

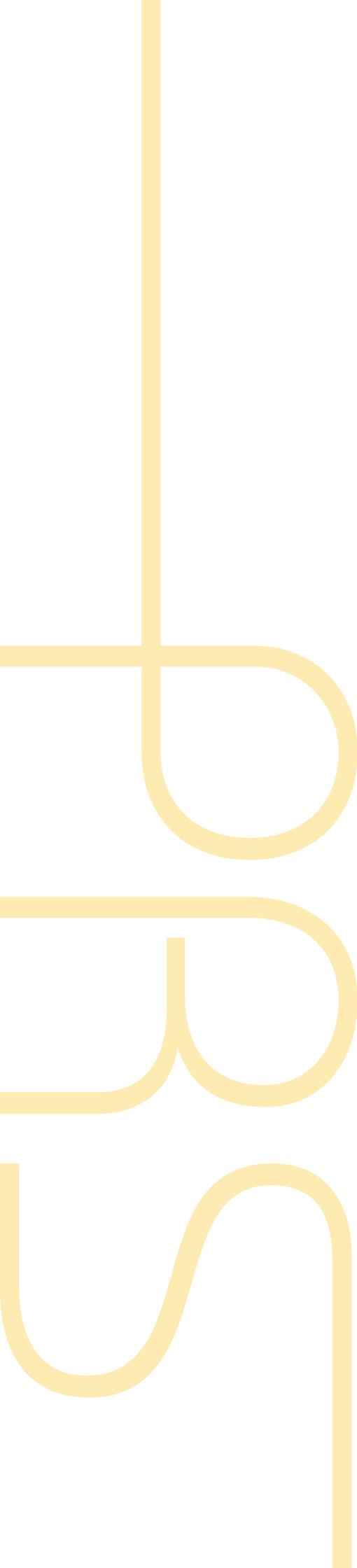
CAHIER

1

Les besoins de santé de la population
et l'offre de santé en Bourgogne







CAHIER

1

**Les besoins de santé de la population
et l'offre de santé en Bourgogne**



Sommaire...

