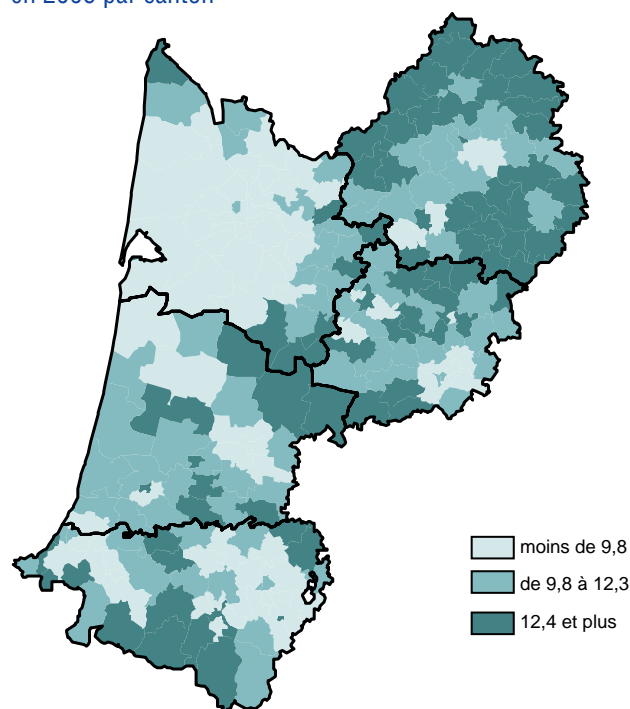
La population est plus jeune dans une grande partie de la Gironde, bien au-delà des limites de la Communauté urbaine de Bordeaux

(Cub), ainsi qu'en périphérie de certaines grandes villes comme Pau, Agen ou Mont-de-Marsan.

Au cours de la dernière décennie, la population régionale a progressé de manière plus marquée chez les personnes âgées que chez les plus jeunes, accentuant ainsi le vieillissement de la population. L'évolution du nombre de personnes âgées varie nettement selon les tranches d'âge. Pour les personnes de 75-84 ans, l'augmentation a été très marquée (+ 45 %). À l'inverse, le nombre de personnes de 65-74 ans a un peu diminué.

Le département des Landes présente la plus forte progression, pour la population totale comme pour la population âgée. En Dordogne, département le plus âgé, l'évolution démographique a été

Pourcentage de personnes de 75 ans ou plus en 2006 par canton



Source : Insee (RP 2006) – exploitation et cartographie : Orsa

Une population en croissance...

plus modérée et l'augmentation de la population âgée plus faible.

Le vieillissement de la population régionale au cours des dix dernières années se traduit par la progression du poids des personnes âgées dans la population totale, notamment pour les 75 ans ou plus.

Dans les années à venir, le vieillissement devrait s'accroître. D'ici 2020, si les tendances de fécondité, mortalité et migrations devaient se prolonger, la population âgée devrait augmenter quatre fois plus vite que l'ensemble de la population. La progression sera toutefois très différente selon les groupes d'âge. C'est pour les personnes de 65-74 ans qu'elle devrait être la plus importante, en raison de l'arrivée des générations nombreuses issues du « baby boom ». Le nombre de personnes de 85 ans ou plus devrait également connaître une forte progression car les conséquences démographiques de la guerre de 1914-1918 se seront estompées. À l'inverse, les effets

de la guerre de 1939-1945 devraient modérer l'évolution du nombre de personnes de 75-84 ans.

Globalement, entre 2010 et 2020, l'augmentation du nombre de personnes de 65 ans ou plus devrait être deux fois plus importante que celle observée entre 1997 et 2007. À l'inverse, la progression de la population de 75 ans ou plus devrait être plus faible qu'au cours des années passées.

Comme par le passé, c'est dans les Landes, en Gironde et dans les Pyrénées-Atlantiques que la progression du nombre de personnes âgées devrait être la plus forte. En Dordogne, une nette diminution du nombre de personnes de 75-84 ans devrait entraîner une stabilisation de la population de 75 ans ou plus. À l'horizon 2020, la Dordogne devrait rester le département le plus âgé de la région mais le vieillissement de la population du Lot-et-Garonne devrait être presque aussi important.

À l'horizon 2030, plus d'un Aquitain sur quatre devrait avoir au moins 65 ans.

Une population âgée avec de faibles revenus

En cinq ans, la grande majorité des personnes âgées est restée dans le même logement ou tout au moins dans la région.

En 2006, l'état matrimonial déclaré par les Aquitains de 75 ans ou plus varie nettement en fonction du sexe. La proportion de personnes célibataires ou divorcées est proche chez les hommes et chez les femmes. Par contre, les hommes sont majoritairement mariés alors que plus d'une femme sur deux est veuve.

À partir de 80 ans, un peu plus d'une personne sur dix vit dans un établissement. Le plus souvent, ce sont des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou des établissements de soins. L'entrée en établissement est tardive mais après 95 ans, 40 % des Aquitains

sont hébergés dans une structure collective (hors logements-foyers).

Les personnes âgées à domicile vivent le plus souvent en famille mais environ un tiers d'entre elles vivent seules.

La moitié des Aquitains de 75 ans ou plus dispose en 2006 d'un revenu inférieur au smic et également inférieur au revenu médian de l'ensemble des Français âgés de 75 ans ou plus. Ce revenu médian est également inférieur à celui de l'ensemble de la population aquitaine (1 400 euros mensuels). Les revenus des personnes âgées sont moins élevés dans les territoires ruraux que dans les communes urbaines. De plus, au sein des espaces urbains, c'est au cœur des villes et

Une population en croissance...

des agglomérations que vivent les ménages les plus aisés.

En 2006, la part des retraites dans le revenu fiscal est plus importante en Aquitaine avec 27,3 % que

dans l'ensemble des régions hors Île-de-France (25,5 %) et l'ensemble de la France métropolitaine (23,7 %).

Des situations concernant les personnes handicapées très diverses selon les départements

Les enfants et les adolescents handicapés plus souvent pris en charge en Gironde et Pyrénées-Atlantiques

Fin 2007, plus de 7 000 enfants et adolescents étaient bénéficiaires de l'Allocation d'éducation spéciale pour enfant handicapé (AEEH). Cette allocation est versée par la Caisse d'allocations familiales (93%) ou par la Mutualité sociale agricole (7%).

Dans la région, environ 10 jeunes pour 1 000 habitants de moins de 20 ans, sont bénéficiaires de cette allocation, taux retrouvé dans les départements, à l'exception du Lot-et-Garonne qui connaît le taux le plus faible de la région.

Près de 7 000 jeunes handicapés sont scolarisés dans des écoles, collèges ou lycées, publics ou privés, sept sur 10 dans le premier degré. Parmi l'ensemble des jeunes scolarisés, ils représentent environ 13 élèves pour 1 000.

Le département des Pyrénées-Atlantiques présente la part la plus faible pour le primaire mais la plus élevée pour le secondaire. Dans le Lot-et-Garonne, département où les dispositifs spécialisés de l'Éducation nationale (classes d'intégration scolaire (CLIS) et unités pédagogiques d'inté-

gration (UPI)) sont les moins développés, on observe le plus faible taux de scolarisation.

Plus d'un jeune sur deux est accueilli en Gironde. Ce département est caractérisé par un fort développement de certains dispositifs (Instituts Éducatifs, Thérapeutiques et Pédagogiques (ITEP)) et, dans une moindre mesure, par une concentration de certaines catégories de structures (institutions pour déficients auditifs, visuels...) pouvant apparaître à vocation d'accueil régional.

Les Pyrénées-Atlantiques accueillent une forte part de jeunes handicapés. La tradition d'accueil extrarégional de ce département est peut-être en partie à l'origine de cette situation.

À l'inverse, compte tenu de leurs caractéristiques démographiques, la Dordogne, les Landes et le Lot-et-Garonne ont un faible poids dans la population suivie en établissements médicosociaux, en particulier les Landes.

Depuis plusieurs années, les modes d'accompagnement des enfants handicapés au sein de leur famille se développent. Cela se traduit notamment par la progression du nombre de places en services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (Sessad).

Des adultes handicapés vieillissants en forte augmentation depuis 10 ans

Au 31 décembre 2007, près de 47 500 personnes percevaient l'Allocation adulte handicapé (AAH) en Aquitaine, dont 93 % par la CAF.

Au niveau régional, la proportion d'allocataires de l'AAH par rapport à l'ensemble de la population de 20 ans ou plus est de 29 ‰ parmi les 20-59 ans.

Des différences importantes existent entre les départements avec des taux d'allocataires s'échelonnant, pour les 20-59 ans, de 25 ‰ dans les Landes à 34 ‰ dans les Pyrénées-Atlantiques.

Près de 27 000 Aquitains reçoivent une pension d'invalidité. Le nombre de bénéficiaires augmente rapidement avec l'âge.

En 2008, près de 54 500 personnes percevaient une rente pour maladie professionnelle ou suite à un accident du travail, y compris un accident de

trajet. Les accidents du travail occupent de loin la première place, suivis par les accidents de trajet et par les maladies professionnelles.

En 2006, les personnes handicapées âgées de 55 ans ou plus accueillies en établissement médicosocial sont près de 1 000. Elles représentent plus de 10 % des personnes handicapées vivant en établissement (établissement et service d'aide par le travail (ESAT), foyer occupationnel, foyer d'accueil médicalisé (FAM) ou maison d'accueil spécialisé (MAS)).

Cette population âgée est en augmentation sensible puisqu'elle a doublé depuis 2000. En 2006, les départements les plus concernés par le vieillissement sont la Dordogne et le Lot-et-Garonne.

Des dépenses plus ou moins élevées selon les départements

En Aquitaine, les versements de l'assurance maladie aux établissements médicosociaux pour personnes handicapées se sont élevés, en 2008, à 363 millions d'euros, dont près de 70 % consacrés à l'enfance handicapée (ce taux varie, suivant les départements, de 52 à 76 %). Rapportées à la population départementale, les dépenses apparaissent nettement plus faibles dans les Landes (73 euros/habitant) qu'en Dordogne et dans les Pyrénées-Atlantiques (près du double).

Les dépenses d'aide sociale des conseils généraux consacrées aux personnes handicapées présentent aussi une variation suivant les départements, mais de moins grande amplitude : de 67 euros/habitant dans les Pyrénées-Atlantiques à 95 euros pour le Lot-et-Garonne, département dans lequel plus de 20 % des dépenses d'aide sociale concernent ce public handicapé.

Des situations de précarité entraînant des difficultés d'accès au logement et aux soins

Si le revenu disponible annuel des ménages par unité de consommation est légèrement supérieur à celui de la France de province, il existe de fortes inégalités entre catégories sociales et selon les territoires. Le niveau de vie des plus aisés est 3,2 fois plus élevé que celui des plus modestes. Ces inégalités sont plus marquées dans les zones urbaines qu'en milieu rural.

Avec un taux de pauvreté de 13 % en 2007, l'Aquitaine reste dans la moyenne française. La région compte environ 400 000 personnes ayant un niveau de vie inférieur à 908 euros mensuels. La pauvreté touche particulièrement les familles monoparentales et les jeunes. Un enfant mineur sur six est considéré comme pauvre.

Les prestations sociales, qui atténuent les inégalités et la pauvreté, représentent 30 % des revenus des ménages pauvres contre 3,9% pour l'ensemble des ménages.

La crise économique se traduit par une forte augmentation du nombre de demandeurs d'emploi : + 12,7% en 2008 et + 16,5% en 2009 en Aquitaine (+ 11,7% et + 18,8% en France). Ce contexte de forte dégradation de la situation économique et de l'emploi touche en particulier les populations déjà vulnérables et accentue les problèmes liés à l'exclusion au sens large.

L'enjeu est également important pour les jeunes actifs dont les difficultés face au marché de l'emploi et d'accès à l'autonomie sont accentuées. Or ce sont également des facteurs de risque pour la santé physique et psychologique des personnes. En terme de chômage, l'Aquitaine se situe dans la moyenne des régions françaises, 8,8 % au troisième trimestre 2009 pour 9,1 % en France métropolitaine.

Environ 7 % des adultes de la région vivent avec une allocation d'assistance

Fin 2007, près de 152 000 Aquitains étaient bénéficiaires d'une allocation d'assistance (Revenu minimum d'insertion (RMI), Allocation adulte handicapé (AAH), Allocation de parent isolé (API), Allocation spéciale de vieillesse (ASV), Allocation de solidarité spécifique (ASS) pour les chômeurs) servie par le régime général ou agricole. Ils représentaient 6,6 % de la population âgée de 18 ans ou plus. Le taux de bénéficiaires de l'AAH et de l'ASV est plus élevé dans notre région que dans l'ensemble de la France alors que ceux relatifs aux autres minimas sociaux sont proches.

Depuis 10 ans, les nombres de bénéficiaires du RMI, de l'AAH, de l'API ont augmenté mais moins qu'en France. Le nombre de bénéficiaires de l'ASS a diminué d'environ 40 % comme en France et celui de personnes âgées touchant l'ASV a diminué plus fortement qu'à l'échelle nationale.

En Aquitaine, près du quart des personnes âgées bénéficiant de l'ASV sont des personnes ayant travaillé dans l'agriculture (23 %), comme exploitant ou salarié. Elles perçoivent ces allocations par l'intermédiaire des caisses de mutualité sociale agricole (MSA). Ce pourcentage est nettement plus important que la moyenne nationale (14 %), soulignant ainsi le caractère rural de l'Aquitaine.

Au 31 décembre 2009, 81 043 foyers aquitains bénéficient du revenu de solidarité active², soit 4,8 % du total France métropolitaine. Environ la moitié est domiciliée en Gironde (48 %) et 18 % dans les Pyrénées-Atlantiques. Les trois autres départements de la région se partagent le tiers restant.

² Le revenu de solidarité active (rSa) est entré en vigueur le 1^{er} juin 2009 en France métropolitaine. Il remplace le revenu minimum d'insertion, l'allocation de parent isolé et les différents mécanismes d'intéressement à la reprise d'activité. Il a pour objet d'assurer à ses bénéficiaires des moyens convenables d'existence, afin de lutter contre la pauvreté, encourager l'exercice ou le retour à une activité professionnelle et aider à l'insertion des bénéficiaires (loi n° 2008-1249 – art. 1).

5 % de la population bénéficient de la CMU complémentaire

Début 2009, près de 163 300 Aquitains bénéficient de la couverture maladie universelle complémentaire. Ce dispositif gratuit de protection complémentaire santé est accessible sous conditions de ressources à des ménages aux revenus modestes. Dans la région, les bénéficiaires de la CMU complémentaire relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie représentent 5,1 % de la population. Ce pourcentage est un peu inférieur à celui observé dans l'ensemble du pays (5,9 %).

La part de ces bénéficiaires varie selon les départements. C'est dans les Landes qu'elle est la plus faible (4,3 %). À l'inverse, le Lot-et-Garonne présente la valeur la plus forte (6,0 %), proche de la moyenne nationale.

