

# Diagnostic santé-social du Pays Marennes Oléron

● DIAGNOSTIC

● PAYS MARENNES OLERON

VUE D'ENSEMBLE

Avec le financement de :



Avec la collaboration de :



## SOMMAIRE

### Présentation de la démarche et des objectifs

**D**ans le contexte de la territorialisation des politiques de santé, les acteurs des pays et agglomérations commencent à mener des actions en faveur de la santé entendue au sens large, en incluant la prévention au-delà du curatif et en croisant les enjeux de santé avec ceux du développement local.

Le « Panorama de la santé en Poitou-Charentes » réalisé dans le cadre des travaux du plan régional de santé publique (PRSP), ainsi que l'«Atlas social en Poitou-Charentes », sont des supports de ces diagnostics santé-social à l'échelle des pays.

L'objectif de ces diagnostics est, d'une part, de permettre aux acteurs locaux de mieux appréhender les problèmes de santé constatés sur leur territoire, de se les approprier afin de mettre en place des actions concrètes, et d'autre part de mettre à disposition des territoires une méthodologie rigoureuse, validée par les différents partenaires (agence régionale de santé, conseil régional, pays), et harmonisée de façon à permettre une lecture régionale à partir de données déjà disponibles.

### Les limites d'interprétation

**L**es données présentées dans les diagnostics santé-social sont issues de sources statistiques existantes et n'ont pas fait l'objet d'enquêtes spécifiques. Par ailleurs, les fiches de ces panoramas locaux sont indépendantes les unes des autres et les données qui les composent ne peuvent en aucun cas être rapprochées les unes des autres pour établir des relations de cause à effet entre tel déterminant et tel problème de santé.

Il s'agit de données statistiques agrégées (dernière année disponible au moment de la rédaction) dont la qualité est variable selon les sources et les effectifs considérés.

# DIAGNOSTIC SANTE-SOCIAL DU PAYS MARENNES OLERON

## Thème 1 : Données générales

- ➔ Fiche 1.1 : Présentation du Pays
- ➔ Fiche 1.2 : Revenus, emploi et données sociales
- ➔ Fiche 1.3 : Minima sociaux et bas revenus
- ➔ Fiche 1.4 : Accès aux soins et au logement

## Thème 2 : Mortalité, morbidité et facteurs de risque

- ➔ Fiche 2.1 : La mortalité
- ➔ Fiche 2.2 : La morbidité
- ➔ Fiche 2.3 : Alcool, tabac et autres addictions

## Thème 3 : Environnement et santé

- ➔ Fiche 3.1 : Eau et santé
- ➔ Fiche 3.2 : Air et santé

## Thème 4 : Offre de soins et services

- ➔ Fiche 4.1 : Les médecins libéraux
- ➔ Fiche 4.2 : Les professionnels de santé libéraux (hors médecins)
- ➔ Fiche 4.3 : L'offre hospitalière
- ➔ Fiche 4.4 : La prise en charge des personnes âgées à domicile
- ➔ Fiche 4.5 : La prise en charge des personnes âgées en établissement
- ➔ Fiche 4.6 : La prise en charge du handicap
- ➔ Fiche 4.7 : La prise en charge des enfants de moins de 6 ans
- ➔ Fiche 4.8 : La santé mentale

## Thème 5 : Typologies

- ➔ Fiche 5.1 : Typologie des cantons du territoire

## GLOSSAIRE

## Données générales

### Saint-Pierre d'Oléron et Marennes : les deux pôles principaux du territoire

Ces deux communes sont les plus importantes en nombre d'habitants et d'emplois. En 2007, Saint-Pierre-d'Oléron compte 6 204 habitants (soit 18 % de la population du pays), Marennes 5 315 habitants (soit 15 %). Elles concentrent à elles-deux 40 % de l'emploi du territoire, générant une attractivité importante sur les communes environnantes. Marennes se distingue toutefois par une augmentation de population et de résidences principales beaucoup plus forte que Saint-Pierre d'Oléron entre 1999 et 2007.

Entre ces deux pôles et également inscrits dans une dynamique démographique positive importante, Dolus-d'Oléron, Le Château-d'Oléron et Bourcefranc-le-Chapus se définissent comme **pôles intermédiaires**.

L'ensemble de ces pôles, situés dans la zone la plus dense du territoire, est très attractif, en témoigne leur solde migratoire (entre + 400 et + 885). Ils disposent d'un niveau d'équipement élevé en services de base.

### Des liens importants entre les pôles du territoire

Une attractivité extérieure existe, principalement exercée par Rochefort et Royan, et dans une moindre mesure par La Rochelle et La Tremblade. **Mais ce sont les déplacements domicile-travail au sein du territoire qui sont les plus importants et relient les pôles entre eux.**

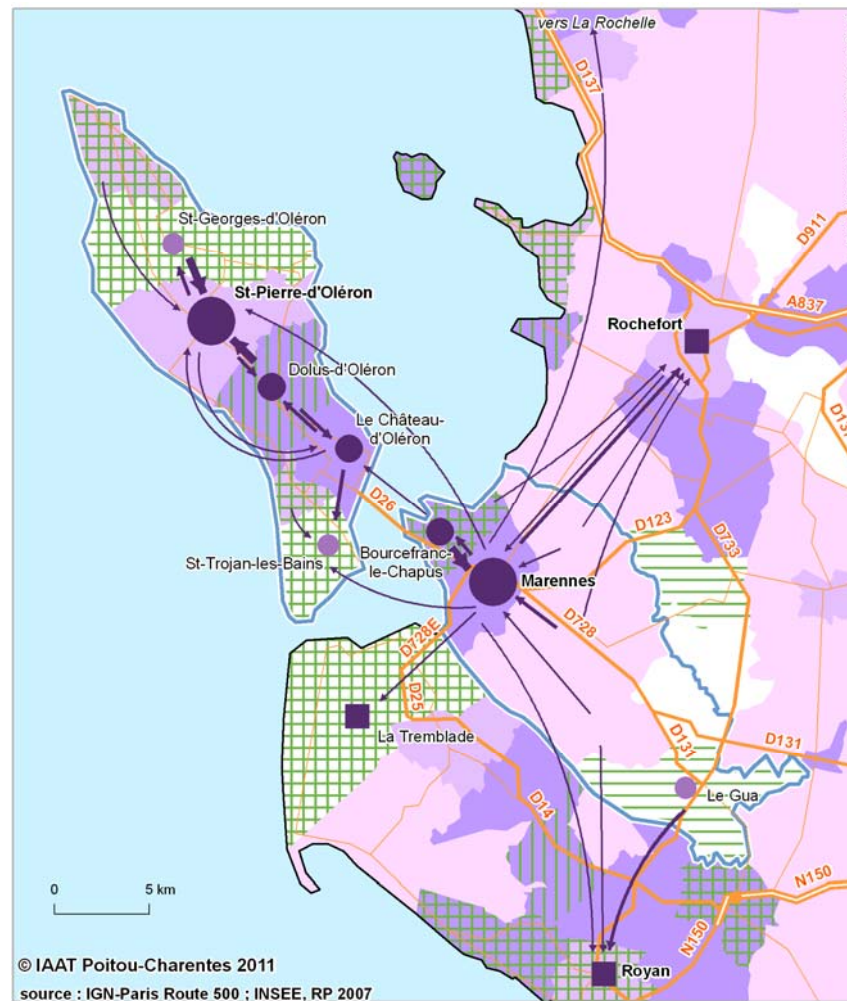
Le territoire est lui-même peu attractif vis à vis de pôles extérieurs : seule Marennes exerce une attractivité significative sur les actifs résidents à Rochefort.

Saint-Trojan-les-Bains, Saint-Georges-d'Oléron et Le Gua jouent le rôle de pôles secondaires. Moins denses et moins dynamiques démographiquement, leur nombre d'emplois est nettement moins important mais reste conséquent. Ils accueillent de grands établissements, notamment dans le domaine de l'hébergement médicalisé. Le Gua se distingue par son lien affirmé avec un pôle extérieur, Royan.

Si la majeure partie du territoire s'inscrit dans une dynamique positive importante, caractéristique des zones littorales, une zone centrale se détache, de Marennes à Saint-Pierre où ces dynamiques sont renforcées.

## St Pierre d'Oléron et Marennes, les deux pôles principaux du territoire

# Fiche 1.1 : Présentation du Pays



### pôle ...

- principal ↑ concentration de population et d'emploi  
implantation de grands établissements
- intermédiaire ↕ bon à très bon équipement  
en services de base
- secondaire ↓ un nombre d'emplois moins important  
(voire moins de population)  
mais de grands établissements et une  
certaine attractivité par l'emploi

### des pôles qui génèrent une attractivité :

(sur la base de l'analyse des déplacements domicile-travail)

- très importante, entre les pôles du territoire
  - importante
  - plus faible
- entre pôles du territoire  
et pôles extérieurs

- pôle extérieur exerçant une attractivité  
par l'emploi sur les actifs résidents sur le pays

### des zones où :

- la densité de population est très forte (sup. à 99,4 hab./km<sup>2</sup>)
- forte augmentation :
  - de population (sup. à 1,1% par an)
  - des résidences principales (sup. à 1,7% par an) entre 1999 et 2007

### zones caractérisées par l'importance

- des plus de 60 ans (part supérieure à celle du territoire soit 33,5 %)
- des plus de 75 ans (part supérieure à celle du territoire soit 13,4 %)

- type autoroutier (et échangeur)
- liaison principale
- axe secondaire

- limite du Pays Marennes-Oléron

### Pour en savoir plus :

- 1- Site Internet de l'Institut atlantique d'aménagement du territoire (IAAT) : <http://www.iaat.org>
- 2- Site Internet du Pays Marennes Oléron : <http://www.marennes-oleron.com>

## Données générales

### Dynamiques démographiques

Le Pays Marennnes-Oléron compte 35 412 habitants en 2007 (36 032 en 2008). Il connaît une forte progression démographique depuis au moins 20 ans. Entre 1999 et 2007, la population a augmenté de près de 3 000 habitants, principalement en raison du solde migratoire.

La part de résidences secondaires (56,7 % du parc de logement) et leur augmentation (5,7 % par an entre 1999 et 2007) indiquent par ailleurs l'importance des variations saisonnières de populations.

Les populations âgées sont caractéristiques du territoire : les 60-74 ans représentent 20 % de la population (contre 16,7 % sur le département) ; les 75 ans et plus 13,4 % (soit 2 points de plus que sur le département). Parmi ces populations, les femmes sont les plus présentes.

Le revenu net annuel moyen des habitants du Pays est relativement proche de celui de la région mais la part des foyers fiscaux imposables (47,9 %) lui est inférieure de 2 points.

### Un taux d'emploi peu élevé

Le taux d'emploi des 15-64 ans est de 59,4 % sur le pays soit 2 points de moins qu'en Charente-Maritime. Le taux d'emploi des femmes est lui-même peu élevé (54,9 %). L'indicateur de chômage est élevé (12,4 %). Un cinquième des demandeurs d'emploi de catégorie A ont plus de 50 ans ; 53 % sont des femmes. Si l'emploi dans les services représente la majorité des emplois (50,1 %), les emplois dans l'agriculture (15,2 %) et dans le commerce (17 %) sont particulièrement importants, comparé à la situation régionale et départementale.

### Le tissu économique

Près de 95 % des établissements implantés sur le Pays ont moins de 10 salariés. Mais de grands établissements sont présents : à St-Pierre-d'Oléron, Le Gua et St-Trojan-les-Bains sont implantés 5 établissements de 100 à 199 salariés ; et sur la vingtaine d'établissements de 50 à 99 salariés recensés, la plupart relève du secteur santé-action-sociale-administration publique-éducation.

## Un territoire âgé et attractif

# Fiche 1.2 : Revenus, emploi et données sociales

	Pays Marennnes-Oléron	Charente-Maritime	Poitou-Charentes	unités
<b>Population en 2007</b>				
Population	35 412	605 410	1 739 780	habitants
Densité de population	99,4	88,2	67,4	hab. km <sup>2</sup>
Evolution de population entre 1999 et 2007	1,1	1,0	0,7	en % / an
<b>Nombre de ménages</b>				
	14 164	271 460	771 744	ménages
<b>Part dans la population totale</b>				
des moins de 20 ans	19,9	21,9	22,6	%
des plus de 60 ans	33,5	28,1	26,1	%
dont :				
des 60-74 ans	20,0	16,7	15,3	%
des 75 ans et plus	13,4	11,4	10,8	%
<b>Part des femmes dans la population totale</b>				
	52,5	51,8	51,5	%
<b>Part des femmes de 60 ans et plus dans la population des 60 ans et plus</b>				
	55,7	56,4	56,2	%
<b>Part des femmes de 75 ans et plus dans la population des 75 ans et plus</b>				
	60,8	61,4	61,3	%
<b>Part des 15 ans et plus sans diplôme</b>				
	21,0	18,9	19,1	%
<b>Part des femmes de 15 ans et plus sans diplôme</b>				
	21,4	19,7	19,9	%

source : INSEE, RP 2007

	Pays Marennnes-Oléron	Charente-Maritime	Poitou-Charentes	nb
<b>Logement en 2007</b>				
logement total	40 267	390 112	966 703	nb
résidences principales	40,1	69,6	79,8	%
résidences secondaires ou occasionnelles	56,7	24,6	13,3	%
logements vacants	3,2	5,8	6,9	%
<b>évolution entre 1999 et 2007</b>				
du total des logements	3,6	2,1	1,6	%/an
résidences principales	1,7	1,7	1,5	%/an
résidences secondaires ou occasionnelles	5,7	3,4	2,6	%/an
logements vacants	-2,9	1,7	1,1	%/an
<b>nombre de résidences secondaires pour 100 résidences principales</b>				
	141	35	17	%

source : INSEE, RP 2007

### Pour en savoir plus :

1- Site Internet de l'Institut atlantique d'aménagement du territoire (IAAT) : <http://www.iaat.org>

	Pays Marennnes-Oléron	Charente-Maritime	Poitou-Charentes	unités
<b>Emploi en 2007</b>				
Nombre total d'emplois	11 757	225 278	694 064	nb
Taux d'emploi de 15-64 ans	59,4	61,5	63,7	%
Taux d'emploi des femmes de 15-64 ans	54,9	57,3	59,4	%
<b>par secteur d'activité</b>				
Agriculture, sylviculture et pêche	15,2	6,6	6,0	%
Industrie	8,0	11,3	15,6	%
Construction	9,7	8,8	7,7	%
Commerce	17,0	14,7	13,2	%
Services	50,1	58,6	57,4	%

source : INSEE, RP 2007

### Demandeurs d'emploi (DEFM) sur le Pays Marennnes-Oléron au 31 décembre 2010

DEFM tenus de faire des actes positifs de recherche d'emploi, sans emploi (Catégorie A)		DEFM tenus de faire des actes positifs de recherche d'emploi (Catégorie ABC)	
nombre total	1 766	nombre total	2 680
dont :		dont :	
defm de 15-24 ans	17,3 %	defm de 15-24 ans	17,5 %
defm de 50 ans ou plus	20,4 %	defm de 50 ans ou plus	19,5 %
<b>Indicateur de chômage</b> 12,4 %			
nombre de femmes	936	nombre de femmes	1 521
dont :		dont :	
femmes de 15-24 ans	17,7 %	femmes de 15-24 ans	17,7 %
femmes de 50 ans ou plus	20,8 %	femmes de 50 ans ou plus	20,7 %

source : INSEE, Chiffres-clés : Pôle emploi, Dares, statistique du marché du travail

	Pays Marennnes-Oléron	Charente-Maritime	Poitou-Charentes	unités
<b>Revenus en 2008</b>				
Revenu net annuel moyen par foyer fiscal	20 141	21 274	20 900	euros
Part des foyers fiscaux imposables	47,9	49,6	49,7	%

Source : DGI, Ircm 2010

### Nombre d'établissements par tranche d'effectif salarié selon le secteur d'activité sur le Pays Marennnes-Oléron (hors agriculture)

- 1er janvier 2009

	0 salarié	1 à 9 salariés	10 à 19 salariés	20 à 49 salariés	50 à 99 salariés	100 à 199 salariés	Total
Industrie	109	86	8	7	1	0	211
Construction	247	167	12	2	0	0	428
Commerce	462	256	20	5	4	1	748
Services marchands	930	392	20	13	2	0	1 357
Adm. Publique, éducation, santé et action sociale	31	131	24	22	13	4	225
<b>Total</b>	<b>1 779</b>	<b>1 032</b>	<b>84</b>	<b>49</b>	<b>20</b>	<b>5</b>	<b>2 969</b>

source : INSEE - Sirene, dénombrement des établissements au 1er janv. 2009

## Données régionales

### Plus de 150 000 personnes couvertes par les minima sociaux<sup>1</sup>

En Poitou-Charentes en 2009, 8,8 % de la population est couverte par au moins un minima social, soit 154 320 personnes. La Charente est le département le plus concerné (10,2 % de la population, soit 35 710 personnes) suivie de la Charente-Maritime (9,1 % soit 55 504 personnes).