/// Les besoins de santé de la population et l'offre de santé en Bourgogne

1 Évaluation des besoins de santé de la population7

1.1 Le contexte bourguignon – Populations et territoires7

1.1.1 Poids démographique de la région et densité7

1.1.2 Une région vieillissante8

1.1.3 Une diminution attendue du nombre et de la part des jeunes
et personnes de moins de 60 ans 10

1.2 Les conditions de vie.....10

1.2.1 Des conditions de vie contrastées, un peu plus modestes que la moyenne française 10

1.2.2 Le parcours de santé des personnes en situation de précarité 11

1.3 L'environnement domestique, professionnel et physique.....13

1.3.1 L'habitat..... 13

1.3.2 L'air extérieur..... 13

1.3.3 L'eau 13

1.3.4 Le bruit..... 13

1.3.5 Les risques professionnels et contraintes de travail 14

1.4 Les indicateurs globaux de santé14

1.4.1 L'espérance de vie..... 14

1.4.2 La mortalité prématurée 15

1.4.3 Les principales causes de mortalité globale 16

1.5 Le poids des maladies chroniques en Bourgogne19

1.5.1 Les maladies cardio-neuro-vasculaires 20

1.5.1.1 Données de mortalité et morbidité..... 20

1.5.1.2 Le parcours de santé des patients présentant une maladie neuro-vasculaire 22

1.5.1.3 Le parcours des patients présentant une maladie cardio-vasculaire..... 23

1.5.2 Les cancers 24

1.5.2.1 Données de mortalité et morbidité..... 24

1.5.2.2 Le parcours de santé des personnes présentant un cancer..... 26

1.5.3 La maladie diabétique 27

1.5.4 Les affections psychiatriques 28

1.5.5 Les autres maladies chroniques..... 29

1.5.5.1 L'asthme	29
1.5.5.2 L'insuffisance rénale chronique	30
1.5.5.3 Les affections neurologiques	30
1.5.5.4 Les hépatites C et B	31
1.5.5.5 Le VIH-Sida	31
1.5.5.6 Les maladies ostéo-articulaires	32
1.5.6 Les polyopathologies chroniques	32
1.6 Analyse par tranches d'âge	33
1.6.1 Périnatalité et enfance	33
1.6.1.1 Périnatalité	33
1.6.1.2 L'alcool, le tabac et les femmes enceintes	33
1.6.1.3 Enfance	33
1.6.2 Adolescents et jeunes adultes	34
1.6.2.1 Les accidents domestiques, de sport et de loisirs	35
1.6.2.2 La consommation d'alcool, tabac et drogues illicites	35
1.6.2.3 La polyconsommation	36
1.6.2.4 Les troubles des conduites alimentaires	36
1.6.2.5 Le parcours de santé des adolescents et des jeunes adultes	36
1.6.3 Âge de l'activité professionnelle (25-64 ans)	37
1.6.3.1 La consommation d'alcool	37
1.6.3.2 La consommation de tabac	38
1.6.3.3 Le surpoids et l'obésité	38
1.6.3.4 La sédentarité	39
1.6.3.5 Les pathologies professionnelles : accidents du travail et maladies professionnelles	39
1.6.4 Personnes âgées	39
1.6.4.1 Focus sur les 75 ans et plus	40
1.6.4.1.1 Maladies cardiovasculaires	40
1.6.4.1.2 Cancers	40
1.6.4.1.3 Maladies respiratoires	40
1.6.4.1.4 Démences et maladie d'Alzheimer	40
1.6.4.1.5 Chutes des personnes âgées	41
1.6.4.1.6 Suicides	41
1.6.4.1.7 Dénutrition des personnes âgées	41
1.6.4.2 Le parcours de vie des personnes âgées	41