Entre 2005 et 2008, le nombre de bénéficiaires de la CMU complémentaire a diminué. Cette baisse est observée dans la région (- 5 %) comme en France (- 3 %). Elle est surtout marquée dans le Lot-et-Garonne (- 10 %).

Un déficit de logements sociaux

Au 1^{er} janvier 2009, le patrimoine locatif social public de l'Aquitaine est composé de 137 182 logements, soit 10 logements sociaux pour 100 résidences principales. Cette proportion reste inférieure à celle de l'ensemble de la France (13 % en 2008). Près du quart des logements sociaux sont des maisons individuelles (23 %). Cette proportion varie nettement entre les départements, allant de 45% dans les Landes à moins de 9% dans les Pyrénées-Atlantiques.

Entre 2008 et 2009, la croissance du parc (+ 0,4%) a été six fois moindre qu'entre 2007 et 2008 (+ 2,4%). Malgré une amélioration récente,

liée au plan de cohésion sociale, la production reste encore insuffisante. Entre 1999 et 2007, seules 9,4% des résidences principales construites étaient des Habitations à loyer modéré (HLM). Cette proportion de logements HLM, quoique déjà faible, est en diminution dans les marchés aquitains. Cette dynamique négative affecte également la majorité des agglomérations concernées par l'obligation de 20 % de logements sociaux (article 55 de la loi « SRU ») qui cumulent, au 1^{er} janvier 2008, un déficit de près de 28 100 logements.

Une progression de la part des femmes et des jeunes parmi les personnes à la rue ou risquant de l'être

Il ressort des évaluations réalisées à partir d'enquêtes ou par les intervenants de terrain (type 115), qu'environ un millier de personnes en Aquitaine sont en errance, vivent à la rue ou dans des abris de fortune et sont susceptibles de faire appel au dispositif d'hébergement d'urgence.

La population accueillie en urgence apparaît de plus en plus fragile et en situation d'extrême détresse. Des problèmes de santé sont souvent observés. Or, l'accueil d'urgence sans accompagnement n'est pas adapté à de nombreuses situations.

Cette population connaît des évolutions qui doivent être prises en compte pour apporter une réponse adaptée en termes d'hébergement d'urgence. Il s'agit de plus en plus de femmes seules pour lesquelles les Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) sont souvent inadaptés mais aussi de jeunes présentant des souffrances psychiques importantes ou des problèmes d'addictions. Les femmes victimes de violences conjugales représentent 6,5 % des demandes reçues par le Service d'accueil orientation (SAO).

Un nombre de demandeurs d'asile en progression

Les demandeurs d'asile attendant le statut de réfugié sont hébergés dans des centres de transit appelés Centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA).

En 2008, le nombre de places a été légèrement inférieur au nombre de demandes exprimées. On observe de plus, au cours du premier semestre 2009, une forte augmentation du nombre de demandeurs d'asile en France et en Aquitaine (principalement à Bordeaux).

La durée moyenne de prise en charge en CADA est de 10 à 12 mois. Dans ce contexte, les CADA d'Aquitaine ne sont pas en mesure d'absorber le flux de la demande d'asile qui se présente à eux.

La modification du mode de dépôt des demandes mise en place en 2007 génère un flux disproportionné selon les départements. On observe ainsi une concentration des problématiques sociales sur la ville de Bordeaux, tout autant pour la gestion de l'accueil des primo arrivants (hébergement, accompagnement social, accompagnement à la procédure...) que pour les déboutés du droit d'asile pour qui aucune solution d'hébergement n'est proposée en dehors des ressources du 115. Ces personnes se retrouvent à la rue alors qu'elles sont en demande de régularisation et viennent frapper à la porte des CHRS et autres dispositifs d'hébergement d'urgence.

Un accès aux soins difficile pour les personnes en situation de grande précarité

Les problématiques les plus présentes en matière de santé des personnes en difficulté sont la souffrance psychique, les troubles et pathologies psychiatriques (souvent non soignés) et les addictions (le plus souvent liées à l'alcool).

Il existe pour ces populations des obstacles à l'accès aux soins et à la prévention :

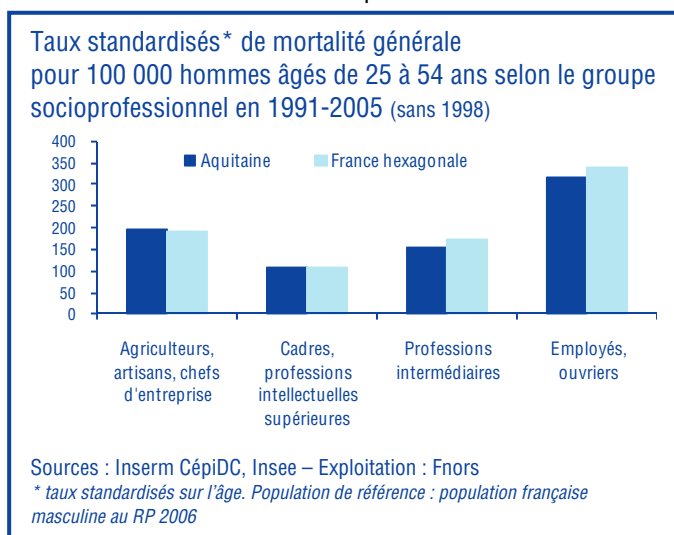
- le coût d'une consultation chez un psychologue et son non remboursement par l'assurance maladie ; l'absence de relais hospitaliers dans certains territoires ruraux pour les adultes, la présence insuffisante de psychologues dans les structures d'accueil ;
- la difficulté de collaborer entre secteurs psychiatrique et social ;
- l'inadaptation des services à des publics dits précaires ;
- les résistances du secteur médical face à des personnes sans domicile fixe qui ne formulent pas toujours des demandes explicites ;
- les difficultés d'accès aux droits et celles d'accès aux soins ;
- la résistance de personnes sans domicile fixe à engager spontanément des démarches de soins, sans être orientées, sensibilisées, accompagnées.

La santé des Aquitains : un état de santé plutôt favorable mais de fortes inégalités

L'espérance de vie à la naissance ne cesse d'augmenter dans la région comme en France pour atteindre, en 2007, 77,9 ans pour les hommes et 84,7 ans pour les femmes. Ces améliorations, qui reflètent désormais la baisse de la mortalité au grand âge, ne doivent pas masquer les différences existantes entre les différentes classes sociales.

En 2008, la mortalité infantile est inférieure à celle de la France métropolitaine (3,2 ‰ contre 3,6 ‰). Le département du Lot-et-Garonne présente la situation la plus défavorable (5,0 ‰) et celui des Pyrénées-Atlantiques la meilleure (2,0 ‰).

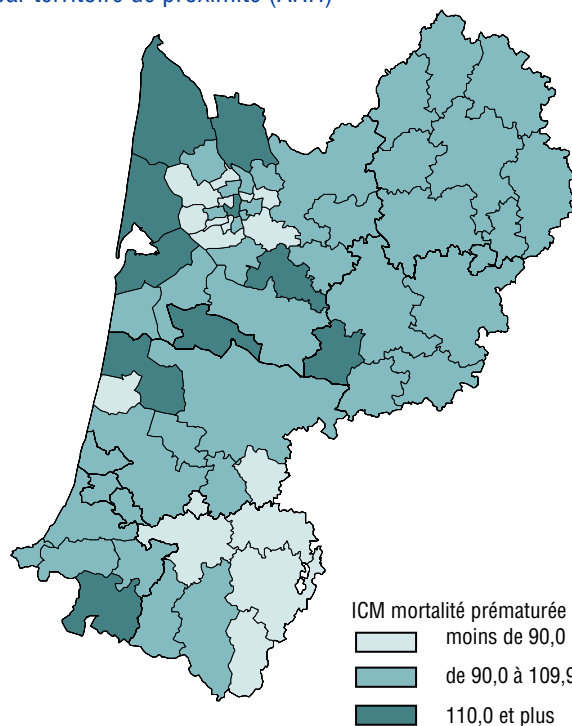
Dans la région, en 2007, le nombre de décès est d'un peu plus de 30 000 par an et le taux de mortalité générale (7,9 ‰) est inférieur à la moyenne nationale. L'indicateur de mortalité recèle de fortes inégalités sociales de santé. En effet, les taux standardisés de mortalité des 25-54 ans montrent des différences importantes selon le groupe socioprofessionnel. Il existe des différences de 1 à 3 entre la catégorie des employés/ouvriers et celle des cadres/professions intellectuelles supérieures.



La mortalité prématurée (décès avant 65 ans), dont sont victimes plus de 5 300 Aquitains chaque année, est due en grande partie à des causes évitables par des actions de prévention (décès par cancer du poumon, accidents de la circulation, décès lié à l'alcoolisme...) ou une meilleure prise en charge par le système de soins (décès par cancer du sein, maladies hypertensives...).

Depuis au moins une quinzaine d'années, la mortalité prématurée diminue mais cette baisse tend à se ralentir chez les femmes. Il existe de plus des disparités infrarégionales. Une approche à un niveau territorial fin, les territoires de proximité³, révèle des inégalités territoriales avec une mortalité plus importante dans le Médoc ou dans le sud du Pays Basque.

Mortalité prématurée (avant 65 ans) en 2000-2004, par territoire de proximité (ARH)



Sources : Inserm (CépiDC), INSEE – exploitation et cartographie : Orsa

Les données de l'assurance maladie sur les affections de longue durée (ALD) donnent un éclairage sur le nombre de personnes concernées par certaines pathologies. Les affections prises en compte sont des pathologies nécessitant un traitement prolongé et coûteux. Dans de nombreux cas, l'efficacité de ces traitements peut être améliorée par l'éducation thérapeutique.

Au cours de la période 2005-2007, un peu plus de 61 000 personnes ont été admises, chaque année, dans le dispositif des ALD par les caisses de sécurité sociale de la région. Quatre grands types de pathologies sont à l'origine de 80 % de ces admissions. Les affections cardiovasculaires (insuffisances cardiaques graves, troubles du rythme, hypertensions artérielles sévères...) ont concerné environ 20 800 personnes, soit 34 % des admissions. De même, les tumeurs malignes sont à l'origine d'un quart des nouvelles admissions, ce qui correspond à environ 15 600 personnes. Pour ces deux groupes de pathologies, la majorité des admissions ont concerné des personnes âgées de 65 ans ou plus. Responsable d'un peu plus d'une admission sur dix, le diabète de type 1 ou de type 2 concerne plus de 8 000 personnes, dont un peu plus de la moitié âgées de moins de 65 ans. Enfin, les affections psychiatriques ont entraîné l'admission de plus de 5 000 personnes, essentiellement des personnes jeunes.

³ Le territoire de proximité, défini par l'ARH, est le niveau des soins de premier recours, celui de la permanence des soins, impliquant le généraliste, l'infirmier et le pharmacien.

Des grandes pathologies toujours préoccupantes

Les cancers et les maladies cardiovasculaires restent les pathologies responsables du plus grand nombre de décès en Aquitaine comme en France.

Les cancers

En 2005, le nombre de nouveaux cas de cancer survenus en Aquitaine est estimé à un peu plus de 17 000. 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'incidence⁴, éliminant l'effet âge, progressent également régulièrement depuis 1980, quel que soit le sexe.

La mortalité par cancers, qui tend à diminuer, est plus faible en Aquitaine que dans beaucoup d'autres régions françaises. Toutefois, ils sont responsables, chaque année, de la mort de plus de 8 000 Aquitains (un quart des décès) dont plus de 1 300 hommes et 800 femmes avant 65 ans.

Le cancer le plus fréquent chez les hommes est celui de la prostate, surtout après 60 ans (environ 3 400 cas par an). Son incidence a augmenté entre 1980 et 2005 avec une accentuation entre 2000 et 2005 (3 400 cas en 2005). Les cancers du poumon et ceux du côlon rectum viennent ensuite avec environ 1 200 cas par an chacun.

Le cancer du poumon est la première cause de mortalité par cancer (environ 1 200 décès par an), suivi du côlon et de la prostate (environ 500 décès annuels chacun).

Chez les femmes, le cancer du sein est le plus fréquent. Le nombre de cas est en augmentation régulière et dépasse 2 700 en 2005. Avec plus de

600 décès chaque année, il reste la première cause de mortalité par cancers féminins suivi par celui du côlon rectum et celui du poumon.

En 25 ans, l'incidence des mélanomes a progressé très fortement, chez les hommes (+ 242 %) comme chez les femmes (+ 138 %). Le lien est bien établi avec l'environnement physique (rayonnements solaires) même si cette progression s'explique également par un dépistage plus précoce.

Les maladies cardiovasculaires

La mortalité par maladies cardiovasculaires a fortement et régulièrement diminué depuis les années 80, avec une baisse d'environ 50 %. Toutefois, elle est la première cause de décès (plus de 9 300 décès annuels entre 2004 et 2006) et le taux de mortalité aquitain est supérieur à la moyenne nationale. La mortalité par cardiopathies ischémiques est proche de la moyenne nationale mais celle par maladies vasculaires cérébrales est plus élevée qu'en France pour les hommes.

Les maladies transmissibles

Les maladies transmissibles représentent également un problème important. Le Sida et l'infection à VIH, les infections sexuellement transmissibles, les hépatites virales, la tuberculose et la grippe, s'ils n'entraînent pas une mortalité très élevée, restent une préoccupation de santé publique par leurs conséquences en termes de morbidité.

Les cas de Sida ont considérablement diminué mais les contaminations par le VIH se poursuivent et la région est particulièrement concernée. Ainsi, avec un taux comparatif de mortalité par Sida de 2,78 pour 100 000 hommes par an pour la pé-

⁴ Rapport entre le nombre de nouveaux cas d'une pathologie observés et la population concernée

riode 2003-2005, l'Aquitaine présente un taux significativement supérieur à la moyenne nationale (2,15 pour 100 000).

Les décès dus aux hépatites sont en constante augmentation. Enfin, la tuberculose est encore présente, notamment en Gironde. En 2007, plus de 170 nouveaux cas annuels ont été déclarés en Aquitaine, chiffre probablement en-deçà de la réalité.

Les maladies respiratoires

Les maladies respiratoires sont responsables de plus de 2 000 décès annuels en Aquitaine dont la plupart touchent les personnes de 75 ans ou plus. Les bronchites chroniques et les pneumopathies sont les causes les plus fréquentes.

Les accidents

Les accidents de la vie courante causent le décès d'environ 1 000 personnes chaque année et les personnes âgées représentent les trois quarts de ces victimes. La moitié des décès par accidents domestiques sont consécutifs à des chutes.

Les accidents de la circulation ont été responsables du décès de près de 230 Aquitains en 2005. Près des trois quarts d'entre eux sont des hommes. Ces décès surviennent souvent chez des personnes jeunes (plus des trois quarts ont moins de 65 ans). La moitié des décès masculins touchent des jeunes de 15 à 34 ans.