Source : tableau de bord social INSEE (RP 2008, CPAM, MSA, RSI 2009)

### Des revenus globalement plus faibles dans la région que sur l'ensemble de la France métropolitaine

Dans la région, 50,1 % des ménages fiscaux ne sont pas imposables en 2008. Ce chiffre est plus important dans les Deux-Sèvres (52,0 %) puis en Charente (50,7 %). La Charente-Maritime est le département qui compte la part la moins importante de foyers fiscaux non imposables en 2008 (49,2 %). Toutefois, cela reste plus important qu'en France métropolitaine où 44,2 % des foyers fiscaux ne sont pas imposables. De même, le revenu médian<sup>2</sup> est plus faible dans la région que sur l'ensemble de la France métropolitaine : 17 152 € contre 18 129 €.

Source : INSEE (RP 2008, DGI, dispositif Revenus fiscaux localisés des ménages 2008)

#### <sup>1</sup>Minima social

RSA, AAH, ASS, Minimum Vieillesse (voir glossaire)  
Le RSA remplace le RMI à partir du 1<sup>er</sup> juin 2009. Il est versé à des personnes qui travaillent déjà et dont les revenus sont limités ou à des personnes sans activité, notamment les anciens bénéficiaires du RMI ou de l'API.

<sup>2</sup> Le revenu fiscal correspond à la somme des ressources déclarées par les contribuables sur la déclaration des revenus, avant tout abattement. Il ne correspond pas au revenu disponible.

- Revenu médian : 50 % de la population vivent avec au maximum le montant indiqué ;

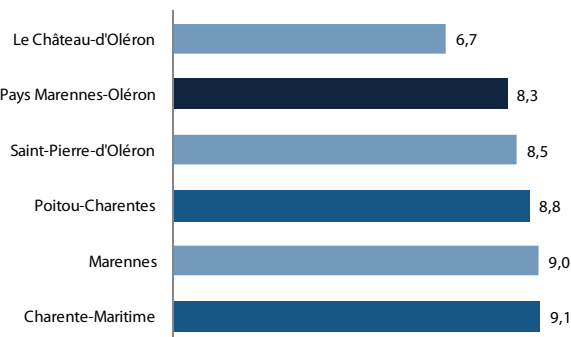
- 1er quartile : 25 % de la population déclarent au maximum le montant indiqué.

- 1er décile : 10 % de la population déclarent au maximum le montant indiqué

## Plus de bénéficiaires de minima sociaux et des revenus fiscaux moindres sur Marennes

# Fiche 1.3 : Minima sociaux et bas revenus

### Part de la population couverte par au moins un minima social<sup>1</sup> en 2009 (en %)



Sources : Tableau de bord social INSEE (CAF, CRAM, MSA, RSI)

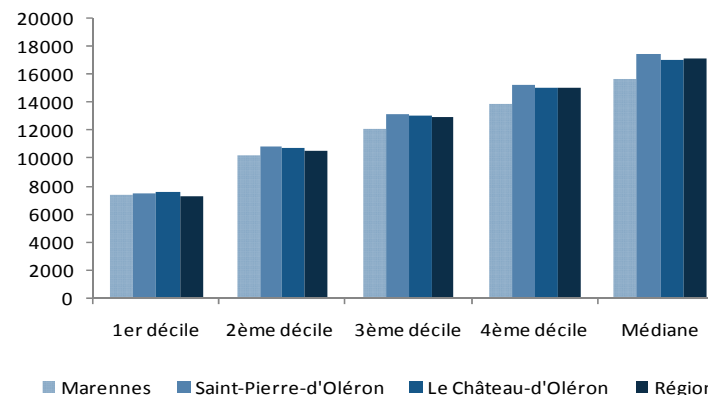
Exploitation : ORS Poitou-Charentes

En 2009, 2 973 personnes (8,3 %) sont couvertes par au moins un minima social sur le territoire du Pays Marennes Oléron. Le canton de Château d'Oléron est dans une situation favorable comparée à Saint-Pierre d'Oléron et *a fortiori* Marennes où 9 % des habitants sont bénéficiaires d'au moins un minima social. En tenant compte uniquement des bénéficiaires du RSA socle (dont les critères d'attribution correspondent à peu près aux critères d'attribution des anciens Revenu minimum d'insertion (RMI) et Allocation parents isolés (API)), on constate sur le Pays une évolution de 17 % de la part de la population couverte par au moins un minima social entre 2008 et 2009, ce qui est plus important que sur le département et la région où cette évolution est de 13 %. Toutefois, la situation reste sensiblement plus favorable que sur l'ensemble du département.

L'ensemble du pays compte en 2009, 966 personnes allocataires du RSA dont plus du tiers (342) sont allocataires du RSA activités. Au total, 1 887 personnes sont couvertes par le RSA. Marennes-Oléron fait partie des Pays comptant un nombre important d'allocataires du RSA activités parmi les allocataires du RSA : 35 % contre 29 % dans l'ensemble du département et 27 % dans la région.

L'analyse des revenus fiscaux par unité de consommation montre que les revenus des ménages les plus modestes sont plus élevés qu'en région, ce qui peut expliquer les faibles taux de bénéficiaires de minima sociaux.

### Revenus fiscaux<sup>2</sup> par unité de consommation en 2008



Sources : INSEE DGFip, Revenus fiscaux localisés des ménages  
Exploitation : ORS Poitou-Charentes

### L'analyse des besoins sociaux du bassin de Marennes

L'analyse des besoins sociaux (ABS) est une obligation légale des CCAS. Elle permet une mobilisation partenariale pour un partage d'informations et de connaissances. Son objectif est de rechercher auprès des populations les besoins afin de construire une image prospective de territoire. Portée par le centre intercommunal d'action sociale du Bassin de Marennes et réalisée en 2011 par le bureau d'étude COMPAS-TIS, l'ABS permet de tirer des enseignements issus d'observations quantitatives et qualitatives quant à la démographie du territoire, ses caractéristiques relatives à la composition des ménages, les catégories socioprofessionnelles et les revenus, le logement, la pauvreté-la précarité, l'enfance-la jeunesse et enfin les seniors et de faire des projections de développements de services.

#### Pour en savoir plus :

1- COMPAS-TIS. L'analyse des besoins sociaux sur la Communauté de communes du Bassin de Marennes. A paraître

2- ORS Poitou-Charentes. **Précarité** in *Le Panorama de la santé Poitou-Charentes 2010*. Mars 2010. 2 p.

3- INSEE Poitou-Charentes. **Bilan économique et social 2008 : Chômage**. Cahier de Décimal n° 52. Juin 2009. p.80-84.

4- INSEE Poitou-Charentes. Tableau de bord social. Site internet <http://www.insee.fr/fr/regions/poitou-charentes/default.asp?page=themes/dossiers/tbbs/tbsocial.htm>, visité le 20 janvier 2011

## Données régionales

### Plus de 5 % de la population bénéficiant de la CMUc dans la région

En 2010, 5,6 % de la population régionale étaient couvertes par la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc). Dans la région, seule la Charente dépasse les 6 % (6,6 %). La Charente-Maritime et la Vienne comptent respectivement 5,5 % et 5,6 % de bénéficiaires de la CMUc, tandis que dans les Deux-Sèvres, 4,8 % de la population est concernée.

Source : Tableau de bord social INSEE (CPAM, MSA, RSI 2010 ; RP 2008)

### Près d'une personne sur dix est allocataire d'une aide au logement dans la région

En 2009, 9,9 % des habitants de la région Poitou-Charentes sont allocataires d'une aide au logement. Ce taux est plus élevé dans la Vienne (11,8 %), du fait notamment de la présence d'étudiants. La Charente-Maritime compte 9,8 % d'allocataires d'une aide au logement.

Source : Tableau de bord social INSEE (RP 2008, CAF et MSA 2009)

### Un taux de logement social public particulièrement faible en Charente-Maritime

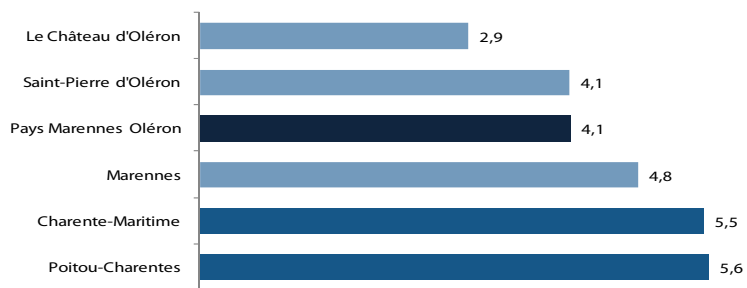
En 2010, la Charente-Maritime compte 38,8 logements sociaux pour 1 000 habitants, contre une moyenne régionale de 44,0 %, ce qui en fait le département le moins bien équipé en logement social de la région.

Source : Tableau de bord social INSEE (RP 2008, DRE 2010)

## Plus de 4 % de la population bénéficiant de la CMUc

# Fiche 1.4 : Accès aux soins et au logement

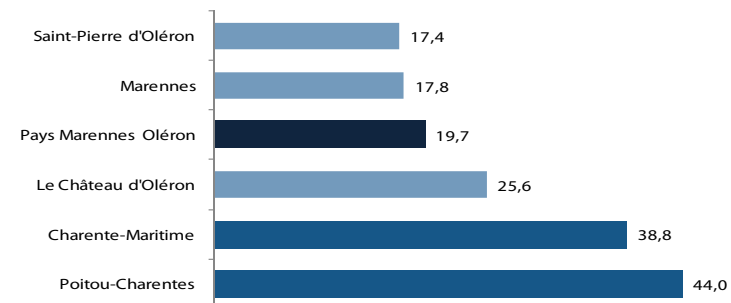
Part de la population couverte par la CMU complémentaire (assurés et ayants-droit) en 2010 (en %)



Source : Tableau de bord social INSEE (CPAM, MSA, RSI)

Exploitation : ORS Poitou-Charentes

Taux de logements sociaux publics (pour 1 000 hab.) en 2010



Source : Tableau de bord social INSEE (DRE)

Exploitation : ORS Poitou-Charentes

En 2010, 1 463 personnes bénéficient de la couverture maladie complémentaire (CMUc) dans le Pays, soit 4,1 % de la population, ce qui reste inférieur à l'ensemble du département où 5,5 % de la population ont un niveau de ressources leur permettant de bénéficier de la CMUc. Les cantons comptant le plus de bénéficiaires de la CMUc sont Marennes (4,8 %) et dans une moindre mesure Saint-Pierre d'Oléron (4,1 %). Entre 2009 et 2010, le taux de bénéficiaires de la CMUc a baissé dans les cantons de l'île d'Oléron et s'est maintenu sur le canton de Marennes.

Concernant les logements sociaux, le Pays compte 19,7 logements sociaux pour 1 000 habitants, ce qui est très inférieur aux taux départemental (38,8 pour 1 000) et régional (44,0 pour 1 000). Les logements sociaux sont plus représentés sur le canton du Château d'Oléron. Le Schéma de cohérence territoriale (SCoT) du Pays Marennes Oléron adopté en décembre 2005 pointe en 2002 le faible taux de logements locatifs conventionnés parmi les résidences principales (4 %) et fixe à l'horizon 2020 un objectif de 8 %, au sein desquels 6 % devront être des logements locatifs sociaux. Sur l'ensemble du territoire, la production prévisionnelle de logements à l'horizon 2020 est donc fixée à 1 101 logements locatifs conventionnés (c'est-à-dire ouvrant droit à une aide au logement) dont 692 logements sociaux. En 2009, les allocataires de l'aide au logement représentent 8,5 % des personnes habitant sur le territoire du Pays. Les cantons de Saint-Pierre d'Oléron et de Château d'Oléron comptent respectivement 7,8 et 7,9 % d'allocataires ; le canton de Marennes en compte 9,6 %. Ceci reste inférieur aux taux départemental (9,8 %) et régional (9,9 %).

Pour en savoir plus :

1- URHAJ Poitou-Charentes. Diagnostic de territoire et proposition d'actions pour un projet Habitat Jeunes sur le territoire de la communauté de communes de l'île d'Oléron. Juin 2011. 56 p.

2- ORS Poitou-Charentes. *Précarité in Panorama de la santé Poitou-Charentes 2010*. Mars 2010. 2 p.

3- **Tableau de bord social Poitou-Charentes** : <http://www.insee.fr/fr/regions/poitou-charentes/default.asp?page=themes/dossiers/tdbs/tbsocial>, visité le 28 janvier 2011

4 - SCoT du Pays Marennes Oléron. Document d'orientations générales. Décembre 2005. 57 p.

### Projet Habitat Jeunes sur l'île d'Oléron

Porté par la communauté de communes de l'île d'Oléron, un travail de diagnostic et proposition d'actions a été réalisé par l'Union régionale pour l'habitat des jeunes Poitou-Charentes entre mai 2010 et juin 2011. Les objectifs étaient de mesurer les besoins en matière d'habitat des jeunes, de contribuer à l'émergence d'un groupe d'acteurs porteur d'un projet « habitat jeunes » et de proposer des solutions permettant de répondre à la diversité des difficultés rencontrées par les jeunes en matière de logement. Le diagnostic s'appuie sur un travail documentaire, des analyses statistiques et des entretiens avec des acteurs locaux. Face aux besoins repérés (emplois faiblement qualifiés, saisonnalité très marquée du bassin d'emploi, parc de logements déséquilibré par les résidences secondaires, demande de logements liée au principe de la décohabitation familiale, difficultés de recrutement sur certains postes qualifiés et/ou sur des contrats d'apprentissage...), le rapport préconise la mise en place d'une offre diversifiée de logements et de services pour les jeunes portée par un opérateur local. Cet acteur Habitat jeunes, qui reste encore à créer, sera notamment chargé de faciliter l'accueil des jeunes sur le territoire, de gérer des dispositifs à destination des jeunes en mobilité professionnelle et de développer le projet Habitat Jeunes (en partenariat avec les structures existantes traitants de la question des jeunes).

## Mortalité, morbidité et facteurs de risque

En 1990, l'espérance de vie des picto-charentaises était de 81,8 ans, les plaçant au 1<sup>er</sup> rang des régions françaises. Avec 74,2 années, les picto-charentais occupaient le 2<sup>ème</sup> rang. En 2007, cette longévité atteint 84,8 ans pour les femmes (3<sup>ème</sup> rang). L'espérance de vie des hommes passe, quant à elle, à 77,8 années (9<sup>ème</sup> rang).

### 484 décès annuels dans le Pays Marennes Oléron dont 16 % avant 65 ans

Sur la période 2000-2008, 4 353 décès sont observés (2 252 chez les hommes et 2 101 chez les femmes), dont 681 prématurés<sup>b</sup> (avant 65 ans). Les maladies de l'appareil circulatoire sont à l'origine de près du tiers des décès (29 %), comme les tumeurs. Les accidents et autres morts violentes représentent 7 % des décès et les maladies de l'appareil respiratoire 6 %.

### Chez les hommes, un décès sur cinq a lieu avant 65 ans

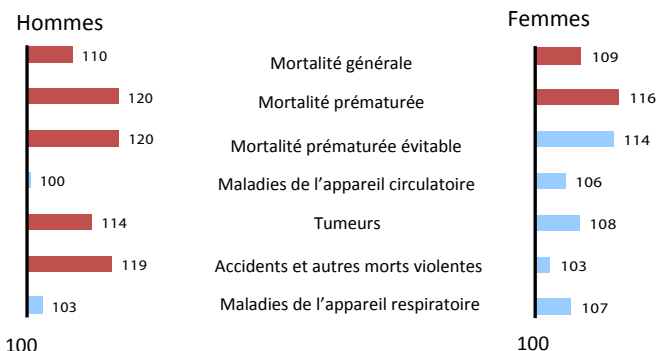
Les décès prématurés<sup>b</sup> sont plus fréquents chez les hommes que chez les femmes. Le Pays confirme cette règle avec 52 décès masculins annuels moyens sur la période d'étude, soit 21 % des décès, contre 23 dans la population féminine, soit 10 %. Les parts des décès prématurés pour les deux sexes, et prématurés évitables<sup>c</sup> pour les hommes sont particulièrement importantes dans le Pays.

Entre 2000 et 2008, le taux de mortalité infantile<sup>d</sup> du territoire est de 4,3 décès pour 1 000 naissances vivantes (3,6 ‰ en Poitou-Charentes), soit 1,3 décès en moyenne par an.

## Une mortalité générale et prématurée supérieures à celles de la région Poitou-Charentes

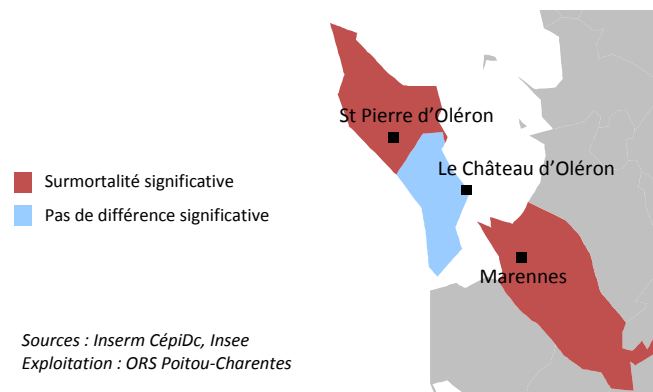
### Fiche 2.1 : La mortalité

Indices comparatifs de mortalité<sup>a</sup> (ICM) du Pays Marennes Oléron pour la mortalité générale, prématurée<sup>b</sup>, prématurée évitable<sup>c</sup> et pour les principales causes de décès selon le sexe entre 2000 et 2008 (ICM Poitou-Charentes = 100)



**Attention :** les ICM ne peuvent pas être comparés les uns aux autres, tant au niveau des causes de décès que des cantons ou du sexe. La seule base de comparaison pour chaque sexe (et/ou territoire) est la mortalité observée en Poitou-Charentes pour la même cause de décès (population de référence = 100).

Indices comparatifs de mortalité<sup>a</sup> (ICM) toutes causes confondues pour les hommes et les femmes dans les cantons du Pays Marennes Oléron entre 2000 et 2008 (ICM Poitou-Charentes = 100)



Sur la période 2000-2008, la mortalité générale du Pays Marennes Oléron est, à structure d'âge égale, significativement supérieure à celle du Poitou-Charentes, de 9 % chez les femmes et de 10 % chez les hommes, tout comme la mortalité dite « prématurée »<sup>b</sup> (avant 65 ans) qui est supérieure de 20 % pour les hommes et 16 % pour les femmes. Chez les hommes, les décès «prématurés évitables»<sup>c</sup> sont également plus nombreux chez les hommes du Pays que chez ceux de la région (+ 20 %), or les décès évitables se définissent comme ceux pouvant être théoriquement évités par un changement de comportement individuel ou une prise en charge précoce par le système de soins. Concernant les causes de décès, le territoire montre une surmortalité masculine pour les tumeurs (14 %), et pour les accidents et autres morts violentes (19 %). Pour les maladies de l'appareil circulatoire et respiratoire, les différences observées n'apparaissent pas significatives. Chez les femmes, bien que la mortalité générale et prématurée soient supérieures dans le Pays, aucune des causes de décès étudiée n'est statistiquement supérieure à la mortalité régionale.

Toutes causes de décès confondues, à structure d'âge égale, les cantons de Marennes et de Saint-Pierre d'Oléron révèlent une surmortalité significative par rapport à la région (respectivement 12 % et 10 %) sur la période 2000-2008.

Les décès « prématurés »<sup>b</sup> et « prématurés évitables »<sup>c</sup> sont plus fréquents dans le canton de Saint-Pierre d'Oléron qu'au niveau régional, de respectivement 34 % et 25 %. Une surmortalité significative pour les tumeurs et les accidents et autres morts violentes sont également observés.

Pour les maladies respiratoires et circulatoires, la mortalité ne montre pas de différence avec la région.

#### Pour en savoir plus :

- 1- ORS Poitou-Charentes. **Panorama de la santé Poitou-Charentes 2010**. Mars 2010. 152 p.
- 2- ORS Poitou-Charentes. **Atlas de la mortalité en Poitou-Charentes**. Mars 2009. 52 p.
- 3- Debarre J., Giraud J. **Typologie des cantons du Poitou-Charentes**. ORS Poitou-Charentes. Décembre 2007. 4 p.
- 4- Fnors. **Inégalités socio-sanitaires en France - De la région au canton**. 2010. 280 p.

<sup>a</sup>ICM (indice comparatif de mortalité), <sup>b</sup>mortalité prématurée, <sup>c</sup>mortalité prématurée évitable, <sup>d</sup>mortalité infantile : Voir glossaire

## Mortalité, morbidité et facteurs de risque

La morbidité se définit comme le nombre de personnes souffrant d'une maladie donnée pendant un temps donné, en général une année, dans une population. Elle peut s'exprimer par l'incidence (nouveaux cas) ou la prévalence (la somme de tous les cas). L'étude de la morbidité peut notamment être approchée au travers des deux sources suivantes :

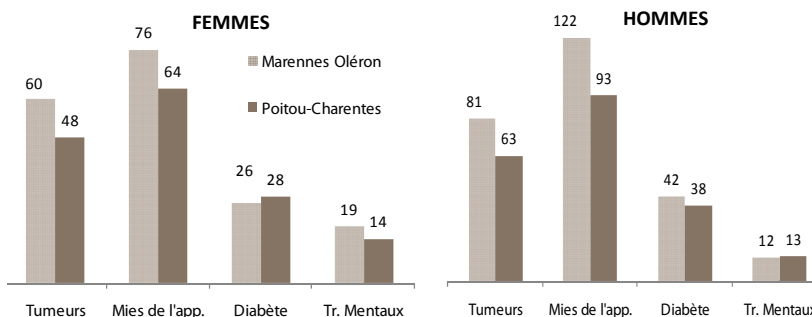
- **Les admissions en affection de longue durée (ALD) :** en cas d'affections nécessitant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le code de la sécurité sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré. La liste de ces affections dites de longue durée comporte trente affections ou groupes d'affections. Le dénombrement des nouvelles admissions en ALD pour une maladie fournit une évaluation de son incidence. Mais cette dernière, aussi qualifiée « d'incidence médico-sociale », comporte des biais conduisant le plus souvent à une sous-estimation de la morbidité réelle.

- **Le recours à l'hospitalisation :** les données de l'activité médicale recueillies dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) permettent d'analyser les maladies motivant les recours hospitaliers par l'exploitation du diagnostic principal défini, à la fin du séjour du patient, comme étant celui qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant. Les séjours considérés sont affectés au lieu de résidence du patient et concernent les unités de soins de courte durée MCO<sup>3</sup> des établissements de santé publics et privés. A noter que du fait du caractère médico-économique de ces données, leur principale limite est de ne repérer que la morbidité traitée par le système de soins.

## Une morbidité globalement plus fréquente qu'au niveau régional

### Fiche 2.2 : La morbidité

Taux bruts<sup>b</sup> annuel moyen d'admission en affection de longue durée (ALD) selon le sexe entre 2007 et 2009 (pour 10 000 habitants)



Source : ALD inter-régimes, INSEE (RP 2007)

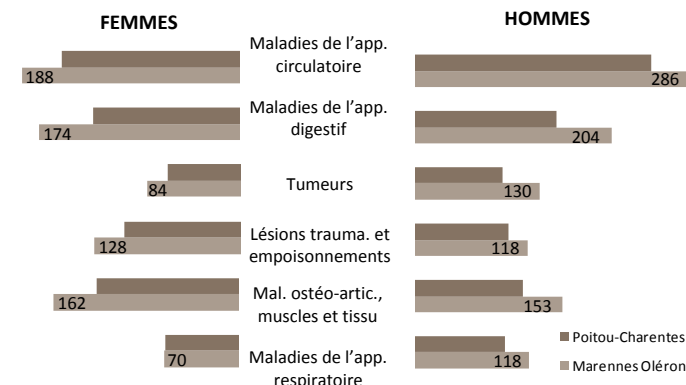
Exploitation : ORS Poitou-Charentes

Entre 2007 et 2009, 920 nouvelles admissions en affection de longue durée (ALD) sont enregistrées en moyenne par an dans le Pays Marennes Oléron, dont 54 % concernent des hommes. Les quatre principaux motifs d'admission en ALD sont, chez les hommes comme chez les femmes : les maladies de l'appareil circulatoire (41 % des nouvelles admissions chez les hommes et 34 % chez les femmes), les tumeurs (27 % pour les deux sexes), le diabète (14 % et 12 %) et les troubles mentaux (4 % et 8 %). La part des admissions pour diabète chez les femmes du Pays est significativement inférieure à celle de la région, tout comme les admissions pour troubles mentaux chez les hommes. Pour les hommes comme pour les femmes, les taux bruts d'incidence toutes causes d'admissions confondues sont supérieurs dans le Pays à ce qui est observé pour la région : 298 contre 240 pour 10 000 chez les hommes et 225 contre 192 chez les femmes. Chez les hommes, les taux bruts d'incidence du Pays se montrent les plus élevés par rapport au niveau régional pour les maladies de l'appareil circulatoire (122 contre 93) et les tumeurs (81 contre 63). Chez les femmes, il s'agit également des maladies de l'appareil circulatoire (76 contre 64) et des tumeurs (60 contre 48). Le canton de Saint-Pierre d'Oléron présente les taux les plus élevés chez les hommes comme chez les femmes, sauf pour le diabète pour lequel le canton de Marennes présente les taux les plus importants.

Pour en savoir plus :

1- ORS Poitou-Charentes. **Panorama de la santé Poitou-Charentes 2010**. Mars 2010. 152 p.

Taux bruts<sup>b</sup> d'hospitalisation pour les principaux séjours<sup>c</sup> en soins de courte durée en 2009 (pour 10 000 habitants)



Source : PMSI MCO, INSEE (RP 2007)

Exploitation : ORS Poitou-Charentes

Selon les données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), les habitants du Pays Marennes Oléron ont effectué 5 246 séjours en soins de courte durée en 2009. Rapporté à la population, le taux brut d'hospitalisation est de 1 606 séjours chez les hommes et de 1 369 chez les femmes pour 10 000 habitants du même sexe, ce qui est supérieur au niveau régional avec 1 249 hospitalisations pour 10 000 hommes et 1 106 hospitalisations pour 10 000 femmes. Le canton de Saint-Pierre d'Oléron présente les taux d'hospitalisation les plus importants avec 1 754 hospitalisations pour 10 000 hommes et 1 490 hospitalisations pour 10 000 femmes. Chez les hommes, les taux bruts d'incidence du Pays se montrent les plus élevés par rapport au niveau régional pour les maladies de l'appareil digestif (204 contre 147), de l'appareil circulatoire (286 contre 246), les maladies ostéo-articulaires (153 contre 112) et les tumeurs (130 contre 91). Chez les femmes, il s'agit des maladies de l'appareil digestif (174 contre 129), de l'appareil circulatoire (188 contre 155) et ostéo-articulaires (162 contre 126).

<sup>3</sup>MCO : champ de Médecine, Chirurgie et Obstétrique ; <sup>b</sup>Taux brut : voir glossaire ;

<sup>c</sup>Exclusion des séjours pour grossesse et accouchement, séjours des nouveau-nés, séances et séjours de moins de deux jours, séances et traitements itératifs

## Mortalité, morbidité et facteurs de risque

Entre 2000 et 2008, 16 décès annuels moyens liés à la consommation d'alcool

Dans le Pays Marennes Oléron, 144 décès seraient attribuables à la consommation d'alcool, soit 16 décès en moyenne par an (dont 68 % sont masculins). Quarante-vingt dix pour cent de ces décès ont pour cause un cancer des voies aérodigestives supérieures (VADS<sup>b</sup>) ou une cirrhose du foie.

Entre 2000 et 2008, 68 décès annuels moyens liés à la consommation de tabac

Sur cette période, 615 décès en lien possible avec le tabagisme sont constatés, soit 68 décès par an (dont 67 % sont masculins). 85 % de ces décès ont pour causes une cardiopathie ischémique ou un cancer de la trachée, des bronches et du poumon.

### Les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)

Les CSAPA ont une mission d'accueil, de prise en charge et de soins des personnes en situation de dépendance (alcool, tabac, substances illicites, médicaments détournés de leur usage, addictions sans substances) et de leur entourage. Ils peuvent également participer à des interventions de prévention collectives. Deux CSAPA couvrent le territoire de Marennes Oléron. Synergie 17, basée à Saintes, qui dispose d'une permanence à Royan ouverte 35 heures par semaine. Cette permanence dispose d'une antenne à Saujon et sur l'île d'Oléron (un mercredi sur deux au centre médico-social de Saint-Pierre d'Oléron). En 2009, 337 personnes ont consulté à Royan (y compris les antennes Saujon et Ile d'Oléron). Le second CSAPA dépend du centre hospitalier de Rochefort et ne dispose pas de permanence délocalisée. En 2009, 382 personnes y ont été vues au moins une fois, dont 60 % venaient pour la première fois.

## Une surmortalité féminine importante liée à la consommation d'alcool

### Fiche 2.3 : Alcool, tabac et autres addictions

Part des décès liés à la consommation d'alcool et de tabac dans la mortalité générale entre 2000 et 2008 (%)

Part des décès (%)	HOMMES		FEMMES	
	Marennes Oléron	Poitou-Charentes	Marennes Oléron	Poitou-Charentes
<b>ALCOOL</b>	4,6	5,5	2,3*	1,5
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool	0,4	0,8	0,2**	0,2
Cancers des VADS <sup>b</sup>	2,2	2,6	0,7	0,5
Maladies alcooliques du foie et cirrhoses	1,9	2,0	1,3*	0,8
<b>TABAC</b>	18,2	17,5	9,8	10,2
Bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives	2,5	2,3	1,7	1,4
Cancers de la trachée, des bronches et du poumon	9,1*	7,3	2,3	1,9
Cardiopathies ischémiques	6,7*	7,9	5,8*	6,9

\* différence significative avec la région au risque 5 %

\*\* La significativité ne peut être testée en raison de la faiblesse des effectifs

Sources : Inserm CépiDc, Insee

Exploitation : ORS Poitou-Charentes

**Attention :** les ICM ne peuvent pas être comparés les uns aux autres par sexe et cause de décès. Pour chaque cause de décès, la seule base de comparaison par sexe est la mortalité observée en Poitou-Charentes (population de référence = 100).

Dans le Pays Marennes Oléron, 4,6 % des décès masculins sont liés à la consommation d'alcool, ce qui est comparable à l'ensemble de la région, contrairement à la part des décès féminins qui est plus importante que sur la région : 2,3 % contre 1,5 % dans la région. Chez les femmes, la mortalité par maladies alcooliques du foie et cirrhoses semble jouer un rôle dans la surmortalité observée dans le Pays. Les décès liés au tabac chez les hommes représentent plus de 18 % des décès toutes causes confondues. Parmi les causes de décès en lien possible avec le tabagisme, la part de la mortalité par cancers de la trachée, des bronches et du poumon est plus élevée dans le Pays que dans la région chez les hommes. Au contraire, la mortalité par cardiopathies ischémiques se révèle statistiquement inférieure pour les hommes comme pour les femmes.