La plupart des départements aquitains présentent une mortalité par accident de la circulation nettement supérieure à la moyenne française. La surmortalité affecte particulièrement le Lot-et-Garonne et les Landes.

En dix ans, la mortalité par accidents de la circulation a diminué mais cette évolution n'a pas toujours été régulière. En Dordogne et dans le Lot-et-

Garonne, la diminution est moins marquée que dans le reste de la région.

Le suicide

En 2005, près de 570 Aquitains sont morts à la suite d'un suicide. Ces décès sont deux fois plus nombreux que ceux dus aux accidents de la circulation. La mortalité par suicide, équivalente à la moyenne française, touche différemment les départements. La Gironde et les Landes présentent une mortalité inférieure à la valeur française, la Dordogne et le Lot-et-Garonne une surmortalité.

La grande majorité des décès par suicide surviennent avant 65 ans. Près de quatre décès sur dix concernent des adultes de 35 à 54 ans. Dans la région, les personnes âgées de 75 ans ou plus représentent en moyenne un décès sur cinq. En Dordogne, cette proportion est plus élevée, les personnes âgées représentant le tiers des décès.

Avec environ 420 décès par an chez les hommes en Aquitaine contre 145 chez les femmes, le suicide est responsable de la mort de trois fois plus d'hommes que de femmes. Cette différence se retrouve quel que soit le département. Toutefois, elle est un peu moins marquée dans les Pyrénées-Atlantiques où le nombre de décès masculins est deux fois supérieur aux décès féminins.

La santé mentale

Au-delà du suicide, la santé mentale représente également une cause de morbidité importante, notamment par les affections psychiatriques (psychoses, troubles de l'humeur, déficiences intellectuelles, troubles graves du développement durant l'enfance, troubles névrotiques sévères).

En Aquitaine, au cours de la période 2005-2007, 5 320 personnes ont été admises chaque année en affection de longue durée (ALD) pour une affection psychiatrique. Elles représentent 9 % des personnes admises au bénéfice de l'ensemble

des 30 ALD. Un quart des admissions pour une affection psychiatrique concerne des personnes de moins de 25 ans, la moitié des personnes de moins de 45 ans. La spécificité des affections psychiatriques est en effet de toucher des personnes jeunes. Le nombre de nouvelles admissions augmente fortement jusqu'à 40 ans puis il diminue fortement à partir de 60 ans. Ces tendances sont opposées à celles observées pour l'ensemble des affections de longue durée où les effectifs restent faibles jusqu'à 45 ans puis augmentent très fortement jusqu'à 80 ans.

La maladie d'Alzheimer et les démences apparentées

Les démences du type de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées affectent de nombreuses personnes âgées et leur impact sur la vie quotidienne est important. Les troubles entraînent une dépendance croissante et sont à l'origine de situations stressantes pour l'entourage. Ces formes de démence affectent essentiellement des personnes âgées et le pourcentage de personnes atteintes augmente avec l'âge.

Grâce aux résultats de l'enquête Paquid, on peut estimer qu'environ 53 000 Aquitains de 75 ans ou plus sont atteints de démence. Selon cette étude, 60 % d'entre elles vivent à domicile mais cette proportion n'est plus que de 33 % quand la maladie atteint un stade sévère. En institution, les personnes démentes représentent près de trois résidents sur quatre.

Divers travaux mettent en évidence un sous-diagnostic de ce type de maladies, particulièrement chez les personnes les plus âgées. L'étude des Trois Cités (Inserm) montre notamment qu'après 85 ans, 80 % des personnes atteintes n'ont pas eu accès à un spécialiste pour le diagnostic de cette pathologie. Une grande partie des personnes démentes ne bénéficie donc pas d'un suivi médical spécifique et d'une prise en charge adaptée.

À l'horizon 2020, en prenant uniquement en compte l'accroissement et le vieillissement démographique, plus de 67 000 Aquitains de 75 ans ou plus devraient être atteints de démence. Compte tenu de l'évolution démographique différente selon les tranches d'âge, c'est le nombre de malades très âgés qui devrait progresser le plus.

Des déterminants à prendre en compte

Plusieurs facteurs environnementaux peuvent influencer sur l'état de santé des populations. Il en va de même des conduites individuelles. Les politiques publiques se sont largement impliquées sur ces champs avec notamment la mise en place de nouvelles législations (tabac, alcool, sécurité routière...).

La moitié des décès prématurés sont considérés comme évitables. Les actions à entreprendre pour

empêcher leur survenue diffèrent selon le sexe. Chez les hommes, dans les trois quarts des cas, il s'agit de modifier des comportements à risque (consommation d'alcool ou de tabac, comportement routier, suicide...). Chez les femmes, un peu plus de la moitié des décès prématurés pourraient être évités par une amélioration de l'efficacité de la prise en charge par le système de prévention et de soins.

Les addictions

Bien que sa consommation ait fortement diminué en Aquitaine comme en France depuis le début des années 60, l'alcool est encore responsable d'une morbidité importante et entraîne de nombreux décès. Les pratiques de consommation se sont modifiées, notamment chez les jeunes. La situation en Aquitaine est meilleure qu'au niveau national mais nécessite la poursuite des actions de lutte contre ce fléau.

Au cours de la période 2003-2005, en moyenne 900 Aquitains sont décédés chaque année d'une maladie liée à une consommation excessive d'alcool. À structure par âge comparable, cette mortalité est plus faible qu'en France quel que soit le sexe. L'Aquitaine est l'une des régions métropolitaines présentant la mortalité liée à l'alcool la moins élevée.

Globalement, un décès lié à l'alcool sur deux survient chez des personnes âgées de moins de 65 ans.

Une enquête, réalisée auprès des médecins généralistes libéraux en 2000, a montré que 16 % des patients aquitains présentaient un profil alcool à risque. Par ailleurs en 2005, les adolescents aquitains apparaissent plus consommateurs d'alcool que la moyenne des jeunes Français, notamment pour les filles de 17 ans qui sont un peu plus concernées par les comportements à risque que celles du même âge en France.

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique préconise de diminuer la consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant de 20 %.

Le tabac reste, en Aquitaine comme en France, une cause importante de décès, notamment prématurés, et plus fréquents pour les hommes. Ainsi, au cours de la période 2003-2005, les principales maladies liées au tabac ont entraîné le décès de près de 4 400 Aquitains, chaque année.

Les cancers broncho-pulmonaires, en progression dans la population féminine, les cardiopathies ischémiques, causes de nombreuses hospitalisations, et les bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives, bien que moins élevées qu'en France, restent des conséquences graves du tabagisme.

L'expérimentation et l'usage quotidien du tabac ont diminué en Aquitaine comme en France chez les jeunes âgés de 17 ans.

Parmi les drogues illicites, le cannabis est la substance la plus souvent expérimentée et sa consommation est surtout masculine. En 2005, l'expérimentation de cannabis des Aquitains âgés de 15 à 64 ans (34,4 %) demeure significativement supérieure à la moyenne nationale. Elle est en légère diminution chez les jeunes de 17 ans depuis 2000. L'expérimentation des autres drogues en Aquitaine est identique à celle relevée en France entière même si certains indicateurs témoignent d'une amplification de la diffusion de l'héroïne dans la région. De même, l'accroissement de la consommation de cocaïne semble se poursuivre depuis 5 ans en Aquitaine.

Le taux d'infractions à la législation sur les stupéfiants est plus faible en Aquitaine qu'en France en 2005 (114 pour 100 000 habitants contre 202). L'Aquitaine est d'ailleurs avec le Limousin la région métropolitaine présentant le taux le plus faible pour l'héroïne. En revanche, l'Aquitaine figure parmi les huit régions présentant les plus forts taux d'interpellations pour usage de cocaïne.

La nutrition et l'activité physique

En 2009, près de 14 % des Aquitains de 15 ans ou plus ont un indice de masse corporelle correspondant à l'obésité. Entre 1997 et 2009, la prévalence de l'obésité a augmenté de 60 %, tout en restant proche de la moyenne nationale.

La prévalence de l'obésité augmente avec l'âge. Elle s'établit en 2009, au niveau national, à 4 % à 18-24 ans, 14 % à 35-44 ans et 20 % à 55-64 ans.

D'après les études spécifiques à l'Aquitaine, réalisées en milieu scolaire dans le cadre du Plan national nutrition santé, la prévalence du surpoids et de l'obésité est plus élevée chez les enfants et adolescents de milieux sociaux moins favorisés.

L'augmentation de l'obésité a touché tous les milieux sociaux, mais de grandes différences demeurent. Ainsi, les écarts entre les agriculteurs, les plus touchés, et les cadres et professions intellectuelles supérieures, les moins touchés, se sont creusés.

De même, les différences observées selon le niveau de diplôme et le niveau de vie se sont accentuées.

La santé au travail

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

La population active ayant un emploi en Aquitaine est de 1 274 000 personnes en 2006, dont 87 % sont salariés. Une partie de ces derniers occupent un emploi précaire (60 600) et le double ont un contrat à durée déterminée (113 100).

Selon l'enquête Sumer⁵ de 2003, trois quarts des salariés aquitains sont exposés à des contraintes posturales et articulaires, soit un peu plus que la moyenne nationale. Il en est de même pour les manutentions manuelles de charges et les nui-

sances thermiques, auxquelles les salariés aquitains sont plus exposés que les autres salariés.

La région Aquitaine se caractérise par une plus forte proportion d'accidents du travail graves qu'en France, même si celle-ci se stabilise. En 2006, l'Aquitaine a enregistré 32 805 accidents du travail avec arrêt de travail. Par rapport aux données nationales, le poids des accidents en Aquitaine est voisin du poids de la population salariée de 4,4 %. En revanche, les 2 479 accidents graves en Aquitaine représentent 5,2 % des accidents graves en France (soit un peu plus que la proportion de salariés).

En 2006, de fortes disparités apparaissent selon les départements, avec en Lot-et-Garonne des taux de fréquence et de gravité des accidents du travail nettement plus élevés que dans les autres départements.

Les accidents de trajet sont en Aquitaine moins fréquents qu'en France, mais plus graves. Ainsi avec 511 accidents graves en 2006, l'Aquitaine représente 5,8 % des accidents graves français. Les salariés de Gironde et de Lot-et-Garonne sont un peu plus exposés aux accidents de trajet que dans les autres départements.

La santé et l'environnement

L'Aquitaine est une région mieux protégée des pollutions environnementales que d'autres (Rhône-Alpes, Nord-Pas-de-Calais pour l'industrie ou Bretagne pour l'agriculture). Mais la qualité de l'air, de l'eau, des sols et des sites pollués ne font cependant pas de l'Aquitaine une région d'exception.

Des dépassements des seuils de qualité de l'air sont enregistrés en milieu urbain pour le dioxyde d'azote et les particules en suspension (en lien avec les transports) et dans la zone industrielle de Lacq pour le dioxyde de soufre. Dans l'ensemble national, l'Aquitaine est une des régions les plus émettrices de composés organiques volatils,

⁵ 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.

d'hydrocarbures aromatiques polycycliques, de particules, de dioxyde de soufre et cuivre.

Si les dépassements des normes de qualité de l'eau distribuée sont peu importants, les eaux brutes sont affectées par des pollutions. Les résultats d'analyse des eaux superficielles font état de pollutions aux matières organiques et oxydables et aux pesticides, et également aux nitrates. Les ressources souterraines sont bien protégées dans la région. Cependant, des polluants, nitrates et pesticides, sont présents dans les nappes moins profondes alluviales et d'affleurement.

Plusieurs pathologies liées à l'environnement font l'objet d'une surveillance. Qu'il s'agisse de légionellose, leptospirose, asthme, saturnisme, intoxication au monoxyde de carbone, mésothéliome pleural, les observations effectuées situent l'Aquitaine dans la moyenne des régions. Cependant, le tissu économique invite à rester vigilant sur les pathologies qui pourraient être liées à des expositions professionnelles spécifiques, notamment aux agents biologiques, aux poussières de bois, aux pesticides ou plus généralement aux cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques (CMR).

L'asthme est l'une des principales pathologies liées à l'environnement. D'après les données du Réseau Sentinelles (réseau de médecins généralistes), le taux d'incidence annuelle de cas de crises d'asthme est relativement élevé en région Aquitaine. En 2007, il a été estimé à 752 pour 100 000 habitants dans la région (671 pour 100 000 habitants en France).

À l'occasion de l'enquête « Baromètre santé environnement » réalisée en 2007 par l'Institut national de la prévention et de l'éducation à la santé, il est apparu que les Aquitains avaient souvent une perception erronée des risques de santé environnementale. Ainsi, à titre d'exemple, 15 % des personnes se sentant plutôt bien informées sur le monoxyde de carbone ne savent pas que ce gaz est inodore et pensent être alertées par l'odeur. Cette proportion est de 25 % chez les personnes se sentant mal informées.

De la prévention à la prise en charge : une offre de santé multiple

Pour répondre aux besoins des Aquitains en matière sanitaire et sociale, une large palette de dispositifs est proposée.

En amont des pathologies, d'importantes actions d'éducation à la santé et de prévention sont mises en œuvre.

Par la suite, une offre sanitaire (hospitalière ou ambulatoire) et médicosociale permet aux Aquitains d'être pris en charge.

Éducation pour la santé, prévention, dépistage

En Aquitaine, de nombreux organismes participent à l'éducation pour la santé. Le plus souvent, il s'agit d'associations à qui il est parfois reproché un défaut de coordination.

Au cours des dernières années, plusieurs actions ont permis de structurer la réponse aux besoins d'éducation pour la santé.

Au début des années 2000, le schéma régional d'éducation pour la santé a permis, après la réalisation d'un état des lieux, de formuler des recommandations en la matière. Trois objectifs généraux ont été déclinés :

- proposer une offre de qualité équitablement distribuée,
- promouvoir une culture partagée,
- faciliter la continuité en éducation pour la santé.

Ces objectifs généraux, déclinés en objectifs opérationnels et actions concrètes, sont en cours de réalisation et améliorent déjà la réponse donnée aux besoins des populations.

L'existence du Groupement régional de santé publique (GRSP) a permis, en son temps, une

structuration de l'offre et la création d'un pôle de compétences qui renforce la mutualisation.

La généralisation du dépistage du cancer du sein et la mise en place d'un dépistage du cancer colorectal devraient permettre une diminution de la mortalité liée à ces pathologies. Au cours de la période 2007-2008, le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein est de 60 % en Aquitaine, soit près de 285 000 femmes dépistées au cours de ces deux années. Les taux de participation des départements aquitains sont tous supérieurs à la moyenne nationale (51,7%). Le département du Lot-et-Garonne présente le taux le plus élevé (67,4%). Il convient, toutefois, de souligner les disparités territoriales au sein des départements, notamment entre les secteurs concernant des quartiers prioritaires de la politique de la ville et les autres secteurs.