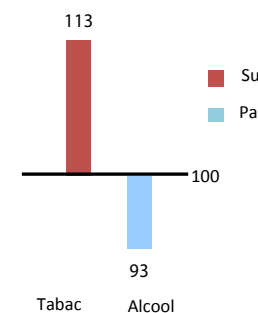
A l'échelle du Pays et comparativement à la région, sur la période 2000-2008, les indices comparatifs de mortalité<sup>a</sup> (ICM) montrent une surmortalité chez les hommes pour les décès liés au tabac (13 %) ainsi qu'une surmortalité importante chez les femmes pour les décès liés à l'alcool (85 %).

A l'échelle des cantons, les ICM calculés pour les deux sexes confondus, montrent une différence significative par rapport à la mortalité régionale concernant la mortalité liée à la consommation de tabac, qui est plus élevée de 19 % dans le canton de Marennes.

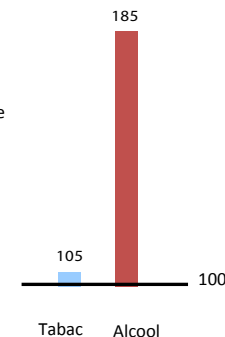
Sur les autres cantons, la mortalité est comparable au niveau régional en ce qui concerne les décès liés au tabac et à l'alcool.

Indices comparatifs de mortalité<sup>a</sup> (ICM) pour les décès liés à la consommation de tabac et d'alcool dans le Pays Marennes Oléron entre 2000 et 2008

Pour les hommes (ICM Hommes région = 100)



Pour les femmes (ICM Femmes région = 100)



■ Surmortalité significative  
■ Pas de différence significative

#### Pour en savoir plus :

- 1- ORS Poitou-Charentes. **Comportements et santé in Panorama de la santé Poitou-Charentes 2010. Alcool, Tabac, Drogues illicites.** Mars 2010. 6 p.
- 2- Le Minor L. **Tableau de bord des usages de produits psychoactifs en Poitou-Charentes.** Cirdd Poitou-Charentes. 2009. 96 p.
- 3- Fnors. **Les addictions dans les régions de France.** Les études du réseau des ORS. Paris. Septembre 2007. 101 p.

<sup>a</sup>ICM (indice comparatif de mortalité) : voir glossaire ; <sup>b</sup>VADS : voies aérodigestives supérieures (lèvres, bouche, pharynx, larynx, œsophage). L'alcool et le tabac sont les principaux facteurs de risque des cancers des VADS.

Les indicateurs de décès du Pays sont calculés sur l'ensemble de la population des cantons qui composent le Pays.

### Groupe de travail sur les conduites à risque des adolescents

Depuis 2006, des professionnels de santé de l'île d'Oléron ont constitué un groupe de travail pour élaborer des projets qui tentent d'apporter des solutions aux conduites à risques des adolescents. Dans ce cadre une enquête réalisée en mai 2010 a permis notamment de constater un nombre relativement important de patients substitués comparativement à l'ensemble de la région.

## Environnement et santé

### Le Plan national santé environnement 2 (PNSE2) 2009-2013

Le PNSE2, adopté en juin 2009, est décliné en 58 mesures organisées en 16 fiches thématiques dont il ressort 12 mesures phares.

Parmi celles-ci, celles abordant le thème de l'eau sont :

- Réduire les substances toxiques dans l'air et dans l'eau.
- Protéger la population des contaminations environnementales liées à l'eau.

### Le Plan Régional Santé Environnement 2 (PRSE2) 2011-2014

En décembre 2010, le PRSE2 est adopté. Il se compose de 5 thèmes :

- Air extérieur et vivre dehors
- Espaces intérieurs et lieux de vie
- Eau, source de vie
- Vivre mieux : maîtriser des nuisances et pollutions
- Information et formation : faire vivre le PRSE2

### Conséquences de la qualité de l'eau de distribution sur la santé

L'ingestion d'eau contaminée par une bactérie constitue un risque de troubles sanitaires à court terme (désordres intestinaux, vomissements, fièvre...). Ce risque dépend de l'état de santé général du consommateur, de sa sensibilité, de la nature et de la concentration des germes pathogènes présents dans l'eau et de la quantité d'eau ingérée.

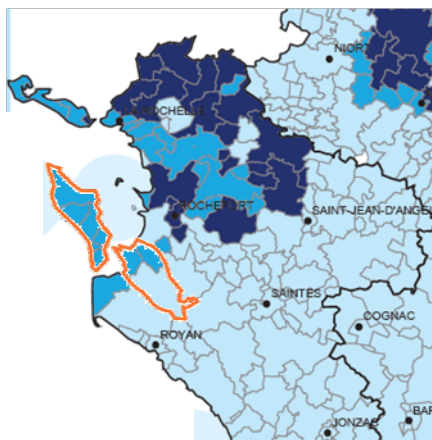
Les nitrates peuvent se transformer en nitrites qui réduisent les capacités d'oxygénation des tissus. Les troubles provoqués sont plus ou moins graves. Les nourrissons et les femmes enceintes sont les sujets les plus sensibles.

Les risques sanitaires liés à une exposition aux pesticides (désherbants, fongicides, insecticides) peuvent être dus à des intoxications aiguës des utilisateurs (absorption, contact cutané ou inhalation lors de la manipulation...). Les pesticides sont suspectés de présenter un risque à long terme par intoxication progressive (cancers, effets neurologiques, troubles de la reproduction).

## Une eau de distribution et une eau de baignade de bonne qualité

## Fiche 3.1 : Eau et santé

### Origine de l'eau distribuée sur le territoire du Pays Marennes Oléron en 2009



#### Origine des eaux distribuées

- eau mixte
- eau souterraine
- eau superficielle

Sources : ARS Poitou-Charentes

Réalisation : ORS Poitou-Charentes

La majorité de la population du Pays Marennes-Oléron est desservie par de l'eau mixte, c'est à dire un mélange d'eau superficielle et souterraine. En Charente-Maritime, les eaux mixtes desservent 31 % de la population, alors qu'elles desservent seulement 20 % de la population régionale. En 2009, les analyses bactériologiques effectuées sur le territoire du Pays Marennes Oléron ne présentent aucun dépassement. Il en est de même concernant les nitrates et les pesticides.

Pour la période 2008-2009, l'incidence de la légionellose est de 1,5 pour 100 000 habitants pour la Charente-Maritime, 1,6 pour la région Poitou-Charentes et 1,9 pour la France métropolitaine. La légionellose est une infection pulmonaire causée par une bactérie « Legionella ». La contamination se fait par voie respiratoire, par inhalation d'eau contaminée diffusée en aérosol.

#### Pour en savoir plus :

- 1- ARS Poitou-Charentes. 2<sup>ème</sup> Plan régional santé environnement Poitou-Charentes. Décembre 2010. 118 p.
- 2- Conseil de développement Pays Marennes Oléron. 50 actions pour l'eau à l'usage des acteurs du Pays Marennes Oléron. Janvier 2007. 13 p.
- 3- Site Internet de l'ARS Poitou-Charentes : <http://www.ars.poitou-charentes.sante.fr> - visité le 09/02/2011
- 4- Site Eaux de baignade : <http://baignades.sante.gouv.fr/baignades> - visité le 09/02/2011
- 5- Site internet du Pays Marennes Oléron : <http://www.marennes-oleron.com> - visité le 09/02/2011

En 2010, 154 prélèvements ont été réalisés par la délégation territoriale de la Charente Maritime, sur les eaux de baignade en eau de mer sur le territoire du Pays Marennes Oléron. Ces prélèvements sont effectués pendant la période allant du 15 juin au 15 septembre. Plus de 63,6 % des prélèvements présentent des eaux de baignade de bonne qualité, 28,6 % de qualité moyenne et près de 7,8 % des eaux sont momentanément polluées par des bactéries sur le territoire de Marennes Oléron. Les points de baignade momentanément pollués peuvent être fermés temporairement.

### 50 actions pour l'eau

Le conseil de développement du Pays Marennes Oléron a établi en janvier 2007, un document s'intitulant « 50 actions pour l'eau à l'usage des acteurs du Pays Marennes Oléron ».

Les habitants du territoire manifestaient des questionnements et des inquiétudes sur les déficits en précipitations et les perspectives climatiques incertaines. Le groupe « Aménagement du territoire » a mis en place des soirées citoyennes, au cours desquelles chacun pouvait s'exprimer. A l'issue de celles-ci, il a été décidé d'éditer un document qui présente un certain nombre de propositions d'actions concrètes et des extraits d'interventions, dans le but que ces propositions soient étudiées et mise en place par les différents échelons décisionnels concernés. Exemple de propositions : récupérer l'eau de pluie, limiter les pesticides, construire des bassins de décantation d'eaux pluviales avec une plantation de roseaux, privilégier des cultures adaptées au territoire, etc.

## Environnement et santé

### Air extérieur

Les activités humaines, notamment les installations de chauffage et les transports routiers, génèrent des particules de taille et de composition diverses à effets pathogènes (problèmes cardiovasculaires, respiratoires, etc.). Les particules fines (2,5 micromètres au plus) représentent l'un des principaux facteurs de risque liés à la pollution de l'air en milieu urbain. Au niveau national, 27 % des émissions de particules fines sont dues à la combustion du bois, du charbon, du fioul... Les transports représentent quant à eux 11 % de cette production de particules fines. La France compte 3,5 millions de personnes souffrant d'asthme, les particules fines seraient à l'origine d'allergies auprès de 30 % de la population et de 42 000 morts chaque année, soit 5 % des décès. Le Plan régional santé environnement 2 (PRSE2) 2011-2014 propose 3 actions sur ce thème, il s'agit de baisser les émissions de particules en améliorant la connaissance à ce sujet, de promouvoir les modes de déplacements alternatifs et mieux réguler la mobilité et de perfectionner l'information sur la prévention de l'asthme et des allergies.

### Air intérieur

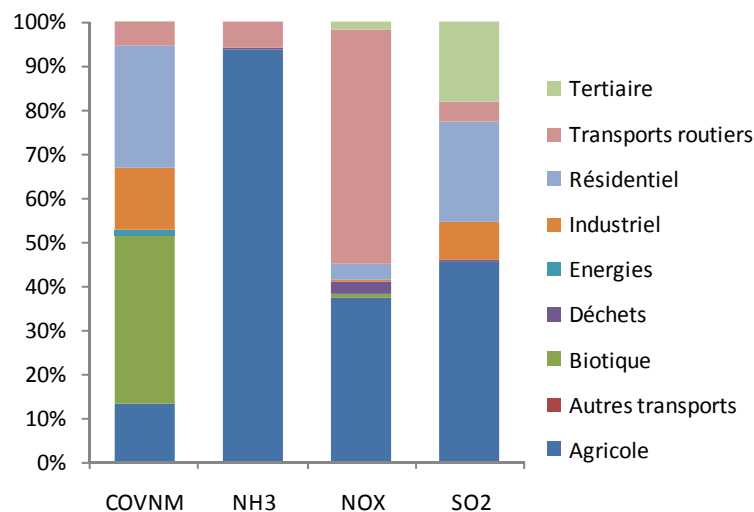
L'air intérieur peut être 5 à 10 fois plus pollué que l'air extérieur. Certains de ces composés volatils peuvent être toxiques, mutagènes ou cancérigènes.

Les actions citées dans le PRSE2 sont de renseigner sur la qualité de l'air intérieur, de protéger la santé des populations vivant en habitat insalubre, de diminuer l'incidence de la légionellose, de réduire l'exposition au radon, de prévenir de l'intoxication au plomb par une étude sur l'influence de la sensibilisation des professionnels de santé au dépistage, de réduire les intoxications au monoxyde de carbone, de collecter auprès des maîtres d'ouvrage les résultats des diagnostics techniques amiante sur les établissements recevant du public.

## Des sources d'émission variables selon les polluants

### Fiche 3.2 : Air et santé

Estimation des émissions\* de certains polluants pour les principaux secteurs d'activité dans le Pays Marennes Oléron en 2007 (en %)



Source : ATMO et AREC Poitou-Charentes, cadastre des émissions Réalisation : ORS Poitou-Charentes

#### Polluants :

NH3 : ammoniac

COVNM : composés organiques volatils non méthaniques

NOx : oxydes d'azote

SO2 : dioxyde de soufre

\* Les émissions sont estimées, à l'échelle des communes, à l'aide de facteurs d'émissions pour chacune des sources émettrices (agriculture, transport routier,...). Ces facteurs sont des valeurs qui permettent d'estimer les émissions en fonction d'une quantité d'activité et sont souvent présentés sous forme d'équations qui tiennent compte de plusieurs paramètres (température ou ensoleillement par exemple dans le cas d'émissions naturelles). Ces estimations sont naturellement liées à des incertitudes variables d'un polluant et d'un secteur d'activité à l'autre.

#### Pour en savoir plus :

- 1- ARS Poitou-Charentes. 2<sup>ème</sup> Plan régional santé environnement Poitou-Charentes. Décembre 2010. 118 p.
- 2- Site du cadastre des émissions: [www.emissions-poitou-charentes.org](http://www.emissions-poitou-charentes.org) - visité le 26/08/2011
- 3- Site de l'observatoire régional de l'environnement : [www.observatoire-environnement.org](http://www.observatoire-environnement.org) (tout savoir sur l'air : les enjeux)
- 4- Site Atmo Poitou-Charentes : [www.atmo-poitou-charentes.org](http://www.atmo-poitou-charentes.org) - visité le 26/08/2011

Les oxydes d'azote (NO<sub>x</sub>) regroupent le monoxyde d'azote (NO) et le dioxyde d'azote (NO<sub>2</sub>). Le NO<sub>2</sub> est un gaz irritant qui pénètre dans les plus fines ramifications des voies respiratoires. Il participe aux réactions atmosphériques qui produisent l'ozone troposphérique. Le NO est un gaz irritant pour les bronches, il réduit le pouvoir oxygénateur du sang. Sur le Pays Marennes Oléron, les transports routiers (53 %) et l'agriculture (37 %) représentent les principales émissions de NO<sub>x</sub>.

Les composés organiques volatils non méthaniques (COVNM) proviennent notamment des transports (pots d'échappement, évaporation de réservoirs) ainsi que de l'activité industrielle (l'activité minière et pétrolière, l'industrie chimique, l'application de peintures et vernis et l'imprimerie). Les COVNM interviennent dans le processus de fabrication de l'ozone dans la basse atmosphère. Sur le Pays, les facteurs biotiques représentent 38 % des émissions de COVNM, le secteur résidentiel est responsable de 28 % des émissions, tandis que 13 % sont d'origine agricole.

Les émissions de dioxyde de soufre (SO<sub>2</sub>) sont directement liées aux teneurs en soufre des combustibles. Le dioxyde de soufre est un marqueur traditionnel de la pollution d'origine industrielle : le secteur agricole représente 45 % des émissions de SO<sub>2</sub> du territoire, celui du résidentiel 23 % (fioul domestique). Enfin, le secteur tertiaire émet 18 % de SO<sub>2</sub> sur le territoire du pays Marennes Oléron.

L'ammoniac (NH<sub>3</sub>), irritant, à l'odeur piquante, peut provoquer des brûlures et des irritations pulmonaires. Il est émis lors de l'épandage des lisiers provenant des élevages d'animaux mais aussi lors de la fabrication des engrais ammoniacués. Dans le Pays Marennes Oléron, 94 % des émissions proviennent de l'agriculture.

## Offre de soins et services

### Une forte attractivité et accessibilité des médecins généralistes libéraux du Pays

En 2009, les taux de consommation d'actes intra-zones des médecins généralistes libéraux dans les cantons du Pays Marennes Oléron apparaissent élevés. Ces chiffres témoignent d'une forte attractivité et accessibilité de ces professionnels de santé à l'intérieur même de leur canton. Le taux de consommation d'actes intra-zones se montre le plus élevé dans le canton de Saint-Pierre d'Oléron avec 84 %. Viennent ensuite les cantons de Marennes et Château d'Oléron où respectivement 79 % et 80 % du total des actes consommés par la population sont réalisés par des professionnels de ce même territoire.