Concernant le dépistage du cancer colorectal, les premiers résultats de l'enquête pilote indiquent un taux de participation moyen pour les 22 départements test de 42 %, soit une participation un peu faible.

Au vue de l'importance de la vaccination contre de nombreuses maladies bactériennes ou virales, on peut regretter que la protection de la population ne soit pas toujours à la hauteur des possibilités offertes.

Le manque d'information sur la couverture vaccinale est une préoccupation. Les estimations montrent une couverture par le vaccin Diphtérie, tétanos polio à 2 ans inférieure à 90 % en Aquitaine, en-deçà de la moyenne française. Pour la rougeole, les oreillons et la rubéole (autour de 85 %) ainsi que pour l'hépatite B (27 %), le taux de vaccination est également inférieur à la moyenne nationale. Par contre, la population des 65 ans ou

plus du régime général de l'assurance maladie présente un taux de vaccination antigrippale parmi les plus élevés.

Parmi les acteurs de prévention, les services de protection maternelle et infantile (PMI) ainsi que les services de santé scolaire jouent un rôle important, essentiellement tourné vers les enfants.

Les services de PMI exercent leurs missions auprès des femmes enceintes et des jeunes enfants. Assurées par des médecins, sages-femmes, puéricultrices et assistantes sociales, elles sont mises en œuvre en coordination avec les autres acteurs du dispositif sanitaire et médico-social. Services gratuits et de proximité pour la plupart, ils assurent un suivi et un accompagnement le plus souvent tournés vers les parents vulnérables. Leurs principales missions sont le suivi médical et social des femmes enceintes et des enfants de la naissance à six ans. Ils ont également en charge le contrôle des structures d'accueil de la petite enfance et l'organisation de l'agrément des assistants maternels et familiaux. Ils réalisent un bilan de santé des enfants âgés de 3-4 ans à l'école maternelle.

Les services de santé scolaire effectuent un bilan de santé systématique au cours de la 6^e année de l'enfant qui permet de dépister notamment les troubles du langage et de vérifier le statut vaccinal. En Aquitaine, cet examen est mené par des infirmières auprès de l'ensemble des enfants. Les services réalisent également des examens médicaux périodiques notamment au moment de l'orientation scolaire (CE2, sixième...). Ils ont également en charge l'information sur les méfaits du tabac, de l'alcool et des drogues, dans le cadre du programme d'éducation à la santé que chaque établissement scolaire doit mettre en place.

L'offre médicosociale en addictologie

Face à l'ampleur des dommages sanitaires et sociaux induits par l'alcool et les drogues, divers types de structures spécialisées tentent d'apporter des réponses adaptées et complémentaires à la prise en charge des personnes ayant une consommation excessive.

Le dispositif médicosocial en addictologie participe à l'accompagnement des usagers tout au long de leurs trajectoires. En 2009, ce dispositif est constitué en Aquitaine de douze centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST). En 2007, ces structures ambulatoires ont accueilli chacune en moyenne 500 personnes (venues au moins une fois dans l'année). Trois centres thérapeutiques résidentiels (CTR) et sept centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) complètent l'offre médicosociale de la région. De plus, l'Aquitaine compte quatre services d'appartements de coordination thérapeutique et 12 centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues (CAARUD). Enfin, 11 consultations pour jeunes consommateurs (CJC) de substances psychoactives ont été mises en place dans le cadre du Plan gouvernemental 2004-2008 de lutte contre les drogues

illicites, le tabac et l'alcool. Stable en 2006, le nombre moyen de jeunes consommateurs pris en charge par structure a augmenté en 2007.

Afin de favoriser une prise en charge globale de l'usager dans une logique de parcours de soins, le principe de prise en charge s'est réorganisé avec le regroupement des CSST et des CCAA au sein des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). La mise en œuvre des CSAPA est un des objectifs déclinés dans le schéma régional médicosocial d'addictologie d'Aquitaine 2009-2014.

Par ailleurs, une offre sanitaire en addictologie est développée en Aquitaine avec dix équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA), 15 consultations de tabacologie, des unités d'hospitalisation pour les sevrages complexes et huit services de soins de suite et de réadaptation (SSR). De plus, l'organisation de la prise en charge des détenus est réalisée par les unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) et/ou le service médico-psychiatrique régional (SMPR).

Les structures en faveur des personnes handicapées

Comparativement aux autres régions, l'Aquitaine est considérée comme correctement équipée, tant pour les jeunes porteurs de handicaps que pour les adultes.

L'offre pour les jeunes porteurs de handicaps

L'offre de service en structures médicosociales pour jeunes handicapés comporte, début 2007, 7 542 places, soit un taux d'équipement de 10,6 places pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans (moyenne nationale : 8,9).

Les structures sont diversifiées afin de répondre aux besoins de tous les types de handicap : déficients intellectuels et jeunes autistes, troubles du comportement, jeunes handicapés moteurs ou polyhandicapés, déficience sensorielle.

Toutefois, l'offre n'est pas répartie également dans les différents départements et les Landes se caractérisent par des taux sensiblement inférieurs à la moyenne régionale.

En moyenne, plus d'une place sur cinq se présente sous la forme d'un accompagnement en milieu ordinaire par un service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD). La Dordogne a particulièrement développé ce type de dispositif, à l'inverse de la Gironde.

L'offre à destination des jeunes déficients intellectuels ou présentant des troubles du caractère et du comportement est bien développée. Pour les déficients sensoriels, les places en établissement sont regroupées en Gironde mais des services de prise en charge à domicile existent dans tous les départements. Un plan spécifique a été mis en

place pour la prise en charge des jeunes déficients auditifs.

La prise en charge des jeunes autistes ou atteints de troubles envahissants du développement doit être largement développée. Le plan régional autisme 2007-2011 doit permettre d'améliorer l'offre spécifique.

L'offre pour les adultes handicapés

Comme pour les jeunes, l'offre pour les adultes handicapés est inégalement répartie sur le territoire aquitain.

Concernant les places en établissements médicalisés, la Gironde notamment se distingue par un plus faible équipement en maisons d'accueil spécialisé (MAS). Pour les foyers d'accueil médicalisés (FAM), le taux d'équipement le moins élevé est observé dans les Pyrénées-Atlantiques. Globalement, les dispositifs à destination des personnes autistes sont peu développés mais les besoins concernent également d'autres types de handicaps. Une partie des nouveaux projets seront plus particulièrement destinés à des personnes atteintes de handicap psychique.

Les établissements non médicalisés destinés à des personnes handicapées dans l'incapacité de travailler (foyers de vie) regroupent près de 2 600 places d'hébergement ou d'accueil de jour.

La région compte environ 5 800 places en établissement et services d'aide par le travail (ESAT). Certains travailleurs handicapés peuvent être hébergés dans des établissements et ceux travaillant à mi-temps peuvent bénéficier d'un accueil

spécifique le reste de la journée. Ce dispositif d'accompagnement totalise plus de 2 500 places de foyer d'hébergement ou d'accueil de jour (sections d'accueil à mi-temps). En Gironde, le taux d'équipement est plus faible que dans les autres départements.

Le dispositif favorisant le maintien à domicile se développe fortement. La capacité des services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) atteint 1 700 places dans l'ensemble de la région. Ces services sont moins nombreux dans le département des Pyrénées-Atlantiques que dans le reste de la région. Depuis quelques années, un nouveau type d'accompagnement se met en place progressivement grâce aux services d'accompagnement médicosocial pour adultes handicapés (SAMSAH) qui complètent le dispositif de suivi médical. Par ailleurs, la capacité des services de soins infir-

miers à domicile a progressé de plus de 20 % au cours de l'année 2008 et le Lot-et-Garonne est le département le mieux doté pour ce type d'offre.

Depuis plusieurs années, l'évolution du dispositif de prise en charge des adultes handicapés prend en compte le vieillissement de ces personnes. Les lieux d'accueil des personnes ne pouvant plus travailler à temps complet se développent. De même, certains établissements, médicalisés ou non, mettent en place des modalités d'hébergement spécifiques.

Globalement, le dispositif reste insuffisant pour répondre à la demande et on estime à minima que près de 500 personnes sont en attente d'une place dont 300 en foyer d'accueil médicalisé ou maison d'accueil spécialisé.

Les structures en faveur des personnes âgées

Le dispositif en faveur des personnes âgées est composé de services destinés à aider les personnes vivant chez elles ainsi que d'établissements d'hébergement pour celles qui ne peuvent plus rester à leur domicile. Par ailleurs, une filière gériatrique dans le secteur sanitaire permet une prise en charge spécifique pour les personnes âgées ayant besoin de soins.

Depuis la réforme de la tarification (loi de juillet 2001), la médicalisation de l'hébergement des personnes âgées s'est beaucoup développée. Dans la région, la capacité d'accueil médicalisé correspond à un taux d'équipement moyen de 103 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus. Ce mode de prise en charge est toutefois complété par des structures non médicalisées destinées à des personnes peu dépendantes : logements-foyers ou maisons d'accueil rurales pour personnes âgées (20 places pour 1 000).

La situation diffère d'un département à l'autre. Globalement, la Gironde et la Dordogne disposent des taux d'équipement les plus importants mais pour l'hébergement médicalisé, le taux le plus élevé est observé en Dordogne alors que la Gironde présente le taux le plus faible.

Une partie de la capacité d'accueil est officiellement reconnue adaptée à la prise en charge spécifique des personnes atteintes de démence. Dans la région, près de 3 % des places d'hébergement permanent répondent à ces critères mais ce pourcentage est nettement plus faible dans le Lot-et-Garonne (1 %). L'accueil de jour est plus fréquemment destiné à des personnes atteintes de démence, entre 30 % et 60 % des places selon les départements. Actuellement, les nouveaux établissements et les projets prennent généralement en compte cet accueil spécifique.

Les modes d'accueil alternatifs sont également encouragés. L'accueil de jour et l'hébergement temporaire tendent à faciliter la vie des personnes âgées à domicile et participent au soutien et au répit des aidants. Le développement de ces modes d'accueil est variable selon les départements. La capacité d'accueil de jour est faible dans le Lot-et-Garonne.

Le soutien à domicile des personnes âgées repose également sur les services d'aide à domicile et les services de soins infirmiers à domicile. Ces dispositifs continuent de se développer. Ainsi, au cours des dernières années de nombreuses places de Ssiad ont été créées. Ces créations ont permis de réduire la disparité entre les taux d'équipement des départements de la région. Toutefois, l'adaptation du dispositif d'aide à domicile à la prise en charge des personnes atteintes de démence doit être renforcée.

Dans le secteur sanitaire, des prises en charge spécifiques sont prévues pour les personnes

âgées. Une partie de cette filière gériatrique repose sur des services de court séjour. La majeure partie des centres hospitaliers et quelques établissements privés disposent de places en court séjour gériatrique. En complément, une dizaine d'équipes mobiles de gériatrie épaulent les différents services hospitaliers en apportant des avis et des évaluations spécifiques. Dans le domaine de la psychiatrie, un accompagnement particulier est mis en place sous la forme d'unités d'hospitalisation à temps complet ou de jour et d'équipes mobiles. Ce dispositif de géronto-psychiatrie n'est présent que dans certains départements.

Pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, 21 consultations « mémoire » labellisées assurent le diagnostic et la mise en place du projet de soins. Ce dispositif, essentiel dans le cadre de l'accompagnement des personnes démentes, devrait se renforcer. Actuellement, cinq consultations « mémoire » ne sont pas encore labellisées.

Le dispositif d'aide aux personnes en difficulté

Le logement

Le logement social

Malgré les efforts réalisés, le déficit de logements sociaux subsiste. En 2008, l'offre locative sociale de 44 logements sociaux pour 1 000 habitants est en augmentation d'un point par rapport à 2007, mais elle reste nettement inférieure à la densité nationale (69 pour 1 000 habitants). Le parc comprend de plus en plus de maisons individuelles. Ce type d'habitat s'est développé depuis les trois dernières décennies.

Les délais d'attente pour obtenir un logement sont ainsi d'au moins six mois en Lot-et-Garonne et vont jusqu'à deux ans sur la côte basque.

Dans le cadre de la loi instituant un Droit au logement opposable (Dalo), fin juin 2008, 494 recours ont été déposés auprès des commissions de médiation, plaçant ainsi l'Aquitaine au 7^e rang des régions françaises. Parmi les personnes concernées, quatre sur dix sont sans logement et une sur six menacée d'expulsion.

L'hébergement d'urgence

L'hébergement d'urgence se heurte à la difficulté de trouver des financements pour l'accompagnement social proposé aux personnes accueillies.

Les places d'hébergement d'urgence, qui devraient être gérées par le 115, ne lui sont pas toujours dédiées, ce qui engendre des difficultés d'organisation lors de l'attribution des places.

Les CHRS ont vocation à accueillir les personnes en grave difficulté économique ou familiale, ayant des problèmes de logement, de santé et des difficultés d'insertion.

Dans la région, le dispositif comprend, fin 2009, un peu plus de 1 400 places ce qui correspond à un taux d'équipement de 8,7 places pour 100 000 habitants de 20 à 59 ans. Toutefois, les situations départementales sont assez diverses avec un taux landais de 4,7 places et à l'opposé, un taux de 11,0 places dans le Lot-et-Garonne.

Le dispositif d'aide aux jeunes en danger ou en difficulté et à leur famille

L'aide apportée aux jeunes en difficulté, en danger ou délinquants repose en grande partie sur les conseils généraux en lien avec les services de la Justice. Au sein des conseils généraux, les actions de prévention ou de protection sont menées par les services de l'aide sociale à l'enfance et ceux de la protection maternelle et infantile. Elles sont mises en œuvre après évaluation des situations. Depuis la loi réformant la protection de l'enfance (mars 2007), une cellule départementale de recueil et de traitement des informations préoccupantes doit jouer un rôle pivot dans ce dispositif.

Dans le cadre des actions de prévention, plusieurs modes d'intervention sont possibles. Les services de PMI assurent notamment un suivi pré et post natal des mères et des jeunes enfants, en parti-

L'accompagnement social au logement

Dans le cadre des plans départementaux d'action pour le logement des personnes défavorisées (PDALPD), des mesures d'accompagnement social sont mises en place pour les personnes hébergées accédant à un logement.

Par ailleurs, la loi de mobilisation pour le logement et la lutte contre l'exclusion du 25 mars 2009 met en place les plans départementaux d'accueil, d'hébergement et d'insertion (PDAHI). Ces plans doivent être élaborés début 2010 pour servir d'outil de planification et de territorialisation de l'offre d'hébergement et pour permettre de renouveler la conception de la prise en charge et de l'accompagnement des personnes en situation de précarité.

culier pour les foyers pouvant rencontrer des difficultés. Différents lieux de parole, d'écoute, de conseil et d'accompagnement des parents sont installés dans la région et sont pilotés ou soutenus par les institutions.

Dans le cadre de l'aide sociale à l'enfance, diverses mesures peuvent être mises en place au sein des familles pour répondre à des situations de dysfonctionnement familial. Il peut s'agir de soutiens financiers, d'interventions de techniques en intervention sociale et familiale (TISF) et d'aides éducatives. Ces dernières sont assurées par des éducateurs spécialisés pour écouter et soutenir les parents et les enfants afin de normaliser les relations familiales. D'après les données recueillies par la Drees, plus de 8 700 aides éducatives ont été menées dans la région en 2008.

Dans le cas où des mesures de placement ont été prises, plusieurs modalités d'accueil sont possibles afin de diversifier les réponses (accueil provisoire, accueil de jour, accueil modulable ou périodique...). Dans la région comme dans les autres départements français, cette prise en charge peut notamment avoir lieu dans les familles agréées (accueillants familiaux), des établissements (maisons d'enfants à caractère social), des lieux de vie (petites structures adaptées à des situations particulières). En 2008, plus de 6 000 jeunes Aquitains ont fait l'objet d'une mesure de placement. Environ 60 % ont été accueillis en famille d'accueil et près de 40 % en établissement. Le plus souvent, le placement en établissement a eu lieu dans des maisons d'enfants à caractère social (Mecs), les lieux de vie totalisant,

à l'échelle régionale, une capacité plus faible. Plus de la moitié des enfants placés avaient entre 6 et 15 ans. Environ 900 jeunes enfants avaient moins de 6 ans. En Aquitaine, certains établissements ou familles d'accueil reçoivent des enfants et des jeunes venant de la région Île-de-France.

Dans le cadre de l'enfance en danger, un dispositif particulier est chargé du recueil et de l'analyse des données. Cet observatoire départemental de protection de l'enfance participe ainsi à la connaissance du domaine et à la mise en œuvre de la politique départementale. Inscrit dans la loi de mars 2007, ce dispositif était déjà présent dans la région, notamment en Dordogne où une cellule enfance maltraitée et un groupe de réflexion ont été mis en place il y a plusieurs années.

Un dispositif pour la lutte contre les violences envers les femmes

En Aquitaine, la politique globale de prise en charge des femmes victimes de violences s'inscrit dans une démarche de partenariat renforcé avec les acteurs agissant pour lutter contre les violences conjugales. Les centres d'information sur les droits des femmes et des familles (CIDFF) sont habilités par le Conseil national d'agrément et reçoivent de l'État une subvention de fonctionnement pour l'information gratuite, anonyme et individuelle dans les domaines juridique et de la formation professionnelle. En Aquitaine, six CIDFF sont agréés et ont accueilli en 2009 environ 11 900 personnes.

L'accueil des femmes victimes de violences est effectué par les centres d'écoute et d'accueil. Tous les départements aquitains en sont dotés. En 2009, plus de 3 000 femmes ont bénéficié de leurs services.

L'activité des CIDFF pour l'année 2009 s'est portée sur le renforcement du partenariat dans le cadre de la commission départementale de lutte contre les violences envers les femmes, le renforcement des actions de formation et de sensibilisation à destination des travailleurs sociaux et des médecins ainsi que le soutien d'actions de prévention sur les violences sexistes en milieu scolaire. La lutte contre les violences faites aux femmes a été déclarée grande cause nationale pour l'année 2010. La délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité poursuivra donc en 2010 son soutien aux associations et particulièrement aux centres d'accueil et d'écoute. L'activité se poursuivra également avec le soutien de formation des acteurs de la communauté éducative dans le cadre de la prévention des comportements et violences sexistes, ainsi que dans le maintien du positionnement des référents dans le cadre de la prévention de la délinquance.

Les centres d'accueil pour les demandeurs d'asile

Le dispositif CADA est un dispositif national qui permet d'accueillir des personnes en demande d'asile. La répartition territoriale permet d'assurer en principe la prise en charge des personnes.

À fin 2009, avec près de 700 places disponibles, le taux d'équipement de la région est de 22 places en CADA pour 100 000 habitants. Tous les départements connaissent un taux voisin, à l'exception des Landes (17) et des Pyrénées-Atlantiques (25).

Le dispositif sanitaire

Les professionnels de santé

La région Aquitaine compte, au 1^{er} janvier 2008, plus de 51 000 professionnels réglementés par le Code de santé publique, dont environ 11 070 médecins et 24 770 infirmiers. Depuis 2000, les effectifs des professionnels de la santé ont augmenté de 21,6%.

Les médecins

Au 1^{er} janvier 2008, près de 5 420 généralistes exercent dans la région. Ils représentent un peu moins de la moitié des médecins aquitains. Près des trois quarts des généralistes sont libéraux. L'effectif des médecins généralistes a augmenté quel que soit leur mode d'exercice. Depuis 2000, cette progression est globalement de 15 %.

La région dispose d'une densité de médecins généralistes libéraux supérieure à la moyenne française (12,8 généralistes pour 10 000 habitants contre 11,1 en France métropolitaine) mais les départements sont inégalement pourvus. La densité la plus faible est observée dans le Lot-et-Garonne et la plus élevée en Gironde.

L'offre de soins de premier recours ne s'apprécie pas uniquement au travers de l'effectif de diplômés de médecine générale. En effet, certains

généralistes font le choix d'une orientation particulière (homéopathie, acupuncture) ou se consacrent à une activité spécifique (gériatrie, hydrologie...). Le rapport 2006/2007 de l'Observatoire national de la démographie des professionnels de santé dénombreait 3 049 généralistes libéraux déclarant n'exercer aucune autre discipline que la médecine générale.

La région présente globalement la même proportion de généralistes pratiquant la médecine de premier recours que la France métropolitaine. Généralement, les espaces ruraux sont les zones où la médecine de premier recours est la plus fréquente dans l'activité des généralistes.

La densité de médecins généralistes de premier recours dépasse la moyenne nationale en Gironde, Landes et Pyrénées-Atlantiques (plus de 10,2 pour 10 000 habitant contre 9,4 en France métropolitaine). Dans le Lot-et-Garonne, cette densité est inférieure à la moyenne française.

Début 2008, environ 5 660 spécialistes exercent dans la région, un peu plus de la moitié en libéral. Leur effectif est en augmentation. Depuis 2000, cette progression concerne surtout les spécialistes libéraux tandis que le nombre de salariés hospitaliers a peu évolué et que celui des salariés

non hospitaliers tend à diminuer. La région Aquitaine bénéficie d'une densité de spécialistes supérieure à la moyenne nationale (18,1 médecins spécialistes pour 10 000 habitants contre 17,4 en France métropolitaine) mais avec de fortes disparités entre les départements. En effet, pour les libéraux comme pour les salariés, les densités les plus faibles sont observées en Dordogne et les plus élevées en Gironde.

L'âge moyen des médecins est élevé, 50,8 ans pour les spécialistes et 49,0 ans pour les généralistes. Les libéraux sont en moyenne plus âgés que les salariés.

À l'échelon des territoires de santé (territoires intermédiaires), trois zones se distinguent. Les territoires de Bordeaux et Bayonne présentent des densités de généralistes et spécialistes libéraux nettement supérieures aux moyennes régionales. Le territoire d'Arès fait partie des mieux dotés en généralistes. Pour les spécialistes, les inégalités infra-départementales sont également très marquées quand il s'agit des spécialités de proximité⁶. Le territoire intermédiaire de Bordeaux est le mieux doté devant Bayonne, Pau et Agen. Les autres ont des densités en dessous de la moyenne régionale.

À l'horizon 2018, l'âge moyen et la féminisation des médecins aquitains devraient augmenter. Globalement, la densité de généralistes ne devrait pas évoluer mais dans les zones urbaines de Bordeaux, Arcachon et Pau, cette densité devrait progresser au dépend des départements de la Dordogne et du Lot-et-Garonne. Pour les spécialistes, la densité moyenne devrait diminuer.

⁶ Gynécologie médicale, radiodiagnostic, pédiatrie, psychiatrie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, cardiologie.

Les chirurgiens-dentistes

Au 1^{er} janvier 2008, environ 2 370 chirurgiens-dentistes sont en activité dans la région, presque tous exercent en libéral. L'âge moyen des chirurgiens-dentistes est de 47,4 ans.

Globalement, la densité de professionnels est un peu supérieure à la moyenne française. C'est le département des Pyrénées-Atlantiques qui est le plus doté, en particulier le territoire intermédiaire de Bayonne.

Après une croissance puis une stabilisation, le nombre de chirurgiens-dentistes va diminuer dans les prochaines années pour atteindre, en 2018, le niveau de 1990. Leur âge moyen devrait augmenter et la part des femmes atteindre 44 % en 2018 contre 38 % en 2008.

Les masseurs-kinésithérapeutes

Avec 3 680 masseurs-kinésithérapeutes en activité au 1^{er} janvier 2008, la région Aquitaine bénéficie d'une densité de professionnels supérieure à la moyenne nationale (11,8 contre 10,5 en France métropolitaine). L'âge moyen de ces professionnels est de 41,7 ans et 42 % sont des femmes. Un peu plus de huit sur dix exercent en libéral.

C'est dans les Pyrénées-Atlantiques que la densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux est la plus élevée. Les territoires les plus dotés sont situés dans la partie ouest de la région (Arès, Arcachon, Dax, Bayonne, Oloron-Sainte-Marie). À l'inverse, les plus faibles densités sont observées en Dordogne, dans le nord du Lot-et-Garonne et l'est de la Gironde.

À l'horizon 2018, la densité de masseurs-kinésithérapeutes devrait progresser et l'âge moyen de ces professionnels devrait diminuer légèrement. Les départements de la Dordogne et du Lot-et-Garonne seront les moins dotés.

Les infirmiers

En 2008, 24 770 infirmiers exercent dans la région. En 20 ans, cet effectif a augmenté de 64 %. Cette profession est fortement féminisée (87 % de femmes) et le salariat demeure le mode d'exercice le plus courant (80 %). Avec environ 4 840 infirmiers libéraux, la densité de la région est plus élevée que la moyenne nationale (15,5 infirmiers pour 10 000 habitants contre 11,3 en France métropolitaine). Les Pyrénées-Atlantiques et le Lot-et-Garonne présentent les plus fortes densités.

La répartition au niveau des territoires intermédiaires est très contrastée avec les densités les plus élevées le long du littoral (Bayonne, Arca-chon, Arès, Lesparre) ainsi que dans les terri-toires de Langon et Agen. À l'inverse, les terri-toires de Périgueux, Mont-de-Marsan et Saint-Palais présentent des densités d'infirmiers libé-raux nettement plus faibles que la moyenne ré-gionale.

À l'horizon 2018, la densité d'infirmiers libéraux devrait progresser mais la concentration de ces professionnels dans les zones urbaines devrait s'accroître.

L'offre hospitalière

L'offre de soins hospitaliers en France a fortement évolué depuis une vingtaine d'années, cette évolu-tion se traduisant notamment par une diminution du nombre de lits d'hospitalisation pour les soins de courte durée et, dans une moindre mesure, pour les soins de suite. Dans le même temps, les soins alternatifs à l'hospitalisation complète se sont développés : hospitalisation partielle, traite-ments et cures ambulatoires, hospitalisation à domicile et anesthésie ou chirurgie ambulatoires.

Le secteur hospitalier aquitain présente au-jourd'hui un paysage varié. Des établissements de trois types de statuts juridiques cohabitent. Ils ont des modes d'organisation et de gestion, de finan-cement et de régulation, de participation aux mis-sions de services publics très différents.

Au 1^{er} janvier 2009, l'Aquitaine compte 184 établis-sements ou entités juridiques sanitaires dont un quart de structures publiques. Ce nombre s'est continûment réduit en moins de 10 ans, exclusi-vement en raison de la disparition d'établis-sements privés.

Entre 2001 et 2007, le nombre de lits dédiés aux activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) en court séjour a diminué fortement. La baisse du nombre de lits a été compensée en partie par le développement de l'hospitalisation partielle.

Bien qu'en fort développement, l'hospitalisation à temps partiel reste minoritaire. Les deux tiers des séjours chirurgicaux sont effectués dans les éta-blislements privés à but lucratif. C'est aussi dans ces établissements que l'hospitalisation partielle est la plus développée.

Comme chaque région, l'Aquitaine dispose d'un centre hospitalier régional avec une offre de soins pluridisciplinaire, hautement spécialisée et diver-sifiée. Également pôle universitaire, il participe à la recherche médicale et pharmaceutique et aux enseignements médicaux et paramédicaux.

Les 23 centres hospitaliers publics aquitains of-frent tous des soins de court séjour. L'activité de psychiatrie est exercée dans sept établissements, les soins de suite et de réadaptation dans 20 structures et 14 établissements proposent des

soins de longue durée. Les centres hospitaliers spécialisés dans les maladies mentales sont au nombre de cinq en Aquitaine.

Parmi les établissements de santé publics d'Aquitaine, 12 hôpitaux locaux assurent une offre de proximité à temps complet pour les activités de médecine, soins de suite et de réadaptation et soins de longue durée.

L'offre de soins publique comprend également un hôpital militaire qui offre des services de médecine, chirurgie, psychiatrie, urgences et de réadaptation fonctionnelle.

La prise en charge hospitalière des patients repose également sur 139 établissements de santé privés. La mise en œuvre du schéma régional d'organisation sanitaire (Sros) a modifié ces dernières années la carte sanitaire en favorisant des adaptations et des complémentarités dans l'offre de soins. Des objectifs sont ainsi fixés en vue d'améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficacité de l'organisation sanitaire.

Près d'un quart des structures privées participent au service public hospitalier (SPH). Le centre de lutte contre le cancer (CLCC) assure certaines missions des établissements de santé et du service public hospitalier principalement en cancérologie. Seuls ces établissements peuvent comporter un service d'aide médicale urgente et mettre en place des permanences d'accès aux soins de santé (PASS).

Les établissements de santé privés participant au SPH offrent un quart de la capacité d'accueil du secteur.

Les trois quarts des établissements privés d'Aquitaine sont spécialisés en soins de courte durée et en soins de suite et de réadaptation.

Plus d'un million de séjours de courte durée et séances (490 000 en médecine, 452 000 en chirurgie et 72 000 en obstétrique) ont été effectués dans les établissements de santé aquitains en 2008, soit une augmentation de 17 % depuis 2001. Cette augmentation est due entièrement à la hausse de l'activité en hospitalisation partielle, portée par la médecine et la chirurgie.

Un Aquitain sur six a été hospitalisé au moins une fois au cours de l'année 2008, soit un taux brut d'hospitalisation de 16,4 %. Ce taux varie selon le territoire de proximité, reflétant les différences dans le recours à l'hospitalisation. Un quart de la population régionale vit dans des territoires où le taux d'hospitalisation est inférieur à la moyenne régionale : centre et nord de la Dordogne, est des Pyrénées-Atlantiques et Pays basque intérieur. À l'inverse, 30 % des Aquitains résident dans des zones de forts taux (jusqu'à un habitant sur cinq hospitalisé dans l'année) : principalement nord de la Gironde et quart nord-est du Lot-et-Garonne.