### Un nombre moyen d'actes de médecins généralistes consommés proche de la valeur régionale

En 2009, 146 350 actes (consultations et visites) ont été consommés par les habitants du Pays Marennes Oléron. Rapporté au nombre de personnes ayant consommé au moins un acte, les trois cantons ont des niveaux de consommations de soins proches du niveau régional : 5,6 actes consommés par bénéficiaire sur le canton du Château d'Oléron, 5,3 pour Marennes et 5,5 pour Saint-Pierre d'Oléron, pour une moyenne régionale de 5,4 actes par bénéficiaire.

## Une activité moyenne des médecins généralistes globalement supérieure à la région

### Fiche 4.1 : Les médecins libéraux

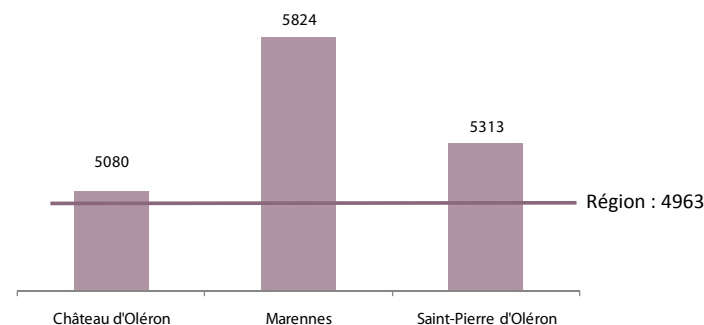
#### Effectifs et densités de médecins généralistes libéraux exerçant en cabinet principal (juin 2011)

Cantons	Effectifs	Dont âgés de 55 ans et plus	Densité pour 100 000 hab. (hors période estivale)
Pays Marennes-Oléron	40	17 (42,5 %)	111
- Le Château d'Oléron	11	Non communicable	115
- St Pierre d'Oléron	15	Non communicable	126
- Marennes	14	Non communicable	96
Charente-Maritime	705	294 (41,7 %)	115
Poitou-Charentes	1792	789 (44,0 %)	102

Source : ERASME (traitements ARS), INSEE (RP 2008)

Exploitation : ORS Poitou-

#### Nombre moyen d'actes (consultations et visites) produits par médecin généraliste dans les cantons du Pays Marennes-Oléron en 2009



Sources : ARS, cartos@nté (2009)

Exploitation : ORS Poitou-Charentes

En juin 2011, 40 médecins exercent une activité libérale sur le Pays Marennes Oléron, dont 17 sont âgés 55 ans et plus.

Les densités de médecins généralistes libéraux sont supérieures à la densité régionale (102 pour 100 000 habitants) pour les cantons de l'île d'Oléron, tandis qu'elle est inférieure sur le canton de Marennes où seuls 14 médecins généralistes libéraux exercent. Bien qu'aucun chiffre officiel n'existe, le population de Marennes Oléron augmente beaucoup en période estivale. Si l'on estime à 70 000 la population entre avril et septembre avec un pic à 200 000 en août\*, la densité passe à 57 pour 100 000 habitants entre avril et septembre et à 20 pour 100 000 habitants en août. L'augmentation de la population entre avril et septembre est donc un paramètre important à prendre en compte dans l'offre de soins.

Concernant l'activité moyenne des médecins généralistes en 2009, les praticiens installés sur le Pays Marennes Oléron ont réalisé en moyenne plus d'actes que les praticiens de la région.

Les fichiers de l'assurance maladie indiquent qu'en juin 2011, 12 spécialistes exercent en cabinet principal ou secondaire (pour 7 radiologues) sur le Pays Marennes Oléron : un ophtalmologue, un cardiologue et un radiologue à Dolus d'Oléron, un biologiste médical et un dermatologue, vénérologue à Saint-Pierre d'Oléron ainsi que 7 radiologues sur le canton de Marennes.

#### Pour en savoir plus :

- 1- ORS Poitou-Charentes. **Médecins libéraux** in *Panorama de la santé Poitou-Charentes 2010*. 2 p.
- 2- DDASS Charente-Maritime. Cahier des charges Permanence des soins Charente-Maritime, version du 4 février 2009. Modalités organisationnelles. 2009. 30 p.
- 3- Site Internet de l'union départementale des médecins libéraux de Charente-Maritime : <http://www.udm17.org/>
- 4- Site Internet de l'ARS : <http://ars.poitou-charentes.sante.fr/CartoSante.92751.0.html> visité le 3 juin 2010

#### La permanence des soins

En dehors des horaires couverts par la permanence des soins (PS) assurée par les médecins libéraux (de 8h à 20h en semaine et de 8h à 12h le samedi), la PS en médecine ambulatoire est assurée de 20h à 8h les jours ouvrés ainsi que les dimanches et jours fériés. Les médecins libéraux acceptent de participer sur la base du volontariat. Sur l'île d'Oléron, l'exercice de la PS s'effectue en consultation au cabinet du médecin de garde le samedi de 17h à 19h et le dimanche de 10h à 12h et de 17h à 19h. En soirée, les appels sont renvoyés sur le secteur semi-urbain de proximité. Sur le canton de Marennes (sauf pour la commune de Le Gua qui applique le même protocole que sur l'île d'Oléron), la PS est assurée en semaine de 20h à 8h, le samedi de 12h à 20h et les dimanches et jours fériés de 8h à 20h. Les habitants de l'île d'Oléron et de la commune de Le Gua ne bénéficient donc pas d'une permanence libérale entre 20h et 8h.

\* Estimation de la population estivale : la Maison du tourisme Ile d'Oléron Marennes estime la population estivale sur le territoire à 70 000 entre avril et septembre avec un pic à 200 000 au mois d'août. La communauté de communes de l'île d'Oléron estime quant à elle que la population sur l'île est multipliée par 8 pendant la période estivale, soit plus de 170 000 personnes.

## Offre de soins et services

### Attractivité et accessibilité des professionnels de santé hors médecin

En 2009, les taux d'actes consommés par la population, réalisés par les professionnels du même canton (taux de consommation d'actes intra-zone) font partie des plus élevés comparativement aux autres cantons de la région pour les infirmiers (plus de 78 % des actes) et les masseurs-kinésithérapeutes (plus de 90 % des actes). Le taux de consommation intra-zone est également élevé pour les chirurgiens-dentistes pour le canton du Château d'Oléron. (78 % des actes consommés par les habitants du canton sont réalisés par un professionnel de ce même canton), mais se révèle plus faible pour les autres cantons : 35 % pour Saint-Pierre d'Oléron et 36 % pour Marennes.

### Les officines pharmaceutiques

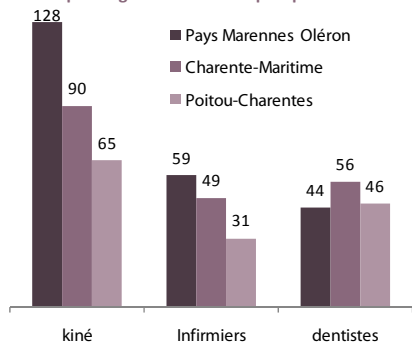
Quinze officines sont présentes sur le territoire, soit 1 pharmacie pour 2 402 habitants, ce qui est un peu plus favorable que le ratio régional (1 pour 2 544), et départemental (1 pour 2 625). Les variations cantonales s'étendent de 1 pour 1 915 sur le canton de Château d'Oléron à 1 pour 2 908 sur le canton de Marennes.

\* ASALEE : Action de santé libérale en équipe. Voir Glossaire

## Un fort taux de masseurs-kinésithérapeutes et de dentistes âgés de 55 ans et plus

# Fiche 4.2 : Les professionnels de santé libéraux (hors médecins)

Densité de libéraux actifs en cabinet principal en juin 2011 (pour 100 000 pers. pour chir.-dentistes et kiné et 5 000 pers. âgées de 75 ans et plus pour les infirmiers)



Nombre de cabinets principaux et secondaires sur le pays Marennes Oléron en juin 2011

	Chir.-dentistes	Infirmiers	Masseurs-kiné
St Pierre d'Oléron	4	20	18
Le Château d'Oléron	9	19	17
Marennes	5	17	13
Pays	18 (dont 2 secondaires)	56	48 (dont 2 secondaires)

Sources : ERASME (traitements ARS), INSEE (RP 2008 et 2007 pour les 75 ans et plus)  
Exploitation : ORS Poitou-Charentes

Part de la population générale qui a consommé au moins une fois des soins en 2009

	Chir.-dentistes	Infirmiers	Masseurs-kiné.
St Pierre d'Oléron	28,1 %	25,9 %	19,7 %
Le Château d'Oléron	26,4 %	38,7 %	20,6 %
Marennes	25,1 %	26,8 %	15,9 %
Département	28,7 %	24,5 %	16,6 %
Poitou-Charentes	27,3 %	27,2 %	14,7 %

Source : ARS, Cartos@nté (2009), INSEE (RP 2007)  
Réalisation : ORS Poitou-Charentes

En juin 2011, exercent sur le territoire du Pays Marennes Oléron : 56 infirmiers, 48 masseurs-kinésithérapeutes et 18 dentistes en cabinet principal ou secondaire. Sauf pour ces derniers, les densités sont plus importantes sur le Pays que sur le département et la région. Toutefois, les densités calculées ne tiennent pas compte des variations saisonnières de la population et notamment du surcroît important de population pendant la période estivale (voir fiche 4.1). A noter que l'avenant à la convention nationale des infirmiers libéraux, applicable à compter du 18 avril 2009, fixe des conditions d'installation dans les « zones sur-dotées » et favorise l'installation et le maintien d'infirmiers libéraux conventionnés dans les zones « très sous-dotées ». L'île d'Oléron est classée en zone sous-dotée en infirmiers.

La part des masseurs-kinésithérapeutes et des chirurgiens-dentistes âgés de 55 ans et plus est plus importante chez les praticiens du Pays que sur la région. Ainsi, 32,6 % des masseurs-kinésithérapeutes sont âgés de 55 ans et plus contre 22,3 % dans la région. Concernant les dentistes, 62,5 % sont âgés de 55 ans et plus contre 34,2 % dans la région. La part des infirmiers âgés de 55 ans et plus est de 17,9 % sur le Pays et 19,5 % dans la région.

Concernant les consommations de soins en 2009, la part de la population ayant été au moins une fois chez le dentiste est plus faible dans les cantons du Pays Marennes Oléron que sur le département. Au contraire, ils sont proportionnellement plus nombreux à avoir eu recours à des soins infirmiers et de kinésithérapie, ce qui est cohérent avec la part plus importante de personnes âgées sur le territoire et notamment sur l'île d'Oléron.

### Pour en savoir plus :

- 1- Projet du pôle de santé du Pays Marennes Oléron. Décembre 2010
- 2- ORS Poitou-Charentes. **Médecins libéraux** in *Panorama de la santé Poitou-Charentes 2010*. 2 p.
- 3- Site Internet de l'ARS : <http://ars.poitou-charentes.sante.fr/CartoSante.92751.0.html> visité le 3 juin 2010
- 4- Site Internet de l'union départementale des médecins libéraux de Charente-Maritime : <http://www.udm17.org/>

### Pôle de santé du Pays Marennes Oléron

Ouvert en 2011, le pôle de santé regroupe 4 médecins généralistes (de deux cabinets différents), un pharmacien, une infirmière de santé publique ASALEE\*, 4 infirmiers libéraux, 1 kinésithérapeute, 1 orthophoniste et les deux centres intercommunaux d'action sociale (CIAS). Des partenaires locaux pourront également intervenir ponctuellement : radiologues, biologistes, cardiologue, ophtalmologue, intervenants en toxicomanie, etc. Quatre mille patients sont actuellement suivis par les médecins. Les compétences et l'organisation des professionnels du pôle de santé doivent permettre une prise en charge des patients pour les soins primaires, une prise en charge conjointe avec les infirmiers libéraux, une prise en charge des patients à domicile par les CIAS, l'éducation thérapeutique individuelle par l'infirmière ASALEE, une prise en charge par le kinésithérapeute et l'orthophoniste si besoin, l'accueil d'étudiants et/ou internes infirmiers et médecins. Seront organisées des réunions pluri-professionnelles d'analyses de pratiques et des formations. Un diagnostic a permis de cibler 4 priorités de santé : cancers (poumon et peau), santé mentale, gérontologie (notamment le maintien à domicile) et addictions (opiacés, alcool, tabac).

## Offre de soins et services

### Le Centre hospitalier de Marennes

Un arrêté signé en décembre 2010 par le Directeur de l'Agence régionale de santé (ARS) de Poitou-Charentes a converti les 7 lits de médecine de l'établissement en lits de soins de suite et de réadaptation (SSR). Au total, ce sont donc 25 lits de SSR qui sont autorisés dont 21 installés. En outre, l'établissement dispose d'une place d'hôpital de jour gériatrique. En 2009, quelques 4 496 journées d'hospitalisation ont été réalisées sur les 14 lits de SSR existant alors, soit à un taux d'occupation de près de 88 % (près de 89 % dans l'ensemble des établissements publics de Poitou-Charentes).

### L'hôpital local de l'Île d'Oléron

En 2009, l'établissement dispose de 11 lits de médecine (2 800 journées d'hospitalisation réalisées) et de 15 lits de SSR (4 720 journées d'hospitalisation). Les taux d'occupation pour ces deux disciplines sont respectivement de 75 % (contre 88 % en Poitou-Charentes) et de 86 % (près de 89 % dans la région). Le taux relativement faible d'occupation pour la médecine s'explique notamment par des travaux réalisés cette même année dans l'établissement. L'établissement dispose également d'une place d'hôpital de jour gériatrique.

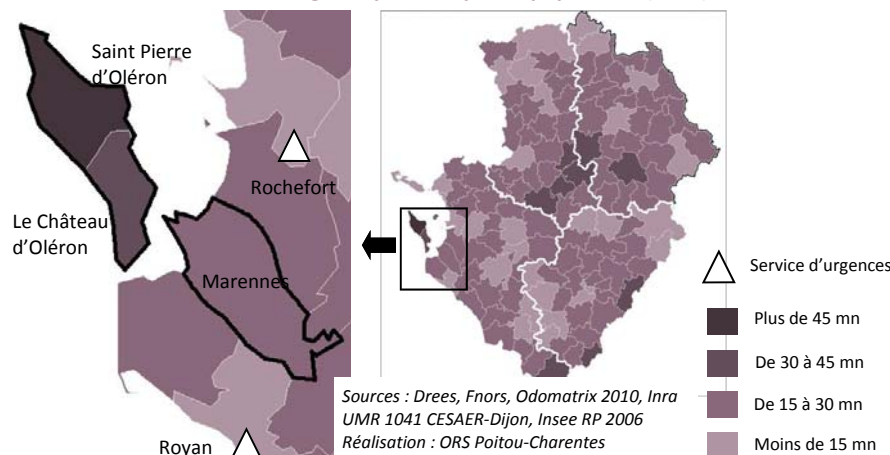
### Le centre héliomarine de Saint-Trojan

Cet établissement privé à but non lucratif participe au service public hospitalier. Suite au renouvellement de son agrément par l'ARS, l'établissement dispose d'une capacité autorisée de 40 lits de soins de suite et réadaptation (SSR) et de 2 places d'hôpital de jour à vocation régionale. En raison de travaux immobiliers importants, la capacité actuelle est de 30 lits installés destinés historiquement à la prise en charge des enfants et adolescents mais ouverts également depuis un arrêté d'octobre 2010 aux adultes présentant un besoin de réadaptation.