Les motifs de recours aux soins sont très variés mais dix « familles de pathologies » regroupent 80 % de l'activité hospitalière régionale et quatre familles la moitié des séjours. Ainsi, concernant les activités de médecine, les pathologies digestives représentent plus de 23 % des motifs de séjour. Pour les activités de chirurgie, ce sont les pathologies liées à l'orthopédie et la rhumatologie qui sont le plus souvent en cause (26 % des motifs de séjour)

L'activité diffère aussi selon l'âge du patient. Un tiers des moins de 20 ans sont hospitalisés pour des pathologies oto-rhino-laryngologiques (ORL) et stomatologiques. À l'âge adulte, un patient sur cinq l'est pour pathologies digestives.

*ENJEUX ET
PERSPECTIVES*

RÉDUIRE LES INÉGALITÉS DE SANTÉ

La réduction des inégalités de santé est affirmée comme domaine de compétence de la politique de santé publique par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Parmi les objectifs retenus dans le rapport annexé à la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, deux concernent directement la réduction des inégalités de santé :

- réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins pour les personnes dont le niveau de revenus est un peu supérieur au seuil ouvrant droit à la CMU ;

- réduire les inégalités devant la maladie et la mort par une augmentation de l'espérance de vie des groupes confrontés aux situations précaires.

Aux inégalités sociales de santé, s'ajoutent des inégalités territoriales de santé. Permettre aux territoires et aux populations les plus défavorisés de voir leur situation s'améliorer et contribuer à diminuer les écarts est un enjeu important qui relève d'une approche transversale.

TOUT EN RÉDUISANT LA MORBIDITÉ ET LA MORTALITÉ ÉVITABLES

La réduction des inégalités de santé ne doit pas entraver les efforts pour diminuer la morbidité et la mortalité. Une éducation pour la santé plus ciblée et mieux adaptée, des actions de prévention plus performantes (vaccination, dépistage, lutte contre les infections nosocomiales...) ainsi

qu'une prise en charge de qualité, doivent contribuer à cette amélioration.

L'amélioration de la prise en charge en matière sociale et médicosociale doit compléter cette approche.

La connaissance base de l'action

OBSERVATION ET SURVEILLANCE : DES ENJEUX ESSENTIELS POUR LA POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE.

La connaissance des problèmes sanitaires et sociaux nécessite une observation se basant sur des indicateurs pertinents et validés mais aussi sur une approche qualitative. Au-delà de la connaissance, ces indicateurs doivent permettre le suivi et l'évaluation des objectifs de santé fixés par les décideurs. Une surveillance des phénomènes émergents doit contribuer à prévenir des graves conséquences pour la santé.

Les informations nécessaires peuvent se décliner selon trois aspects.

La mesure de l'état de santé et son évolution

Il est nécessaire de disposer d'indicateurs exprimant des effectifs (niveau de l'action) et des taux, permettant des comparaisons dans le temps et dans l'espace. Ils doivent être complétés par des informations sur la connaissance des comportements des populations (type Baromètre santé) afin d'adapter la politique de santé et notamment les actions de prévention et d'éducation à la santé.

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique et les travaux qui ont suivi ont permis de définir des objectifs de santé publique et de décliner un grand nombre d'indicateurs permettant de mesurer l'atteinte de ces objectifs. Le Plan régional de santé publique aquitain et les différents plans associés ainsi que le Schéma régional d'organisation sanitaire ont permis de « régionaliser » des priorités et des objectifs.

L'analyse des données des champs médicosocial et social doit compléter ces informations. Les travaux réalisés dans le cadre des schémas médicosociaux ou de l'action sociale ont montré l'importance de l'état des lieux pour la concertation et la mise en place de ces politiques.

La mesure des inégalités sociales de santé

Les inégalités de santé perdurent au cours du temps. Paradoxalement, les outils pour les mesurer ne sont pas aussi adaptés que souhaité. Il convient de définir, en se basant sur les études nationales ou internationales, quelques indica-

teurs permettant de mesurer en permanence ces inégalités. De plus, la possibilité de croiser des fichiers contenant des données sociales et de santé permettrait une approche plus performante.

La mesure des inégalités territoriales de santé

Cette approche, incluant les inégalités d'offre de santé mais aussi d'accès au dépistage ou encore l'offre médicosociale, nécessite de disposer d'indicateurs à un niveau géographique fin afin de pouvoir les agréger selon le territoire choisi.

Une connaissance à améliorer

Plusieurs enjeux sont à retenir en matière d'observation. Tout d'abord, il est nécessaire que l'État reste le garant d'une observation impartiale, harmonisée et pertinente en santé en mandatant des organismes compétents et indépendants. Pour ce faire, il convient de mutualiser les démarches aquitaines en dégagant des typologies d'indicateurs et d'échelles pertinentes en matière d'observation.

La connaissance des données existantes

De nombreuses bases de données existent à différents niveaux et pour des utilisations différentes dans le domaine de la santé, du social et du médicosocial. Certaines sont spécifiques à une activité qui n'est pas directement liée à la santé (logement, transport) mais indispensable dans la connaissance des déterminants de santé. Afin de permettre à tous les acteurs d'avoir la connaissance de l'existant, la plateforme sanitaire et sociale est une bonne réponse en permettant un échange permanent.

La nécessité de développer la connaissance sur certains thèmes et de pouvoir anticiper les évolutions

C'est le cas dans le domaine du handicap où malgré des améliorations importantes, notamment avec la création des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et de la Caisse nationale de solidarité et d'autonomie (CNSA), des progrès sont nécessaires pour disposer d'une information efficiente. L'identification des populations en situation de handicap et l'évaluation de leurs besoins posent le problème de la non-exhaustivité des sources existantes et de leur recoupement partiel.

Par exemple, se pose la question des personnes handicapées « invisibles », celles qui n'ont jamais, ou il y a fort longtemps, bénéficié d'un accompagnement au titre de leur handicap et qui vivent à leur domicile avec leurs parents avançant en âge.

La connaissance sur la dépendance des personnes âgées et son évolution, reste également une préoccupation majeure.

Les résultats du recensement de population donnent des éléments de démographie et quelques informations sur le mode de vie. Toutefois, les évolutions démographiques dans les années futures ne peuvent être estimées à un échelon géographique fin.

L'information dans le domaine social souffre d'un manque de données. Si l'aspect qualitatif est souvent bien développé, la mise en place d'indicateurs quantitatifs s'avère nécessaire.

Au-delà des indicateurs disponibles en routine, il est nécessaire de développer des enquêtes spécifiques (nutrition par exemple) pour mieux cibler les réponses. De même, la régionalisation de baromètres santé ou de l'enquête décennale santé peut contribuer à une meilleure connaissance des comportements et opinions de la population régionale.

Enjeux et perspectives...

Afin d'améliorer l'observation régionale de la santé et de ses déterminants, il est important de développer une concertation et une synergie entre les différents opérateurs engagés dans l'observation de la santé. Cette coordination des différents acteurs permettrait de favoriser les échanges de données et de créer de nouveaux outils d'observa-

tion permettant de combler les lacunes actuelles du dispositif régional d'observation et d'apporter des réponses aux nouveaux besoins. La création d'un pôle d'observation sanitaire et sociale, en se basant sur le principe des plateformes d'observation sanitaire et sociale, peut être une réponse aux besoins dans le domaine.

Faire de l'usager un acteur de santé

L'ADHÉSION ET L'IMPLICATION DE L'USAGER, ET AU-DELÀ DU CITOYEN, SONT DES ÉLÉMENTS INDISPENSABLES D'UNE PLUS GRANDE EFFICIENCE DES POLITIQUES SANITAIRES ET SOCIALES

Parce que chacun est un acteur essentiel de sa santé, il est important de sensibiliser les populations aux actions et comportements individuels favorables à une meilleure situation sanitaire.

De même, impliquer les usagers dans les actions mises en place doit permettre de renforcer leur efficacité. Les dernières évolutions législatives

dans le secteur sanitaire, social ou médicosocial tendent ainsi à renforcer la place des usagers au sein des différents dispositifs mis en place.

Cela présuppose de former les usagers au fonctionnement du système sanitaire, social et médicosocial afin de leur permettre une contribution efficace.

Favoriser les comportements individuels favorables à une meilleure santé

L'éducation pour la santé et la promotion de la santé

La nécessité de mieux intervenir sur tous les déterminants de santé pour réduire les inégalités sanitaires, sociales et géographiques dans un objectif de promotion de la santé, est une orientation à prendre en compte.

Le principe d'équité doit présider à la politique de prévention et les actions locales garantir une équité de toute la population en matière de réduction du risque sanitaire.

Le renforcement des actions de prévention et d'éducation à la santé, notamment auprès des jeunes, est primordial. Bien que des actions et programmes aient commencé à voir le jour il y a quelques années, ils sont actuellement trop peu nombreux et ne s'inscrivent pas suffisamment dans la durée. Il est important de continuer à faire de la prévention un enjeu stratégique et d'élaborer des plans qui précisent les objectifs et programmes à mettre en œuvre en concertation avec les acteurs et la population, de développer de nouvelles politiques afin de sensibiliser la population aux dangers des addictions, principalement au tabac et à l'alcool qui sont responsables de nombreux décès prématurés (avant 65 ans).

De même, l'incitation à des conduites alimentaires plus appropriées et au développement de l'activité physique sont au cœur du Programme national nutrition santé et de sa déclinaison régionale. En Aquitaine, il a permis la réalisation d'actions à l'intention des enfants et adolescents ainsi qu'auprès des personnes âgées et des personnes en difficultés.

L'organisation d'un pôle de compétences en éducation pour la santé est un premier pas mais cette démarche doit être poursuivie par la mutualisation des moyens et la création d'un véritable pôle d'éducation pour la santé regroupant tous les acteurs du domaine avec une coordination identifiée.

Par ailleurs, le rapprochement des réseaux d'éducation à la santé et de l'environnement doit être encouragé.

Le principe de la détermination des priorités et la mise en place d'appels à projets répondant à celles-ci, comme cela a été initié dans le cadre du GRSP, pourrait être maintenu au-delà de sa dissolution, tout en réservant un minimum de financements aux structures composant le pôle avec un programme pluriannuel.

Éducation thérapeutique

L'éducation thérapeutique vise à aider les patients et leur famille à comprendre la maladie et le traitement et à coopérer avec les soignants pour vivre plus sainement, maintenir et améliorer leur qualité de vie. Pour bon nombre de pathologies, il est démontré que l'éducation thérapeutique des patients améliore l'efficacité des soins et permet de réduire la fréquence et la gravité des complications.

L'éducation thérapeutique est un enjeu important et notamment bénéfique pour une grande partie des personnes admises en affections de longue durée (plus de 61 000 par an en Aquitaine).

Il est souhaitable de l'intégrer aux soins de premiers recours, notamment en assurant son financement par la rémunération des professionnels et en l'intégrant à leur cursus de formation.

Associer les usagers à la définition et à la mise en place des politiques sanitaires et sociales

Les droits des usagers

Le législateur a reconnu un certain nombre de droits aux usagers du système de santé, notamment un droit à l'information (accès au dossier médical...). Ces droits doivent être confortés

lorsqu'ils existent et développés, notamment en médecine libérale ou dans les établissements médicosociaux.

Depuis la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médicosociale, les personnes handica-

Enjeux et perspectives...

pées et les personnes âgées bénéficiant d'un accompagnement ont vu réaffirmer leurs droits, pour le passage d'une logique d'institution à une logique fondée sur leurs besoins et leurs attentes. Au-delà de la nécessité de respecter ces principes, « *l'évaluation de la satisfaction entre dans le processus d'amélioration continue des institutions* » et peut être considérée comme « *un acte d'une portée éthique* ».

La représentation des usagers

Les usagers sont souvent membres des différentes instances intervenant dans les champs sanitaire, social et médicosocial. Il existe ainsi une

commission sur le droit des usagers au sein de la conférence régionale de santé et de l'autonomie. Ils siègent au sein du Conseil de surveillance des Agences régionales de santé. De même, des représentants des usagers sont déjà présents au sein des conseils de surveillance des établissements publics de santé.

C'est dans cet esprit qu'un recueil des attentes des usagers des services sociaux et médico-sociaux doit faire partie intégrante des travaux conduits dans le cadre de la réalisation des schémas et projets territoriaux.

Protéger les populations vulnérables

*EN RAISON DE LEUR ÂGE OU DE LEUR SITUATION,
CERTAINES PERSONNES DOIVENT FAIRE L'OBJET
D'UNE ATTENTION TOUTE PARTICULIÈRE*

Les très jeunes enfants et leurs mères

La mortalité périnatale et infantile a fortement chuté ces cinquante dernières années et l'accès aux soins s'est amélioré, mais une partie des handicaps est d'origine périnatale. Il existe de fait une fragilité structurelle autour de la naissance qui nécessite information, conseils et assistance. L'un des enjeux soulignés par l'Igas est de favoriser une organisation interne et partenariale permettant d'accueillir les populations les plus vulnérables et de leur accorder une attention particulière au sein des services de protection maternelle et infantile (PMI), tout en garantissant une mixité sociale. Un autre enjeu porte sur la façon dont les services de PMI peuvent contribuer à la politique périnatale et à une politique de l'enfance.

Les personnes âgées dépendantes

La prise en compte de la dépendance des personnes âgées, souvent engendrée par la maladie d'Alzheimer ou des maladies apparentées, est un des enjeux majeurs pour l'avenir. Au vu de la proportion importante de personnes âgées en Aquitaine, le dépistage, l'orientation et la prise en charge de la dépendance doivent être améliorés tant sur le plan qualitatif que sur celui de la proximité.

Le dépistage de la démence a besoin d'être renforcé notamment par le développement de l'information auprès des professionnels et des familles (information sur les premiers signes de la maladie, la maladie elle-même et la prise en charge). Cela doit permettre de dédramatiser la maladie afin de lever les réticences au dépistage.

Une meilleure orientation des personnes atteintes nécessite un renforcement du rôle et des moyens des centres mémoire et une bonne coordination entre les dispositifs existants, voire une intégration des Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (Maia) dans les comités locaux d'information et de coordination.

Il convient également d'évaluer les besoins en termes d'accueil spécifique pour des pathologies du type Alzheimer et d'adapter les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) à ces nouveaux besoins, notamment en développant l'accueil de jour.

En ce qui concerne les établissements, certains spécialistes préconisent, devant la très forte proportion de résidents atteints à des stades divers, d'adapter l'ensemble des capacités d'accueil en Ehpad à la prise en charge de la démence. Il peut être alors nécessaire de créer quelques unités plus légères pour les résidents non déments.

De même, les services d'aide à domicile comme les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) ont besoin de s'adapter à la prise en charge des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer. Des formations sont déjà engagées ; elles doivent être renforcées, être concrètes et directement utiles sur le terrain.

Des solutions de répit et de relais temporaires dans la prise en charge sont à développer pour les aidants naturels, ainsi que des dispositifs de soutien psychologique.

Les personnes handicapées

La mise en place d'accompagnements en milieu ordinaire répond à des attentes fortes des parents d'enfants handicapés pour que ces derniers puissent grandir dans leur environnement naturel. Cette attente concerne également les personnes devenues adultes souhaitant poursuivre leur vie à domicile. L'accompagnement en milieu ordinaire doit donc être renforcé tout en maintenant des places en établissements.

L'espérance de vie des personnes handicapées continue d'augmenter rapidement. Pourtant, le métier originel des établissements pour adultes handicapés, les moyens humains et matériels dont ils disposent ne sont en général pas conçus au départ pour l'accueil des personnes handica-

pées âgées. Le dispositif commence à s'adapter mais les solutions sont généralement en cours d'expérimentation.

L'offre en institution doit proposer des réponses adaptées à la diversité des situations et évolutives en fonction des besoins des personnes. Pour les adultes également, les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), les Ssiad et les services d'aide à domicile sont en développement, de même que les accueils de jour en établissement et les hébergements temporaires destinés à apporter aux aidants familiaux des temps de répit. Ce développement doit se poursuivre pour pouvoir faire face à l'importante demande d'accompagnements personnalisés.

Les personnes en situation de précarité

Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) des populations les plus démunies fait figure de programme spécifique pertinent à la fois du point de vue de ses objectifs et modalités d'intervention, de ses publics cibles et de ses champs d'intervention particuliers. Le PRAPS 2 qui a couvert la période 2005-2008 a permis de renforcer en Aquitaine l'approche territoriale et de définir des territoires prioritaires dans chacun des départements en fonction de spécificités locales. Il a permis le développement de modalités alternatives de financement, via la contractualisation pluriannuelle avec des opérateurs.

C'est également un programme clé dans la prise en compte de la souffrance psychosociale et des problématiques de santé mentale. Un des impacts importants de ce programme concerne le développement d'actions d'accompagnement des publics pour l'accès aux droits, l'accès aux soins et la prise en compte de la santé. Ce programme a eu un effet positif à la fois sur les publics et sur le milieu d'opérateurs mais rencontre des limites

Enjeux et perspectives...

notamment au niveau des financements. Ainsi, en Aquitaine, la logique dominante de reconduction annuelle des actions financées n'a pu être dépassée à cause de l'absence de relais financiers en dehors du cadre du PRAPS.

Cette incertitude sur le renouvellement des financements empêche les promoteurs d'avoir une vision à moyen terme de leur action, ce qui restreint considérablement les possibilités de développement ou de diversification. De plus, les procédures liées à l'appel à projet (qui concernent

l'ensemble des thématiques prioritaires du plan régional de santé (PRS)) n'apparaissent pas adaptées à toutes les actions ou structures car elles empêchent de construire des relations qualitatives avec les promoteurs. Une autre limite de ce programme concerne l'approche territoriale. Définie au sein de chaque département, elle est, de ce fait, peu homogène d'un département à l'autre et ne s'appuie pas toujours sur des territoires infradépartementaux. Cela limite le développement des articulations avec les politiques territoriales des conseils généraux et des collectivités locales.

Assurer à chacun une offre de qualité

AMÉLIORER L'EFFICIENCE DES ACTIONS ET DÉVELOPPER PARTENARIATS ET COORDINATION

Garantir l'accès à une prise en charge de proximité pour les personnes

La prise en charge des pathologies relève d'une médecine de proximité pour les soins de premiers recours incluant les spécialités de proximité telle que la pédiatrie, la gynécologie ou l'ophtalmologie. Une répartition adaptée de ce type d'offre sur le territoire est la garantie d'une meilleure efficacité.

En effet, cela contribuera à une prise en charge de l'ensemble de la population et permettra une diminution des inégalités sociales de santé. Toutefois, il est nécessaire que les personnes puissent accéder à ces soins en termes financiers.

La contrainte financière est également de plus en plus présente dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées, en établissement mais également à domicile. La région Aquitaine

est caractérisée par un revenu des personnes âgées inférieur à la moyenne française. Ainsi, l'amélioration des conditions d'accueil et la professionnalisation des intervenants ont entraîné une augmentation des coûts qui peut être difficilement supportée par les seuls usagers.

Par ailleurs, dans certains départements, le poids non négligeable des structures gérées par le secteur privé lucratif réduit la part des places financièrement accessibles au plus grand nombre. Il est donc nécessaire de veiller à la préservation d'une capacité suffisante de places d'Ehpad à tarif raisonnable, notamment grâce à l'habilitation à l'aide sociale.

Développer partenariats et coordination

Depuis de nombreuses années, le développement de la coordination apparaît comme essentiel à de nombreux acteurs du secteur sanitaire et social. De nombreuses actions ont été menées dans ce sens mais actuellement, il est toujours nécessaire de renforcer les partenariats dans de nombreux domaines. Cette coordination est particulièrement indispensable dans la mise en œuvre des projets personnalisés (projets de vie, d'accueil, de soins...) pour les personnes en situation de handicap et pour les personnes âgées car elle implique la mobilisation de différents intervenants.

Dans les établissements pour jeunes handicapés, outre les prises en charge concernant directement le handicap, les enfants et les adolescents peuvent bénéficier d'interventions de pédopsychiatrie, de mesures de protection de l'enfance, de scolarisation en milieu ordinaire... Pour les adultes vivant à domicile, l'accompagnement vers l'autonomie et la prise en charge des soins peut impliquer l'intervention d'un service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), d'un centre médicopsychologique, d'un service d'aide à domicile, voire d'autres prestations comme par exemple un accueil de jour ponctuel...

Pour les personnes âgées vivant à domicile, les intervenants peuvent également être multiples (aide à domicile, soins médicaux, soins infirmiers, accueil de jour en établissement...) et les sources de financement variées ce qui renforce les difficultés dans la mise en place des actions. De même, certaines circonstances mettent encore en évidence les manques dans la coordination. Il s'agit notamment des sorties d'hospitalisation qui restent des situations difficiles à gérer pour l'entourage et les professionnels.

Par ailleurs, dans la région, les contraintes géographiques renforcent la nécessité de mettre en place une organisation partenariale et partagée par tous. Ainsi, dans le dispositif de prise en charge des personnes âgées, la notion de proximité est présente depuis longtemps. Les établissements d'hébergement sont répartis sur les différents cantons. Les services à domicile se développent et le renforcement des services de soins infirmiers à domicile ne laisse que peu de « zones blanches ». Toutefois, la ruralité et l'éparpillement de la population sont importants. Ces contraintes, qui compliquent le travail des intervenants à domicile et renforcent l'isolement de nombreuses personnes âgées, peuvent être allégées par une meilleure coordination des acteurs et des institutions.

Renforcer la professionnalisation des intervenants

De nombreux métiers liés à la prise en charge des personnes âgées ou handicapées sont devenus indispensables sans toutefois bénéficier de conditions de travail attractives.

C'est le cas de tous les métiers d'aide à la personne. Fortement encouragés par les institutions, ils restent pourtant peu valorisants, peu rémunérés et porteurs de beaucoup de contraintes (déplacements, travail du dimanche...). L'accueil familial est également peu valorisé et les contraintes liées à une prise en charge 24 heures sur 24 sont difficiles à compenser. La qualité des accompagnements présuppose une formation adaptée et évoluant tout au long des carrières.

Par ailleurs, l'organisation interne des structures d'accueil, à travers notamment l'existence d'un encadrement professionnel ou encore de dispositifs de régulation, doit s'attacher à offrir un cadre d'exercice professionnel adapté.

Un autre enjeu pour les institutions médico-sociales se situe dans la capacité à attirer des professionnels pour assurer le développement programmé des nouveaux services comme pour permettre le remplacement des départs en retraite.

En effet, ces structures sont souvent en concurrence avec d'autres secteurs d'activité (sanitaire et libéral pour les professions médicales et paramédicales par exemple) où les conditions de travail et d'emploi diffèrent. En outre, leur implantation géographique comme les caractéristiques de leur public et des interventions doivent pouvoir apparaître attractives pour les professionnels.

Il est nécessaire de renforcer les actions visant à améliorer la reconnaissance des métiers du grand âge, de renforcer la professionnalisation et d'améliorer la qualité des services rendus.

De même, le renforcement de la formation doit permettre d'anticiper les cessations d'activité dans les établissements et les services.

Utiliser les nouvelles technologies au service de la santé

Un des moyens pour améliorer la prise en charge sur l'ensemble du territoire et réduire les inégalités d'accès aux soins est l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC) en santé à savoir la télésanté ou la télémédecine.

L'Aquitaine est une région déjà fortement mobilisée sur ces thématiques : échanges d'images entre services d'urgence, envoi de documents de l'hôpital vers les messageries sécurisées des médecins de ville, dossiers patients partagés pour favoriser la coordination des soins entre les divers acteurs de prise en charge d'un patient, Télésanté en prison en Dordogne...

De façon globale, au niveau régional, le groupement d'intérêt économique Télésanté Aquitaine (TSA), associant les établissements de santé, l'État et l'assurance maladie, propose un bouquet de services E-Santé et promeut le déploiement de nombreux usages de TIC sur le territoire aquitain.

Les enjeux, pour la région, portent sur la pérennisation et l'extension de ces projets au sein d'une maîtrise d'ouvrage régionale unique les pilotant.

Tout en répondant aux besoins régionaux de santé et en organisant le déploiement d'usages dans les territoires, les projets aquitains devront accompagner les déploiements des référentiels nationaux dont notamment ceux de l'Assistance et Services Informatique de Proximité (ASIP).

La tenue d'objectifs forts en termes de TIC en Santé participera ainsi activement à l'objectif d'amélioration de l'accès, de la qualité et de la sécurité des soins dans les différents territoires.

Préserver l'environnement

Le domaine santé – environnement connaît un développement important qui va nécessiter une amélioration constante des dispositifs d'observation, de nouvelles problématiques apparaissant au fur et à mesure de l'évolution des connaissances scientifiques (champs électromagnétiques, nanoparticules, air intérieur, effets des molécules...).

Peut-être plus encore que dans d'autres domaines, il sera nécessaire de travailler en partenariat étroit entre les différents acteurs tant les champs concernés sont vastes et les compétences requises multiples.

Le plan régional santé environnement contribue à cette connaissance mieux partagée.

Face à cette complexité, il est également nécessaire d'assurer une information de qualité aux populations.

Par ailleurs, si l'Aquitaine apparaît comme une région mieux protégée que d'autres, elle n'en présente pas moins certains problèmes qu'il convient de prendre en considération.

Région fortement agricole, l'Aquitaine devra surveiller les conséquences des usages de pesticides sur la santé des agriculteurs notamment.

Moins fragilisée que d'autres (Rhône-Alpes, PACA, Nord Pas de Calais) par l'histoire et le tissu industriel, la Région compte toutefois de nombreux sites industriels classés Seveso (81 en 2009) répartis principalement dans l'agglomération bordelaise et sur la zone du complexe industriel de Lacq. Le Bergeracois, l'Agenais et l'Estuaire de l'Adour sont également concernés.

BIBLIOGRAPHIE

- ARH Aquitaine, Agence régionale d'hospitalisation Aquitaine. *Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS 3) 2006 - 2011. Aquitaine*. Bordeaux, mars 2006, 266 p.
- Assemblée nationale, Sénat, OPEPS, Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, CNEH, Centre national de l'expertise hospitalière, MILON, A. *Rapport sur la prise en charge psychiatrique en France*. Paris, mars-avril 2009, 357 p.
- CETAF, Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé, CNAMTS, Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. *Géographie de la santé dans les Centres d'examens de santé (CES). Données régionalisées 2006-2007*. Saint-Etienne, avril 2009, 98 p.
- Conseil général de la Dordogne. *Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale de Dordogne. Personnes âgées 2009-2013*. Périgueux, novembre 2008, 137 p.
- Conseil général de la Dordogne. *Schéma enfance - famille de la Dordogne 2008 -2012*. Périgueux, juin 2005, 160 p.
- Conseil général de la Dordogne, Préfecture de la Dordogne. *Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale en faveur des personnes handicapées. 2006-2011*. Périgueux, 2006, 154 p.
- Conseil général de la Gironde, ORSA, Observatoire régional de la santé d'Aquitaine. *Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale 2009-2011 - Volet personnes âgées*. Bordeaux, 2009, 144 p.
- Conseil général de la Gironde. *Plan départemental d'action pour le logement des personnes défavorisées. 2008-2010*, Bordeaux, juin 2005, 102 p.
- Conseil général de la Gironde. *Schéma départemental conjoint de la prévention et de la protection de l'enfance, de la jeunesse et de la famille. 2007-2011*. Bordeaux, juin 2005, 97 p.
- Conseil général de la Gironde, ORSA, Observatoire régional de la santé d'Aquitaine. *Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale des personnes adultes handicapées. 2007-2011*. Bordeaux, mai 2007, 320 p.
- Conseil général des Landes. *Schéma départemental d'accueil des gens du voyage. Landes. 2003*. Mont-de-Marsan, 2003, p.
- Conseil général des Landes. *Schéma départemental pour l'accompagnement et la prise en charge des personnes handicapées et de leur famille. Landes. 2007-2011. Pour mieux vivre, ensemble, nos différences*. Mont-de-Marsan, 2006, 29 p.
- Conseil général des Landes. *Schéma départemental enfance. Landes. 2008-2012*. Mont-de-Marsan, juin 2005, p.
- Conseil général des Landes, COHEO, Tamalou-Consultants. *Schéma départemental d'analyse et de couverture des besoins de santé dans les Landes*. Mont-de-Marsan, juin 2005, 154 p.
- Conseil général du Lot-et-Garonne. *Schéma départemental en faveur des personnes âgées du Lot-et-Garonne 2006-2010*. Agen, 2006, 109 p.
- Conseil général du Lot-et-Garonne. *Schéma départemental en faveur des adultes handicapés du Lot-et-Garonne 2006-2010*. Agen, juin 2005, 117 p.
- Conseil général du Lot-et-Garonne. *Schéma départemental de l'enfance et de la famille 2008-2012*. Agen, 2008, 177 p.
- Conseil général des Pyrénées-Atlantiques. *Schéma départemental en faveur des personnes handicapées 2006-2010*. Pau, 2006, 134 p.
- Conseil général des Pyrénées-Atlantiques. *Schéma départemental en faveur des personnes âgées. Pyrénées-Atlantiques. 2006-2011*. Pau, 2006, 101 p.
- Conseil général des Pyrénées-Atlantiques, Préfecture des Pyrénées-Atlantiques. *Schéma départemental d'accueil et de l'habitat des gens du voyage. Pyrénées-Atlantiques. 2003*. Pau, 2003, 58 p.
- DDASS - Gironde, Direction départementale des affaires sanitaires et sociales de Gironde, CREAHI - Aquitaine, Centre régional d'Aquitaine d'études et d'actions sur les handicaps et les inadaptations. *Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale volet enfance et adolescence handicapées 2007-2011*. Bordeaux, avril 2008, 71 p.
- DDASS - Lot-et-Garonne, Direction départementale des affaires sanitaires et sociales du Lot-et-Garonne, CREAHI - Aquitaine, Centre régional d'Aquitaine d'études et d'actions sur les handicaps et les inadaptations, Inspection académique du Lot-et-Garonne. *Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale du Lot-et-Garonne. Volet enfance et adolescence handicapées 2009- 2013*. Agen, juillet 2009, 76 p.
- DRASS - Aquitaine, Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Aquitaine, ORSA, Observatoire régional de la santé d'Aquitaine. *Schéma régional médico-social d'addictologie. Région Aquitaine 2009-2014. Documents complémentaires. Tableau de bord sur la santé. Fiches alcool, tabac et autres drogues*. Dossiers de la DRASS Aquitaine, Bordeaux, novembre 2009, n° 59 bis, 100 p.
- DRASS - Aquitaine, Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Aquitaine. *Schéma régional médico-social d'addictologie. Région Aquitaine 2009-2014*. Dossiers de la DRASS Aquitaine, Bordeaux, novembre 2009, n° 59, 58 p.