## Des temps d'accès aux services d'urgences particulièrement longs pour l'Île d'Oléron

# Fiche 4.3 : L'offre hospitalière

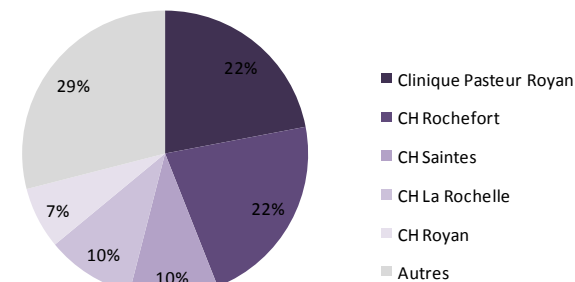
Temps d'accès moyen en minutes à la commune la plus proche bénéficiant d'au moins un service d'urgence pondéré par la population (2008)



Le canton de St Pierre d'Oléron présente le temps d'accès moyen à la commune la plus proche disposant d'un service d'urgences le plus élevé de Poitou-Charentes (plus de 50 minutes contre une moyenne régionale d'un peu moins de 15 mn et une moyenne nationale de 11 mn). Le Château d'Oléron est situé, pour sa part, au troisième rang régional des temps d'accès les plus longs (un peu moins de 39 mn). De plus, ces temps d'accès ont été calculés aux heures creuses et ne tiennent pas compte, d'une part des encombrements estivaux, et d'autre part du fait que le pont constitue le seul point d'accès au continent. De plus, le déplacement récent du CH de Rochefort sur le site de Beligon, dont ne tiennent pas compte les calculs présentés ici, allonge ces temps d'accès de plus de 5 mn. Au final, en 2011, les deux cantons de l'Île d'Oléron présentent donc des temps d'accès moyens supérieurs à 45 mn aux heures creuses. Sur la période juillet-août un service médical d'urgence régional (SMUR) rattaché au centre hospitalier (CH) de Rochefort est installé sur le site de l'hôpital local de St Pierre d'Oléron. En 2009 et 2010 ce sont près de 160 sorties que le SMUR a effectué afin d'acheminer les personnes de l'Île d'Oléron vers les urgences de Rochefort. Par ailleurs, dans le cadre de la régulation effectué par le centre 15, plate-forme de régulation des appels gérant les urgences vitales ou les simples besoins médicaux ne pouvant attendre l'ouverture d'un cabinet médical, ce sont 1835 îliens qui ont été acheminés par le SMUR, des ambulances privées ou les pompiers vers une prise en charge hospitalière sur le continent.

En 2009, les séjours des habitants hospitalisés dans un service de court séjour (médecine, chirurgie ou obstétrique) ont été réalisés pour 22 % d'entre eux à la clinique Pasteur de Royan, pour 22 % également au sein du CH de Rochefort, pour 10 % au CH de Saintes, et pour 10 % également au CH de La Rochelle.

Répartition par établissements de prise en charge des séjours en médecine, chirurgie et obstétrique réalisés par les résidents du Pays\* (en %, 2009)



Source : ATIH (PMSI, MCO 2009) Réalisation : ORS Poitou-Charentes

\*Les séjours pris en compte correspondent à l'ensemble des séjours réalisés par les habitants des codes postaux pour lesquels au moins une commune appartient au Pays (n= 17 317 séjours)

### Pour en savoir plus :

- 1- Fnors. **Inégalités socio-sanitaires en France : De la région au canton**. 2<sup>ème</sup> édition. Masson. 2010. 259 p.
- 2- ARS Poitou-Charentes. **Statistiques annuelles des établissements de santé**. 2009. 137 p.
- 3- Site Internet de l'ARS Poitou-Charentes : <http://cartographie.atih.sante.fr/cp.php?reg=54>
- 4- ORS Poitou-Charentes. **Offre hospitalière : court séjour et urgences** in *Panorama de la santé en Poitou-Charentes 2010*. Mars 2010. 2 p
- 5- ORS Poitou-Charentes. **Offre hospitalière : soins de suite et de réadaptation** in *Panorama de la santé en Poitou-Charentes 2010*. Mars 2010. 2 p
- 6- Site internet de l'hôpital local de l'Île d'Oléron : <http://www.hopitaloleron.fr/>

## Offre de soins et services

### Une part importante de population âgée

Sur le Pays de Marennes Oléron en 2007, 33,5 % de la population ont 60 ans et plus (contre 28 % en Charente-Maritime et 26 % en Poitou-Charentes). Les 75 ans et plus représentent 13,4 % de la population (11,4 % dans le département et 10,8 % dans la région). Entre 1999 et 2007, la part de la population âgée de 75 ans et plus a augmenté de manière plus importante sur le Pays que dans l'ensemble de la région (22 % contre 16 %). 1 605 personnes âgées de 75 ans et plus vivent seules, soit près de 36 %. Cette proportion est la plus importante dans le canton du Château-d'Oléron (40,5 % soit 525 personnes).

### Une offre de prise en charge départementale plus élevée que sur l'ensemble de la région

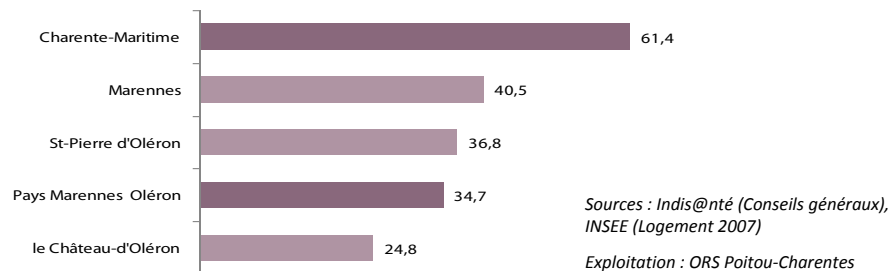
Le Poitou-Charentes compte au 1<sup>er</sup> janvier 2010, 429 places en accueil de jour, dont 39 % se trouvent en Charente-Maritime (167). Dans la région, 3 614 places en services de soins infirmiers à domicile sont disponibles, dont 40 % (1 437) en Charente-Maritime. Rapporté à la population âgée de 75 ans et plus, le taux d'équipement en places de services de soins infirmiers à domicile en Charente-Maritime est le plus important des 4 départements : 20 pour 1 000 contre 18,9 pour la région.

\*Pour bénéficier de l'APA, il faut être âgé de 60 ans minimum et avoir une perte d'autonomie évaluée à partir d'une grille nationale. L'APA peut concerner une personne vivant à domicile ou en institution.

## Un secteur relativement bien couvert par les services d'aide à domicile

# Fiche 4.4 : La prise en charge des personnes âgées à domicile

Taux de bénéficiaires de l'APA\* de 60 ans et plus à domicile (pour 1000 hab. de 60 ans et plus vivant à domicile) au 31 décembre 2009



Le Pays Marennes Oléron est couvert par un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) : l'antenne Ouest de l'association départementale des pupilles de l'enseignement public (SAD PEP 17). Cette antenne couvre l'île d'Oléron et les cantons de la Tremblade, Saint-Agnan et Saujon. Au 1<sup>er</sup> juillet 2009, cette antenne propose 168 places pour 5 182 personnes âgées de 75 ans et plus, soit un taux d'équipement de 32 pour 1 000 contre une moyenne départementale d'un peu moins de 19, d'après le schéma départemental en faveur des personnes âgées publié en décembre 2010. Concernant les services d'aide à domicile, au 31 décembre 2010, sept services interviennent sur le Pays Marennes Oléron pour un total de 141 équivalents temps plein : l'ADPEP 17, l'AFAD 17, AIDER 17 Ménage, le centre intercommunal d'action sociale (CIAS) du Bassin de Marennes, le CIAS Oléronais, le SAAD Darcy-Brun et l'UDAF 17. A cette même date, sur le territoire du Pays Marennes Oléron, près de 950 personnes bénéficient des services d'aides à domicile des CIAS (principaux prestataires d'aides à domicile) : 384 personnes pour le CIAS du bassin de Marennes et 559 pour le CIAS Oléronais.

Au 31 décembre 2009, 388 personnes âgées de 60 ans et plus vivant à domicile perçoivent l'APA\* dans le Pays de Marennes Oléron, soit 35 pour 1 000. Ce taux est plus faible que sur l'ensemble du département (61,4 pour 1 000). Le canton de Marennes est celui qui compte le taux le plus important (40,5 pour 1 000). Parmi les personnes âgées de 75 ans et plus, les personnes les plus dépendantes (GIR 1 et 2), représentent 29 % de l'ensemble des bénéficiaires à domicile contre 23 % dans le département. A l'échelle cantonale, la part des bénéficiaires les plus dépendants s'observe sur le cantons du Château d'Oléron (plus de 41 % des bénéficiaires, soit 26 personnes).

#### Pour en savoir plus :

- 1- ORS Poitou-Charentes. Territoire et vieillissement. mai 2011. 62 p.
- 2 - Conseil général Charente-Maritime. Schéma départemental en faveur des personnes âgées. Décembre 2010. 196 p.
- 3- ORS Poitou-Charentes. *Aide et soins aux personnes âgées in Panorama de la santé Poitou-Charentes 2010*. Mars 2010. 2 p.
- 4- Conseil Général de Charente-Maritime : [http://charente-maritime.fr/CG17/jcms/j\\_5/accueil](http://charente-maritime.fr/CG17/jcms/j_5/accueil)

### Centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et réseau gérontologique

Au service des personnes âgées, des familles et des professionnels de la santé, le rôle des CLIC est d'accueillir, écouter et informer sur les aides et les services à domicile, les structures d'accueil, les aides financières et techniques, les activités de loisirs, et sur tout ce qui touche à la vie des personnes de plus de 60 ans. Il assure un rôle de soutien auprès des familles confrontées au vieillissement ou à la perte d'autonomie d'un parent ou d'un conjoint. Avec l'ensemble des intervenants médico-sociaux, l'équipe peut aussi aider à organiser et accompagner le maintien à domicile, l'entrée en institution ou le retour à domicile après hospitalisation.

L'île d'Oléron est couverte par le CLIC Oléron. Piloté et financé par le conseil général de Charente Maritime, il est géré par l'hôpital local de l'île d'Oléron. L'équipe assure l'accueil dans ses locaux situés dans la Maison PHARE à St Pierre d'Oléron. En 2009, le CLIC Oléron a été contacté par 1317 personnes et a accompagné la situation de 153 personnes ou couples. D'autres missions sont confiées au CLIC : fédérer les acteurs locaux, animer des projets ou groupes de travail sur son territoire sur des thématiques telles que le lien domicile/hôpital, l'isolement social, l'accompagnement de la maladie d'Alzheimer ou encore l'organisation de la Semaine Bleue. Il a également un rôle d'observatoire des problématiques liées au vieillissement et à la dépendance.

Le territoire de Marennes est couvert par le CLIC et un réseau gérontologique porté par l'association IVHOIR (Interface ville-hôpital des intervenants royannais) dont les missions sont de coordonner les actions sanitaires et sociales pour améliorer la prise en charge des personnes malades ou en détresse, de promouvoir les alternatives à l'hospitalisation afin de favoriser le maintien à domicile, d'améliorer l'accès aux soins palliatifs et de développer l'information et la prévention.

## Offre de soins et services

Un équipement régional supérieur à la moyenne métropolitaine

En janvier 2010, le Poitou-Charentes a un meilleur taux d'équipement en structures d'hébergement permanent et temporaire pour personnes âgées que la France métropolitaine (135 lits pour 1 000 habitants de 75 ans et plus contre 95) et une capacité en lits médicalisés supérieure (117 contre 101 lits pour 1 000 habitants de 75 ans et plus).

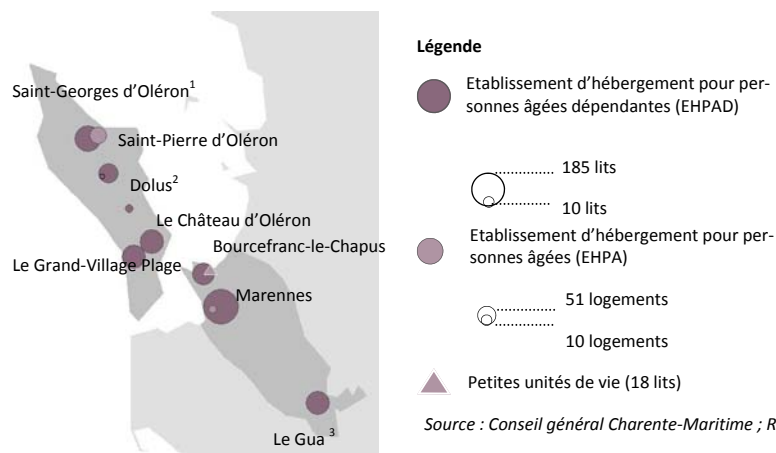
### La Charente-Maritime moins bien équipée que la moyenne régionale

Au 1er janvier 2010, le taux d'équipement en structure d'hébergement complet pour personnes âgées est inférieur en Charente-Maritime par rapport aux autres départements de la région (118 pour 1 000 habitants de 75 ans et plus contre 135 en région). Le taux d'équipement en lits médicalisés (EHPAD et lits de soins de longue durée) est plus faible sur le département (101 lits pour 1 000 habitants de 75 ans et plus contre 117 lits en région). Toutefois, le département a vu sa capacité d'accueil augmenter de 17 % entre 2004 et 2010. D'une façon générale, les restructurations réalisées sur cette période ont amené certains établissements à fermer ou se regrouper, ce qui a entraîné une diminution du taux d'équipement en EHPA (- 21 %). Cette diminution est compensée par une hausse du taux d'équipement en EHPAD (+ 26 %).

## 611 lits installés au sein des établissements de prise en charge des personnes âgées

### Fiche 4.5 : La prise en charge des personnes âgées en établissement

#### Répartition des lits et places installés en établissements de prise en charge des personnes âgées (juin 2010)



En juin 2010, le territoire du Pays Marennes Oléron compte 611 lits installés en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, répartis sur 7 établissements. Ces établissements proposent 10 places en accueil de jour et 6 lits en hébergement temporaire. Parmi les 605 lits installés dédiés à l'hébergement permanent, 51 sont destinés à l'accueil des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées. Le territoire compte également 50 lits en unité de soins de longue durée au Gua, 18 lits en petites unités de vie médicalisées (PUV) accueillant des personnes âgées dépendantes en hébergement complet à Bourcefranc-le-Chapus. Enfin, 61 logements en EHPA accueillent des personnes âgées non dépendantes. Ces logements peuvent accueillir des personnes seules ou des couples. Sur Marennes Oléron, le taux d'équipement en lits installés en EHPAD en hébergement permanent est de 127 pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus (recensement 2007). Par canton, ce taux d'équipement est le plus élevé à Marennes (177 pour 1 000), puis sur le canton de Château d'Oléron (110) et le canton de Saint-Pierre d'Oléron (89 lits pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus).

D'après le schéma départemental en faveur des personnes âgées 2011-2016, sur le territoire des Pays Royannais et Marennes Oléron, les restructurations réalisées entre 2004 et 2010 ont conduit à une augmentation de 31 % de la capacité d'accueil en EHPAD et à une diminution de 27 % de la capacité d'accueil en EHPA. En prenant en compte les autres modes d'accueil (Accueillants familiaux, PUV et maisons de retraites spécialisées non EHPAD pour personnes handicapées vieillissantes), la capacité d'accueil sur le territoire Royan-Marennes-Oléron a augmenté de 19 %.

Pour en savoir plus :

- 1- Conseil général Charente-Maritime. **Schéma départemental en faveur des personnes âgées 2011-2016**. Décembre 2010. 196 p.
- 1- ORS Poitou-Charentes. **Aide et soins aux personnes âgées in Panorama de la santé Poitou-Charentes 2010**. Mars 2010. 2 p.
- 2- Conseil général de Charente-Maritime : [http://charente-maritime.fr/CG17/jcms/j\\_5/accueil](http://charente-maritime.fr/CG17/jcms/j_5/accueil) visité le 25 janvier 2011

#### Notes :

<sup>1</sup> Les 83 lits en EHPAD installés sur la commune de Saint-Georges d'Oléron sont rattachés à l'hôpital local de Saint-Pierre d'Oléron.

<sup>2</sup> Les 10 places disponibles sur la commune de Dolus sont rattachées à l'établissement présent sur Le Grand Village Plage.

<sup>3</sup> Les 70 lits installés sur Le Gua dépendent du centre hospitalier de Royan.

#### Le schéma gérontologique départemental pour personnes âgées 2011-2016

Le Code de l'action sociale et des familles a prévu la réalisation, au moins tous les 5 ans, d'un schéma départemental de l'organisation sociale et médico-sociale. En Charente-Maritime, une démarche concertée a été conduite conjointement par le Conseil général et l'Agence régionale de santé (ARS) et a associé de très nombreux partenaires.

Le schéma présente les enjeux liés au vieillissement en Charente-Maritime et établit l'état des lieux de l'offre de soins et de l'offre sociale et médico-sociale, en établissement et à domicile. Cinq orientations sont définies :

- améliorer l'offre d'accompagnement des personnes âgées à domicile ;
- mieux adapter l'accueil en établissement aux besoins des personnes âgées ;
- soutenir et développer l'accueil familial ;
- optimiser le fonctionnement des structures et favoriser la coordination ainsi que le travail en réseau ;
- encourager le maintien et l'intégration des personnes âgées dans la société.

La mise en œuvre de ce schéma doit permettre de « mieux accompagner les personnes âgées dans leur parcours en Charente-Maritime, en respectant leur choix de vie et en s'appuyant sur une réponse de proximité. »

## Offre de soins et services

Le programme interdépartemental d'accompagnement des handicapés et de la perte d'autonomie (PRIAC) 2009-2013

Le PRIAC s'est fixé plusieurs priorités concernant les enfants et les adolescents en situation de handicap. En premier lieu, il s'agit de favoriser l'intégration sociale, scolaire et professionnelle des jeunes handicapés. La seconde priorité est de compléter le dispositif d'accompagnement en institution, et la troisième consiste à renforcer les dispositifs de dépistage et d'accompagnement précoce.

### Les enfants en situation de handicap

Selon l'enquête «établissements sociaux» (ES) 2006, 4 300 enfants et adolescents handicapés sont accueillis dans les structures médico-sociales du Poitou-Charentes : 75 % dans un établissement et 25 % dans un service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD). Le mode d'hébergement principal est la famille (plus de 60 %), suivi par les établissements (28 %) et les familles d'accueil (10 %). Plus de la moitié des enfants scolarisés (57 %) le sont dans un établissement de l'éducation nationale et 43 % dans une structure médico-sociale.

### Les adultes en situation de handicap

Toujours selon l'enquête ES 2006, environ 4 000 adultes handicapés ont été accueillis dans les établissements de la région (maison d'accueil spécialisée (MAS), foyer d'accueil médicalisé (FAM), foyer de vie, foyer d'hébergement). Les MAS et les FAM ont vu leur capacité d'accueil augmenter de 45 % de 2001 à 2006. Ces structures prennent en charge les personnes les plus gravement handicapées.

Dans l'ensemble des structures régionales, 71 % des adultes pris en charge ont une déficience intellectuelle.

\* Les allocataires de l'AEEH sont les familles ayant au moins un enfant handicapé à charge.

## Onze structures d'accueil présentes sur le territoire

# Fiche 4.6 : La prise en charge du handicap

### Nombre de structures et capacités d'accueil pour enfants et adolescents en situation de handicap dans le Pays Marennes Oléron en 2011

	Nombre de structures	Capacités d'accueil
Ets pour enfants ou adolescents polyhandicapés	1	45
Etablissement pour déficients moteurs	1	35
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>80</b>

Source : FINESS  
Réalisation : ORS Poitou-Charentes

### Nombre de structures et capacités d'accueil pour adultes en situation de handicap dans le Pays Marennes Oléron en 2011

	Nombre de structures	Capacités d'accueil
ESAT	2	63
Entreprise adaptée	2	64
Foyer de vie	1	35
FAM	2	77
MAS	1	40
SAMSAH	1	15
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>294</b>

**E**n 2011, 2 établissements d'accueil pour enfants et adolescents en situation de handicap sont installés sur le territoire du Pays Marennes Oléron. Ils accueillent les enfants polyhandicapés ou déficients moteurs et ont une capacité de 80 places.

Au 31 décembre 2010, le taux d'allocataires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)\* du Pays Marennes Oléron est de 11,3 pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans contre 12,6 en Charente-Maritime.

Concernant les adultes, les structures présentes sur ce même territoire sont au nombre de neuf : deux établissements et services d'aides par le travail (ESAT), un à Dolus d'Oléron (12 places) et l'autre à Le Gua (51 places) ; deux entreprises adaptées situées à St Trojan (58 places) et au port de la Cotinière (6 places) ; un foyer de vie à Le Gua (35 places) ; deux foyers d'accueil médicalisé (FAM), Le Gua et St Trojan, représentant 77 places ; une maison d'accueil spécialisée (MAS) à St Just Luzac de 40 places et enfin un service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) à St Just Luzac proposant 15 places. Par ailleurs, une structure située à Arvert intervient également sur le Pays Marennes Oléron (port de la Cotinière), il s'agit de l'ESAT « Claires et Mer » (cf encadré).

En 2009, le taux d'allocataires de l'allocation adultes handicapés (AAH) pour le Pays Marennes Oléron est de 30,5 pour 1 000 personnes âgées de 20 à 59 ans, soit 503 personnes. Ce taux est supérieur à ceux du département de la Charente-Maritime (19,3) et de la région Poitou-Charentes (17,8). 697 personnes (allocataires et leur famille) bénéficient de cette prestation sur le territoire du Pays.

### Association Navicule Bleue

En 2003, est créée l'association Navicule Bleue, située à Arvert dont les objectifs sont de maintenir ou intégrer dans le milieu maritime les publics en difficulté, du fait d'un ou plusieurs handicaps, de perpétuer le savoir faire traditionnel des métiers liés à la pêche et l'aquaculture, et de conserver le patrimoine architectural des marais dans le cadre du développement durable.

Pour répondre à ces objectifs, plusieurs structures ont été créées. Ouvert en 2005, l'ESAT Claires et Mer accueille actuellement plus de 50 travailleurs sur les sites d'Arvert, La Tremblade et la Cotinière (dont 8 personnes sont présents sur ce dernier site et 8 supplémentaires à partir d'octobre 2011). Le SAVS Espar permet, depuis 2007, aux travailleurs de Claires et Mer ayant un besoin de soutien dans les actes de la vie quotidienne de bénéficier d'un accompagnement. Le foyer d'hébergement Maison du Marais voit le jour en 2009, dans le but de permettre aux salariés travailleurs d'ESAT d'accéder ou de maintenir leur autonomie vis-à-vis du logement. L'entreprise adaptée « Atelier des gens de mer » créée en avril 2009 accueille 6 personnes.

#### Pour en savoir plus :

- 1- ORS Poitou-Charentes. Aides et soins aux enfants en situation de handicap in *Panorama de la santé en Poitou-Charentes* 2010. Mars 2010. 2 p.
- 2- Tableau de bord social de l'INSEE Poitou-Charentes : <http://www.insee.fr/fr/regions/poitou-charentes/default.asp?page=themes/dossiers/tbds/tbsocial.htm> visité le 3 mai 2011.
- 3- Site FINESS : <http://finess.sante.gouv.fr> visité le 11 février 2011.
- 4- Site Score Santé : [www.scoresante.org](http://www.scoresante.org) visité le 14 février 2011.

## Offre de soins et services

### La protection maternelle infantile (PMI)

Sous la responsabilité du médecin de PMI, ce service du conseil général concourt à la santé de la mère et de l'enfant de 0 à 6 ans.

Le Pays compte 3 lieux de consultation :

- Au centre médico-social de Saint-Pierre d'Oléron : des consultations le lundi matin 3 fois par mois et une permanence le vendredi après-midi ;
- Au Château d'Oléron : une permanence 2 jeudi matin par mois ;
- Au centre médico-social de Marennes : des consultations les mercredi ou jeudi matin 3 fois par mois et une permanence le lundi matin.

L'équipe sur le Pays compte près de 0,7 ETP de sage-femme, 2 ETP de puéricultrices et 1 peu plus de 0.5 ETP de médecin.

### Le service de promotion de la santé en faveur des élèves

Les services de santé de l'Education nationale font partie intégrante de l'équipe éducative et interviennent au cours de la scolarité par des actions de prévention et d'éducation à la santé à titre individuel ou collectif. Le Pays Marennes Oléron regroupe 3 secteurs (un collège par secteur). Une infirmière couvre chaque secteur et un médecin assure entre autre les bilans de la 6ème année pour l'ensemble des enfants scolarisés sur le Pays.

### Un taux de fécondité<sup>1</sup> relativement faible

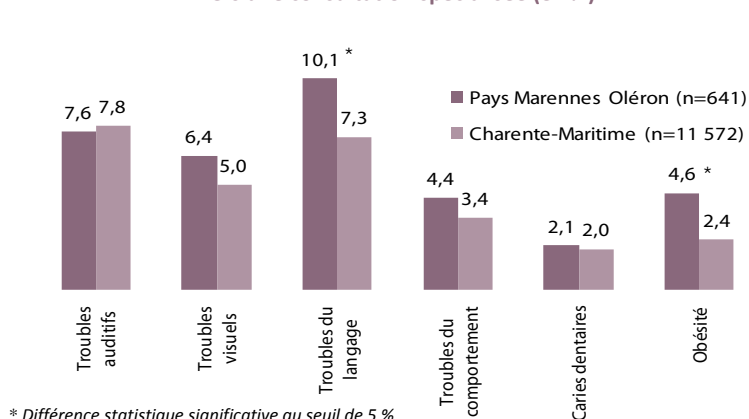
En 2007, ce taux est de 43 naissances pour 1 000 contre des moyennes départementale et régionale respectivement de 47 et 49.

A noter qu'aucune consultation de planification et d'éducation familiale (CPEF) n'existe sur le territoire (le CPEF le plus proche est à Royan).

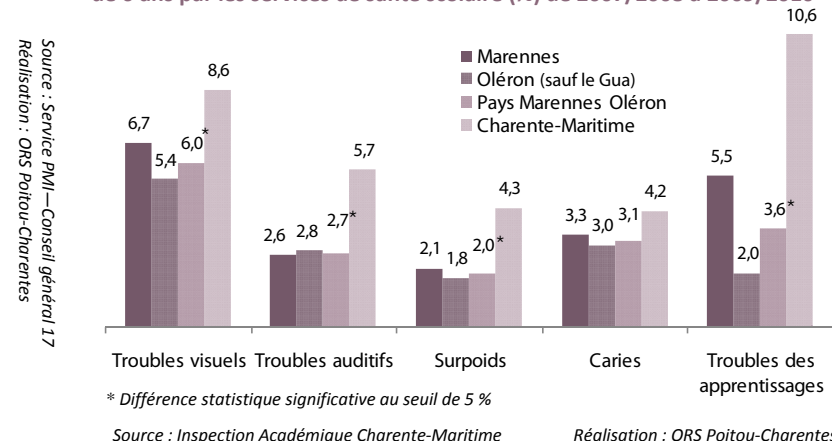
## Des dépistages systématiques réalisés par les services de PMI et de santé de l'Education nationale

# Fiche 4.7 : La prise en charge des enfants

Part des dépistages réalisés par le service de PMI auprès des enfants de 4 ans scolarisés en 2008/2009 et 2009/2010 donnant lieu à une orientation vers une consultation spécialisée (en %)



Part des enfants dépistés avec un trouble lors des visites médicales des enfants de 6 ans par les services de santé scolaire (%) de 2007/2008 à 2009/2010



En 2009, 280 naissances sont recensées sur le Pays. Les services de la PMI ont reçu les certificats de santé du 8<sup>ème</sup> jour pour au moins 92 % de ces naissances. Parmi elles, 1,2 % des mères étaient mineures (0,8 % pour le département). 2,3 % des mères ont eu moins de 3 échographies (1,6 % pour le département), 6,3 % des enfants sont nés avant 37 semaines aménorrhées (6,0 % pour le département) et 7,8 % avec un poids inférieur à 2 500 g (6,9 % pour le département).

Concernant les bilans réalisés par la PMI auprès des enfants de 3 / 4 ans scolarisés, le nombre de dépistage donnant lieu à une orientation vers une consultation spécialisée est proche de celui observé sur le département, sauf pour les troubles du langage et l'obésité. Pour ces derniers, les troubles sont plus fréquents sur le Pays : plus d'un enfant sur dix pour les troubles du langage et près d'un sur vingt pour l'obésité.

Le Pays Marennes Oléron dispose en 2009 de 109 places d'accueil collectif, régulier et occasionnel, soit environ 12 places pour 100 enfants (9 places pour 100 enfants sur le département). De plus, 602 places en accueil familial ou chez les assistantes maternelles sont recensées mais le territoire ne bénéficie pas d'un réseau d'assistants maternels. Près de 20 % des enfants de 2 ans bénéficient d'un accueil collectif contre 16 % dans le département.

Sur la période 2007/2008 à 2009/2010, 923 (soit 95 %) enfants de 6 ans scolarisés sur le Pays Marennes Oléron ont eu une visite médicale par un médecin scolaire. Les dépistages réalisés montrent que les enfants ont globalement moins de troubles sur le Pays que sur l'ensemble du département, sauf pour les caries où la situation est comparable (la différence observée n'est pas significative). Précisons qu'à l'échelle du département, 58 % des enfants inscrits ont été vus en visite médicale, prioritairement dans les écoles classées en zones d'éducation prioritaire. A l'intérieur du Pays, les troubles des apprentissages paraissent plus nombreux sur le secteur de Marennes.

Sur la même période sur le secteur de Marennes<sup>2</sup>, 467 enfants de 7/8 ans ont été vus en bilan infirmier (99,6 % des enfants scolarisés en CE1) parmi lesquels 11,5 % ont un trouble visuel, 1,3 % un trouble auditif, 7 % sont en surpoids et 9,2 % ont des problèmes de santé bucco-dentaire.

#### Pour en savoir plus :

- 1- ORS Poitou-Charentes. **Services de protection maternelle et infantile** in *Panorama de la santé en Poitou-Charentes 2010*. Mars 2010. 2 p.
- 2- ORS Poitou-Charentes. **Autour de la grossesse** in *Panorama de la santé en Poitou-Charentes 2010*. Mars 2010. 2 p.
- 3- ORS Poitou-Charentes. **Etat de santé de la naissance à 14 ans** in *Panorama de la santé en Poitou-Charentes 2010*. Mars 2010. 2 p.
- 4- Site Internet du Conseil Général de Charente-Maritime : [http://charente-maritime.fr/CG17/jcms/j\\_5/accueil](http://charente-maritime.fr/CG17/jcms/j_5/accueil)

<sup>1</sup> Taux de fécondité : nombre de naissances rapporté au nombre de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans).

<sup>2</sup> Ecoles de Bourcefranc, Brouage, Marennes, Saint-Just / Luzac et Nieulle sur Seudre.

## Typologie

Une première typologie réalisée à la demande du Groupement régional de santé publique (GRSP)

En 2007, l'ORS Poitou-Charentes a mené, à la demande et avec le financement du GRSP, une étude visant à caractériser les cantons de la région à partir d'indicateurs sociodémographiques, d'offre de soins et d'état de santé. Cette approche a permis un premier ciblage de territoires cumulants indicateurs de mortalité et indicateurs sociodémographiques moins favorables. Des profils différents ont également été mis en évidence selon que les territoires sont ruraux, périurbains ou urbains.

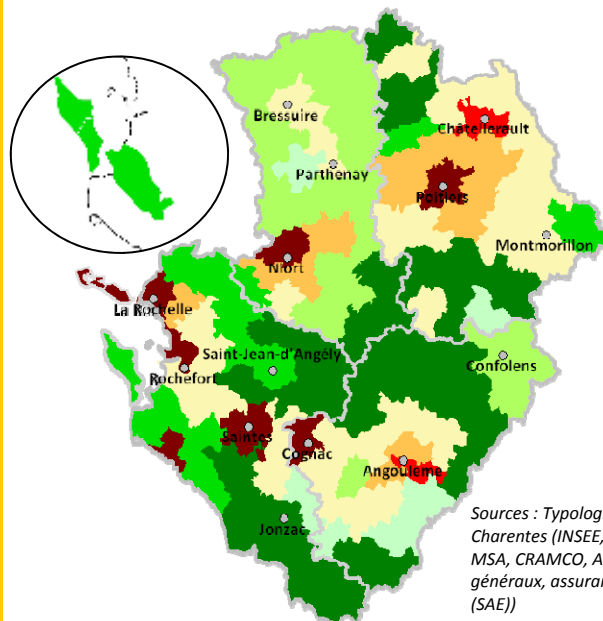
Une seconde typologie réalisée en 2011 sur les enjeux liés au vieillissement

A la demande de l'Agence régionale de santé, l'ORS a réalisé, selon la même méthodologie que celle utilisée en 2007, une typologie des cantons picto-charentais à partir d'indicateurs se rapportant aux enjeux du vieillissement. 35 indicateurs se répartissant en 3 thèmes (sociodémographique ; offre, accès et recours aux soins ; état de santé) ont ainsi été intégrés à l'analyse. Le caractère urbain ou rural du territoire apparaît comme très discriminant.