DRASS - Aquitaine, Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Aquitaine. *Schéma régional d'éducation pour la santé (S.R.E.P.S.) 2003-2008*. Bordeaux, 2003, 48 p.

DRASS – Aquitaine, Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Aquitaine, CEAHI - Aquitaine, Centre régional d'Aquitaine d'études et d'actions sur les handicaps et les inadaptations. *Etude sur la prise en charge et le devenir des personnes sans domicile vieillissantes*. Dossiers de la DRASS Aquitaine, Bordeaux, mars 2010, n° 63, 180 p.

DRASS – Aquitaine, Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Aquitaine, CEAHI - Aquitaine, Centre régional d'Aquitaine d'études et d'actions sur les handicaps et les inadaptations. *Mise en perspective régionale des schémas départementaux en faveur des personnes handicapées, Aquitaine*. Dossiers de la DRASS Aquitaine, Bordeaux, novembre 2009, n° 60, 35 p.

DRASS - Aquitaine, Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Aquitaine, CEAHI - Aquitaine, Centre régional d'Aquitaine d'études et d'actions sur les handicaps et les inadaptations. *PRIAC 2009-2013 Aquitaine. Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicapés et de la perte d'autonomie*. Dossiers de la DRASS Aquitaine, Bordeaux, mai 2009, n° 57 et 57 bis, 126 p.

DRASS - Aquitaine, Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Aquitaine. *Plan régional de santé publique Aquitaine 2005-2008*. Dossiers de la DRASS Aquitaine, Bordeaux, août 2006, 48 p.

DRASS - Aquitaine, Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Aquitaine. *Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) pour l'Aquitaine 2005-2008. PRAPS II*. Bordeaux, décembre 2004, 106 p.

DRASS - Aquitaine, Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Aquitaine. *Plan régional santé environnement Aquitaine 2005-2008*. Bordeaux, 2005, 121 p.

DRASS - Aquitaine, Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Aquitaine. *Plan régional santé environnement Aquitaine 2005-2008. Rapport d'évaluation 2007*. Bordeaux, juillet 2008, 25 p.

DRASS - Aquitaine, Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Aquitaine, CEAHI - Aquitaine, Centre régional d'Aquitaine d'études et d'actions sur les handicaps et les inadaptations, Plate-forme d'observation sanitaire et sociale, MARABET, B., HIBON, L. *Les enfants, adolescents et adultes handicapés en Aquitaine. Population, accompagnements, allocations, professionnels*. Dossiers de la DRASS Aquitaine, Bordeaux, mars 2010, n° 62, 141 p.

DRASS - Aquitaine, Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Aquitaine, Plate-forme d'observation sanitaire et sociale d'Aquitaine, CEAHI – Aquitaine, Centre régional d'Aquitaine d'études et d'actions sur les handicaps et les inadaptations. *Les personnes handicapées accompagnées par une structure médico-sociale. Situation au 31 décembre 2006*. Info stat, Bordeaux, mars 2010, n° 100, 6 p.

DREA/Direction régionale de l'équipement Aquitaine. *Recueil statistique des transports en Aquitaine. Données 2006*. Bordeaux, mars 2008, 52 p.

DREAL - Aquitaine, Direction régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement. *Le logement en Aquitaine*. Bordeaux, 2009, n° 38, 12 p.

DREES, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, BOISGUERIN, B., PICHETTI, S. *Panorama de l'accès aux soins de ville des bénéficiaires de la CMU complémentaire en 2006*. Document de travail : série sources et méthodes, Paris, septembre 2008, n° 2, 37 p.

DREES, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. *L'état de santé de la population en France. Rapport 2009-2010*. Paris, juillet 2010, 309 p.

DREES, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. *L'état de santé de la population en France en 2008. Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique*. Paris, 2009, 272 p.

DREES, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. *Les cotisations des contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires santé en 2006*. Document de travail : série sources et méthodes, Paris, octobre 2008, n° 3, 44 p.

DREES, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. *La prise en charge des populations dites précaires dans les établissements de soins*. Document de travail : série études et recherches, Paris, novembre 2008, n° 81, 136 p.

DREES, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement, Ministère de la Santé et des Solidarités. *Répertoire des sources statistiques nationales. Dimensions régionales et infra régionales des domaines sanitaires et sociaux*. Paris, juin 2005, 243 p.

DRTEFP - Aquitaine, Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle de l'Aquitaine. *Diagnostic santé travail en Aquitaine dans le cadre du Plan Régional Santé Travail*. Bordeaux, septembre 2008, 135 p.

DRTEFP - Aquitaine, Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle de l'Aquitaine. *Plan régional santé au travail 2005-2009 : Les préventeurs d'Aquitaine coopèrent pour la santé au travail*. Bordeaux, octobre 2008, 115 p.

- FNORS, Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé. *La santé au travail dans les régions de France*. Paris, septembre 2008, 108 p.
- FNORS, Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé. *Santé et environnement dans les régions de France*. Paris, septembre 2008, 98 p.
- FNORS, Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé. *Les addictions dans les régions de France*. Paris, septembre 2007, 101 p.
- FNORS, Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé. *Les maladies cardio-vasculaires dans les régions de France. Travaux publiés en région*. Paris, janvier 2006, 180 p.
- FNORS, Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé, TRUGEON, A., FONTAINE, D., LEMERY, B. *Inégalités socio-sanitaires en France. De la région au canton*. Édition Masson, Issy-les-Moulineaux, 2006, 175 p.
- FNORS, Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé. *Indicateurs transversaux de santé publique dans les régions de France*. Paris, 2007, 89 p.
- HAS, Haute autorité de santé, InVS, Institut de veille sanitaire. *L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours*. Saint-Denis La Plaine, novembre 2009, 36 p.
- HCSP, Haut comité de la santé publique. *La santé en France 2002*. Janvier 2002, 411 p.
- IGAS, Inspection générale des affaires sociales, Conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux. *Évaluation du programme national nutrition santé PNNS 2006-2010*. Paris, avril 2010, 248 p.
- INPES, Institut national de la prévention et de l'éducation à la santé. *La dépression en France. Enquête Anadep 2005*. Saint-Denis, juin 2009, 200 p.
- INPES, Institut national de prévention et de l'éducation pour la santé. *Agences régionales de santé. Les inégalités sociales de santé*. Saint-Denis, 2008, 208 p.
- INPES, Institut national de prévention et de l'éducation pour la santé. *Agences régionales de santé. Les inégalités sociales de santé. Promotion, prévention et programmes de santé*. Saint-Denis, 2009, 192 p.
- INPES, Institut national de prévention et de l'éducation pour la santé. *Agences régionales de santé. Financer, professionnaliser et coordonner la prévention*. Saint-Denis, 2009, 160 p.
- INSEE, Institut national de la statistique et des études économiques, LEON, O., GODEFROY, P. *Projections régionales de population à l'horizon 2030. Fortes croissances au Sud et à l'Ouest*. INSEE première, Paris, décembre 2006, n° 1111, 4 p.
- INSEE, Institut national de la statistique et des études économiques, INSEE - Aquitaine, Institut national de la statistique et des études économiques d'Aquitaine, SOeS, Observatoire du littoral. *L'observatoire du littoral : démographie et économie du littoral*. Dossiers de l'observatoire du littoral (les), Paris, janvier 2009, n° 1, 20 p.
- INSEE - Aquitaine, Institut national de la statistique et des études économiques d'Aquitaine, DRASS - Aquitaine, Comité régional de l'ONDPS, Observatoire national de la démographie des professions de santé, BREUIL, D. *L'effet "migrations résidentielles" ne bouleverse pas la donne sociodémographique*. Quatre pages INSEE Aquitaine (le), Bordeaux, janvier 2010, n° 188, 4 p.
- INSEE - Aquitaine, Institut national de la statistique et des études économiques d'Aquitaine, PEDEZERT, G. *Moins de pauvreté dans les Landes*. Quatre pages INSEE Aquitaine (le), Bordeaux, septembre 2008, n° 179, 4 p.
- INSEE - Aquitaine, Institut national de la statistique et des études économiques d'Aquitaine, DUBAN, J-P. *Inégalité sociale des quartiers prioritaires*. Quatre pages INSEE Aquitaine (le), Bordeaux, août 2005, n° 145, 4 p.
- INSEE - Aquitaine, Institut national de la statistique et des études économiques d'Aquitaine, DALLA-LONGA, M. *Effets de la crise : le PIB aquitain progresse moins vite en 2008*. Aquitaine e-publications, Bordeaux, avril 2010, n° 7, 4 p.
- INSEE - Aquitaine, Institut national de la statistique et des études économiques d'Aquitaine, DRASS - Aquitaine, Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Aquitaine, Plate-forme d'observation sanitaire et sociale d'Aquitaine, DE LA ROCHERE, B., BREUIL, D., DE MALGLAIVE, B. *Éléments de démographie régionale*. Aquitaine e-dossiers, Bordeaux, mars 2010, n° 3, 20 p.
- L'Assurance maladie. *Recours aux soins médicaux : d'importantes différences selon les régions*. Point d'information, Paris, octobre 2009, 11 p.
- Ministère de la Santé et des Sports. *Livre des plans de santé publique : Prévention et sécurité sanitaire*. Paris, novembre 2009, 88 p.
- Ministère de la Santé et des Solidarités. *Deuxième Programme national nutrition santé (PNNS) 2006 - 2010. Actions et mesures*. Paris, septembre 2006, 51 p.
- Ministère de la Santé et des Sports, COUTY, E., CECCHI-TENERINI, R., BROUDIC, P., NOIRE, D. *Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie*. Paris, janvier 2009, 86 p.

Bibliographie

- Ministère de la Santé et des Sports, DGS, Direction générale de la santé. *Evaluation régionale des plans régionaux de santé publique. Quelques repères pour les acteurs*. Paris, avril 2008, 78 p.
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, DRASS Aquitaine, Direction régionale des affaires sanitaires et sociales Aquitaine. *Programme régional de santé (PRS) "Alcool" pour l'Aquitaine 2001 – 2006*. Bordeaux, février 2001, 84 p.
- Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, DRASS - Aquitaine, Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Aquitaine, Préfecture de la région Aquitaine. *Plan régional de santé publique (PRSP) Aquitaine 2005-2008*. Dossiers de la DRASS Aquitaine, Bordeaux, août 2006, n° 47, 48 p.
- Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, DRASS - Aquitaine, Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Aquitaine, Préfecture de la région Aquitaine. *Plan régional de santé publique (PRSP). L'Aquitaine contre le cancer*. Dossiers de la DRASS Aquitaine, Bordeaux, février 2005, n° 34, 206 p.
- Ministère du Logement et de la Ville, DAMON, J. *Les politiques de prise en charge des sans-abri dans l'Union européenne*. Paris, avril 2009, 66 p.
- NIEWIADOMSKI, C., AIACH, P. *Lutter contre les inégalités sociales de santé. Politiques publiques et pratiques professionnelles*. Presses de l'EHRSP, Rennes, 2008, 282 p.
- OFDT, Observatoire français des drogues et des toxicomanies. *Répertoire des sources statistiques*. Paris, juin 2008, 279 p.
- ORS - Poitou-Charentes, Observatoire régional de la santé de Poitou-Charentes. *10 ans d'études de santé publique en Poitou-Charentes*. Poitiers, août 2009, 62 p.
- ORSA, Observatoire régional de la santé d'Aquitaine. *La santé observée. La toxicomanie en Aquitaine*. Tableau de bord régional sur la santé en Aquitaine. Bordeaux, 2008, fiche 8-3, 4 p.
- ORSA, Observatoire régional de la santé d'Aquitaine. *Le suicide en Aquitaine*. Le point sur..., Bordeaux, février 2009, 4 p.
- ORSA, Observatoire régional de la santé d'Aquitaine. *La contamination par le virus du sida en Aquitaine*. Le point sur..., Bordeaux, décembre 2009, 8 p.
- ORSA, Observatoire régional de la santé d'Aquitaine. *Les personnes âgées en Aquitaine*. Le point sur..., Bordeaux, mars 2010, 28 p.
- ORSIF, Observatoire régional de la santé d'Ile-de-France, Préfecture de la région Ile-de-France, Conseil régional d'Ile-de-France. *La santé des Franciliens. Panorama de la santé en Ile-de-France*. Paris, octobre 2003, 205 p.
- ORSRUN, Observatoire régional de la santé de La Réunion. *Etat de santé de la population à la Réunion*. Saint-Denis, 2008, 157 p.



Document publié par
la Plateforme d'observation sanitaire et sociale d'Aquitaine

Directeur de la publication :

Jacques **CARTIAUX**

Directeur de la Direction régionale
de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale

Comité de rédaction :

Bertrand ABIVEN	DRJSCS Aquitaine
Vincent BERNARD	INSEE Aquitaine
Marie-Rose DUJOLS	Protection Judiciaire de la Jeunesse
Christian EGEA	ARS Aquitaine
Philippe ELLIAS	FNARS Aquitaine
Laura FERNANDEZ	ARS Aquitaine
Céline GARNIER	ORS Aquitaine
Isabelle JAMET	ARS Aquitaine
Colette LAUGIER	CRAES-CRIPS Aquitaine
Bénédicte MARABET	CREAHI Aquitaine
Alain MOREAU	SGAR Aquitaine
André OCHOA	ORS Aquitaine
Fabienne RABAU	ARS Aquitaine
Bernadette de la ROCHÈRE	INSEE Aquitaine
Odile de RODAT	ORS Aquitaine
Anne-Marie ROIG	Conseil Général de la Gironde
Benoit VINKEL	CAF de la Gironde

Le Comité de rédaction remercie l'ensemble des personnes et institutions qui ont participé à ce document par la fourniture de données, de contributions ou la relecture.

Avec le soutien financier :

du Groupement régional de santé publique d'Aquitaine
de la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Aquitaine
et du Conseil régional d'Aquitaine