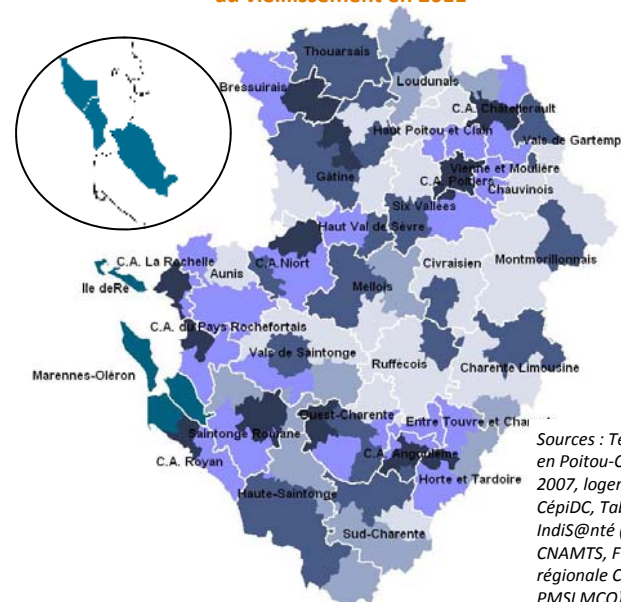
*Les résultats de ces approches, si ils permettent un premier repérage de territoires et de thèmes, doivent être utilisés avec prudence. Aussi, les indicateurs qui caractérisent une classe ne peuvent pas être utilisés pour décrire isolément un canton particulier de cette classe. Les typologies obtenues permettent de dégager des ensembles géographiques relativement homogènes mais des contradictions peuvent exister entre la valeur d'un indicateur pour un canton et la valeur de ce même indicateur pour la classe à laquelle il appartient.*

## Fiche 5.1 : Typologie des cantons du territoire

Typologie des cantons de Poitou-Charentes en 2007



Typologie des cantons de Poitou-Charentes à partir d'indicateurs liés au vieillissement en 2011



Selon la typologie réalisée en 2007 par l'ORS, les cantons du Pays Marennes-Oléron appartiennent à la classe 2 qui regroupe 14 cantons, situés très majoritairement en Charente-Maritime, et représente 8 % de la population régionale. Cette classe se caractérise par de fortes proportions d'employés, de jeunes non diplômés et un chômage élevé. Cette même classe présente une surmortalité toutes causes de décès confondues, ainsi que pour les décès prématurés évitables, les décès par tumeurs et notamment les cancers de la trachée, des bronches et du poumon, les maladies de l'appareil circulatoire et les accidents de la circulation.

L'approche réalisée en 2011 à partir d'indicateurs se rapportant aux enjeux liés au vieillissement a abouti à la répartition des cantons de Poitou-Charentes en 6 classes. Les trois cantons du Pays Marennes-Oléron constituent avec l'Île de Ré et le canton de La Tremblade la classe 5 de cette typologie comportant moins de 5 % des cantons de Poitou-Charentes. Cette classe se caractérise par de faibles proportions de bénéficiaires de l'APA et d'un minimum vieillesse, une plus faible proportion de personnes en affection de longue durée et une densité élevée de masseurs-kinésithérapeutes libéraux. Le recours aux soins y est plus fréquent concernant les actes de rhumatologie et de dentiste. La part de personnes âgées résidant soit dans un autre département, soit dans une autre région 5 ans auparavant y est élevée. Enfin, la consommation de tranquillisants concerne une frange moins importante de la population.

### Pour en savoir plus :

- 1- ORS Poitou-Charentes. *Territoire et vieillissement en Poitou-Charentes : Cartographie des indicateurs et typologie des cantons*. Mai 2011. 61 p.
- 2- ORS Poitou-Charentes. *Typologie cantonale de la santé mentale en Poitou-Charentes*. Avril 2010. 56 p.
- 3- ORS Poitou-Charentes. *Typologie des cantons de Poitou-Charentes*. Décembre 2007. 4 p.

**Action de santé libérale en équipe (ASALEE)** : Les infirmiers ASALEE sont salariés de l'association ASALEE et mis à disposition des cabinets médicaux pour réaliser les consultations d'éducation thérapeutique (diabète, hypertension artérielle, dépistage de certaines pathologies, etc.)

**Affection longue durée (ALD)** : Affection dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse et pour lesquelles le ticket modérateur normalement à la charge de l'assurée est supprimé.

**Agence régionale de santé (ARS)** : L'Agence régionale de santé a pour mission de mettre en place la politique de santé dans la région. Elle est compétente sur le champ de la santé dans sa globalité, de la prévention aux soins, à l'accompagnement médico-social. Ouverte début avril 2010, l'Agence régionale de santé (ARS) de Poitou-Charentes met en œuvre la politique régionale de santé, en coordination avec les partenaires et en tenant compte des spécificités de la région et de ses territoires. Ses actions visent à améliorer la santé de la population et à rendre le système de santé plus efficace. Elle est la clef de voûte de la nouvelle organisation prévue par la Loi « Hôpital Patients Santé Territoires » du 21 juillet 2009 (article 118). Elle est dirigée par un directeur général nommé en Conseil des Ministres.

**Aide personnalisée au logement (APL)** : Aide financière versée à certaines personnes pour réduire le montant de leur loyer ou de leur mensualité d'emprunts immobilier. Pour en bénéficier, il faut soit être locataire d'un logement conventionné, soit être accédant à la propriété en ayant contracté des prêts particuliers.

**Allocation aux adultes handicapés (AAH)** : Prestation destinée à assurer un revenu aux adultes handicapés âgés d'au moins 20 ans, sans ressources ou aux ressources modestes, dont le handicap entraîne l'impossibilité de travailler, ou qui ont un taux d'incapacité d'au moins 80 %.

**Allocation de parent isolé (API)** : Prestation sociale visant à aider financièrement des personnes isolées assumant seules la charge d'enfant(s). L'API est supprimée et remplacée par le Revenu de solidarité active depuis le 1<sup>er</sup> juin 2009.

**Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA)** : Allocation remplaçant depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2007 l'allocation supplémentaire vieillesse. Elle s'adresse aux personnes de plus de 65 ans (de 60 ans dans certains cas : inapte au travail, ancien combattant, mère de famille ouvrière...), ayant peu ou pas cotisé pour leur retraite et qui peuvent ainsi bénéficier d'un revenu minimal.

**Allocation de solidarité spécifique (ASS)** : Allocation destinée aux chômeurs ayant épuisé leurs droits à l'assurance chômage. L'allocataire doit justifier d'au moins 5 années d'activité salariée au cours des 10 dernières années précédant la rupture du contrat.

**Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)** : Allocation qui remplace l'allocation d'éducation spéciale depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006. Financée par la sécurité sociale, cette prestation familiale est destinée à compenser les frais d'éducation et de soins apportés à un enfant handicapé, âgé de moins de 20 ans et résidant en France de manière permanente.

**Allocation personnalisée d'autonomie (APA)** : Allocation attribuée aux personnes âgées d'au moins 60 ans en situation de perte d'autonomie.

**Centre de planification et d'éducation familiale (CPEF)** : Assurant des missions dévolues aux conseils généraux au titre de la protection maternelle et infantile, les CPEF assurent des consultations de contraception, des actions de prévention portant sur la sexualité et l'éducation familiale, des entretiens préalable à l'interruption volontaire de grossesse et des entretiens relatifs à la régulation des naissances. Ils organisent des séances de préparation à la vie de couple et à la fonction parentale, et des entretiens de conseil conjugal. Ils peuvent délivrer à titre gratuit des médicaments ou objets contraceptifs.

**Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)** : Structures médico-sociales résultant du regroupement des services spécialisés pour l'alcool et les drogues (centre de cure ambulatoire en alcoologie et centre de soins spécifiques pour toxicomanes), prévu par le décret du 14 mai 2007.

**Centre local d'information et de coordination gérontologique (CLIC)** : Sous ce label sont mis en place des guichets d'accueil, de conseil, d'orientation des personnes âgées et de prise en charge des situations complexes qu'elles peuvent rencontrer. Ces structures se situent dans une triple logique de proximité, d'accès facilité aux droits et de mise en réseau entre les professionnels (professionnels de santé, d'accompagnement à domicile, de l'aménagement de l'habitat, et les acteurs locaux).

**Centre médico-psychologique (CMP)** : Etablissement public français (ou privé faisant fonction de public) qui regroupe des spécialistes et propose une offre de soins mentaux prise en charge par la Sécurité sociale. Un CMP regroupe des médecins psychiatres, des psychologues cliniciens, des infirmières, des assistantes sociales, des psychomotriciens, des orthophonistes et des éducateurs spécialisés. Il assure généralement des consultations, visites à domicile ou encore des soins infirmiers. Les CMP sont chargés d'un secteur géographique déterminé et sont rattachés à un hôpital public (ou privé faisant fonction de public). Il existe des CMP pour adultes et pour enfants.

**Couverture maladie universelle complémentaire (CMUc)** : Assurance maladie complémentaire qui bénéficie aux personnes dont les ressources sont inférieures à un certain niveau de revenus (appelé « plafond »). Cette assurance complémentaire leur permet de porter à 100 % la prise en charge de leurs dépenses de soins, sans avoir à avancer d'argent.

**Etablissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA)** : Ensemble immobilier accueillant des personnes âgées non dépendantes. Chaînon intermédiaire entre le domicile et l'EHPAD.

**Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)** : Ensemble immobilier constitué de chambres médicalisées permettant l'accueil de personnes âgées qui ont besoin d'une assistance journalière et permanente.

**Etablissements et services d'aide par le travail (ESAT)** : Les ESAT ont succédé aux centres d'aides par le travail (CAT). Ils permettent aux personnes handicapées qui n'ont pas acquis suffisamment d'autonomie pour travailler en milieu ordinaire, y compris en entreprise adaptée ou de façon indépendante, d'exercer une activité dans un milieu protégé. Ces personnes bénéficient, en fonction de leurs besoins, d'un suivi médico-social et éducatif. L'orientation en ESAT par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) vaut reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé.

**Foyers d'accueil médicalisé (FAM)** : Structure accueillant des adultes gravement handicapés, mentalement ou physiquement, dont la dépendance les rend inaptes à toute activité à caractère professionnel et rend nécessaire l'assistance d'une tierce personne pour les actes essentiels de l'existence ainsi qu'une surveillance médicale et des soins constants, ou qui ont besoin d'un soutien et d'une stimulation constante, ainsi que d'un suivi médical et paramédical régulier. Les FAM sont financés par l'assurance maladie et les conseils généraux.

**Indice comparatif de mortalité (ICM)** : Rapport entre le nombre de décès observés et le nombre de décès attendus si les taux de mortalité, pour chaque tranche d'âge, étaient identiques aux taux régionaux. La base régionale de cet indice est de 100. Un indice égal à 120 pour une cause de décès indique que la fréquence des décès est 20 % plus élevée dans la zone géographique étudiée qu'au niveau régional. Un indice à 75 indique au contraire que la fréquence des décès est 25 % moins élevée dans la zone géographique étudiée. Le test statistique du  $\chi^2$  utilisé afin d'évaluer dans quelle mesure la différence entre l'ICM observé dans un territoire et celui de la région (=100) n'est due qu'au hasard, est d'autant plus « puissant » qu'il porte sur des effectifs importants. Ainsi, une très petite différence peut être significative si elle est observée sur des effectifs importants, tandis qu'une différence plus importante peut ne pas être significative si elle est observée sur des petits effectifs. De ce fait, l'absence de différence significative peut être simplement liée à un manque de puissance du test statistique.

**Maison d'accueil spécialisée (MAS)** : Etablissement recevant des personnes adultes atteintes d'un handicap intellectuel, moteur ou somatique grave, ou gravement polyhandicapées, n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie. Leur état doit nécessiter en outre le recours à une tierce personne pour les actes de la vie courante, une surveillance médicale et des soins constants. La MAS est un établissement médico-social financé en totalité par l'assurance maladie.

**Minimum vieillesse** : Le minimum vieillesse a été simplifié en 2006 en une prestation unique : l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA). Le minimum vieillesse se compose d'une retraite versée par le régime d'assurance vieillesse ou une allocation non contributive, d'un complément éventuel et d'une allocation supplémentaire.

**Mortalité infantile** : Ensemble des décès d'enfants de moins de 1 an.

**Mortalité prématurée** : Ensemble des décès survenant avant 65 ans.

**Mortalité prématurée évitable** : Ensemble des décès survenant avant 65 ans et dus à une cause pouvant théoriquement être évitée par un changement de comportement individuel ou une prise en charge précoce par le système de soins.

**Revenu de solidarité active (RSA)** : Prestation entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2009 en France métropolitaine. Elle remplace le Revenu minimum d'insertion (RMI) et l'Allocation de parent isolé (API). A compter du 1<sup>er</sup> septembre 2010, le RSA est étendu, sous certaines conditions, aux jeunes âgés entre 18 et 25 ans. Le RSA accompagne et soutient le retour à l'activité professionnelle. Il garantit aux allocataires exerçant ou non une activité, sans ou avec peu de ressources, un revenu minimum défini selon la composition du foyer.

**Service d'aide à domicile (SAD):** Service offrant différentes prestations permettant le maintien à domicile des personnes âgées : aide à la personne, tâches ménagères, etc..

**Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) :** Service ayant pour objet de prévenir ou de différer une hospitalisation ou une institutionnalisation, ou à l'inverse de rendre possible un retour au domicile plus rapide et dans de meilleures conditions suite à une hospitalisation.

**Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD):** Service de soin pouvant intervenir "à domicile", c'est-à-dire que les professionnels le composant se déplacent. Ils interviennent auprès de certains élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire ou dans un dispositif d'intégration collective. Ces services dépendant la plupart du temps d'une structure associative et sont composés de plusieurs professionnels : chef de service, diverses spécialités médicales, psychologues, psychomotriciens, orthophonistes, éducateurs spécialisés, kinésithérapeutes, ergothérapeutes et parfois enseignants.

**Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) :** Service ayant pour vocation, dans le cadre d'un accompagnement médico-social adapté comportant des prestations de soins, d'assurer des missions contribuant à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité.

**Soins de suite, soins de courte durée et de longue durée :** Le court séjour hospitalier regroupe les disciplines de médecine, de chirurgie et de gynécologie-obstétrique. Les soins de suite et de réadaptation ont pour objet la prise en charge des patients de tout âge, avec un objectif de récupération des fonctions initiales ou de compensation du handicap dans la perspective de retour à domicile. Enfin, les soins de longue durée s'adressent à des personnes n'ayant plus leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance constante et des traitements médicaux d'entretien.

**Taux brut :** Indice utilisé pour décrire la fréquence de survenue d'un événement dans une population en tenant compte de l'effectif de cette population. Il est calculé en rapportant le nombre d'événements pendant une période donnée à l'effectif de la population.

**Taux comparatif :** Taux standardisé sur l'âge. Il permet de comparer le niveau d'un indicateur donné de chaque unité géographique indépendamment de la structure par âge des populations.

**Taux d'emploi des 15-64 ans :** Rapport entre la population active occupée des 15-64 ans et la population totale des 15-64 ans. Il désigne le pourcentage de personnes en âge de travailler qui occupent un emploi. Depuis 2006, la définition de la population active est plus large : les étudiants, retraités ou chômeurs qui exercent par ailleurs un emploi, même occasionnel ou de courte durée sont inclus dans la population active occupée alors qu'ils ne l'étaient pas dans les précédents recensements.

**Unité de distribution (UDI) :** Zone géographique à l'intérieur d'une même entité administrative (syndicat ou commune), exploitée par la même personne morale et dans laquelle la qualité de l'eau distribuée est homogène.