1.7 La nécessité d'accompagner les populations vieillissantes et/ou handicapées dans leurs choix de vie42

1.7.1 Le secteur du handicap..... 42

1.7.2 Le parcours de vie des personnes en situation de handicap psychique 44

1.7.3 La question du vieillissement 44

2 Analyse de l'offre de santé en Bourgogne 47

2.1 La démographie et la répartition géographique des professionnels de santé libéraux et hospitaliers47

2.1.1 Médecins généralistes..... 47

2.1.2 Zones déficitaires et fragiles identifiées en 2007 47

2.1.3 Médecins spécialistes 48

2.1.4 Formation initiale des professionnels médicaux en Bourgogne 49

2.1.5 Autres professionnels de santé 49

2.1.5.1 Chirurgiens-dentistes 49

2.1.5.2 Sages-femmes 50

2.1.5.3 Infirmiers, spécialisations infirmières, et aides-soignants 50

2.1.5.4 Masseurs kinésithérapeutes 51

2.1.5.5 Orthophonistes et psychomotriciens 51

2.1.5.6 Pharmaciens et biologistes 51

2.2 L'offre de prévention52

2.2.1 L'organisation du système bourguignon de la prévention 52

2.2.2 Les actions 55

**2.3 L'offre hospitalière publique et privée
*Une offre conséquente à lier à la configuration géographique.....59***

2.3.1 Introduction 59

2.3.2 Les activités nécessitant un plateau technique 59

2.3.2.1 La chirurgie..... 59

2.3.2.2 La réanimation, les soins intensifs et la surveillance continue 60

2.3.2.3 La cardiologie interventionnelle..... 60

2.3.2.4 La prise en charge des urgences neurologiques..... 60

2.3.2.5 La cancérologie..... 60

2.3.2.6 L'obstétrique 61

2.3.2.7 L'imagerie 61

2.3.2.8 La prise en charge de l'insuffisance rénale chronique 61

2.3.3 Les activités médicales	61
2.3.3.1 La prise en charge des soins palliatifs	61
2.3.3.2 La prise en charge des patients en hospitalisation à domicile	61
2.3.3.3 La pédiatrie	62
2.3.3.4 Les soins de suite et réadaptation	62
2.3.3.5 La psychiatrie	62
2.3.3.6 Les soins de longue durée	63
2.3.3.7 La prise en charge des personnes détenues	63
2.3.4 Évolution de l'activité hospitalière en Bourgogne entre 2007 et 2009	63
2.4 La prise en charge des urgences	64
2.4.1 Les gardes ambulatoires	64
2.4.2 L'activité de soins de médecine d'urgence	64
2.4.3 Le SMUR pédiatrique	65
2.4.4 La régulation médicale	65
2.4.5 Les gardes de pharmacie	65
2.5 L'offre médico-sociale	65
2.5.1 Le secteur du handicap	65
2.5.2 Le secteur des personnes âgées	66
2.6 L'offre en maisons de santé, réseaux et centres de santé.	68
2.6.1 Les maisons de santé.	68
2.6.2 Les réseaux	69
2.6.3 Les centres de santé	70
2.7 L'accessibilité	71
2.7.1 Accessibilité géographique à l'offre de soins de premier recours.	71
2.7.2 Accessibilité à l'offre de médecins aux tarifs conventionnels de secteur I	72
2.7.3 Accessibilité aux soins pour les personnes en situation de précarité et d'exclusion, le PRAPS : .	72
2.7.4 Télémédecine	72
2.8 La qualité des soins	74
2.8.1 Établissements de santé	74
2.8.1.1 Bilan des certifications HAS	74
2.8.1.2 Bilan des Indicateurs de Qualité 2010	75
2.8.1.3 Bilan de la prévention des infections associées aux soins	75
2.8.1.4 Les Contrats de Bon Usage du médicament (CBU)	76
2.8.1.5 Bilan de l'hémovigilance :	78

2.8.2	Établissements médico-sociaux.....	79
2.8.3	Les Commissions des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (C.R.U.Q.P.C.).....	80
2.9	Effort financier consacré aux prises en charge en région Bourgogne : montants, répartition et évolution (champs ambulatoire et établissements, approche en prévention).....	81
3	Une problématique transversale : les inégalités territoriales	83
3.1	La situation de la Bourgogne par rapport à la France	83
3.2	Une approche des disparités socio-sanitaires à l'intérieur de la Bourgogne	84
3.2.1	La classe 1 : cantons ruraux peu peuplés, avec une population âgée, socialement peu favorisée, éloignée des équipements de santé, avec des taux de mortalité générale et prématurée supérieurs à la moyenne.....	86
3.2.2	La classe 2 : cantons ruraux avec une population relativement âgée, éloignée des équipements de santé, avec des taux de mortalité de causes traumatiques plus élevés. ..	87
3.2.3	La classe 3 : cantons très peuplés, avec de fortes proportions de situations de précarité, un mode de vie isolé fréquent, une offre de soins libéraux élevée, proches des services de soins hospitaliers, avec une mortalité prématurée supérieure à la moyenne... ..	88
3.2.4	La classe 4 : cantons relativement favorisés, avec des densités de professionnels de santé réduites mais assez proches des services de soins, présentant une sous-mortalité générale et prématurée.	89
3.2.5	La classe 5 : cantons socialement les plus favorisés, avec une population jeune, un recours et une offre de soins libéraux de proximité importants, proches des équipements de santé, présentant une sous-mortalité générale et prématurée.....	90
3.2.6	Analyse globale.....	91
4	Annexes	92
4.1	Table des sigles et acronymes.....	92
4.2	Tables des cartes, figures, graphiques, parcours et tableaux	104

/// Les besoins de santé de la population et l'offre de santé en Bourgogne

1 Évaluation des besoins de santé de la population

1.1 Le contexte bourguignon – Populations et territoires

Une région étendue, plus âgée que la moyenne française, avec 60 % de la population vivant sur 10 % du territoire.

1.1.1 Poids démographique de la région et densité

La Bourgogne est une vaste région, inégalement et peu densément peuplée. Avec 1 628 837 habitants au 1/1/2007, et 1 638 588 en 2008, elle représente un peu moins de 2.6 % de la population de France métropolitaine et se situe au 16^e rang des régions françaises, entre le Poitou-Charentes et la Basse-Normandie.

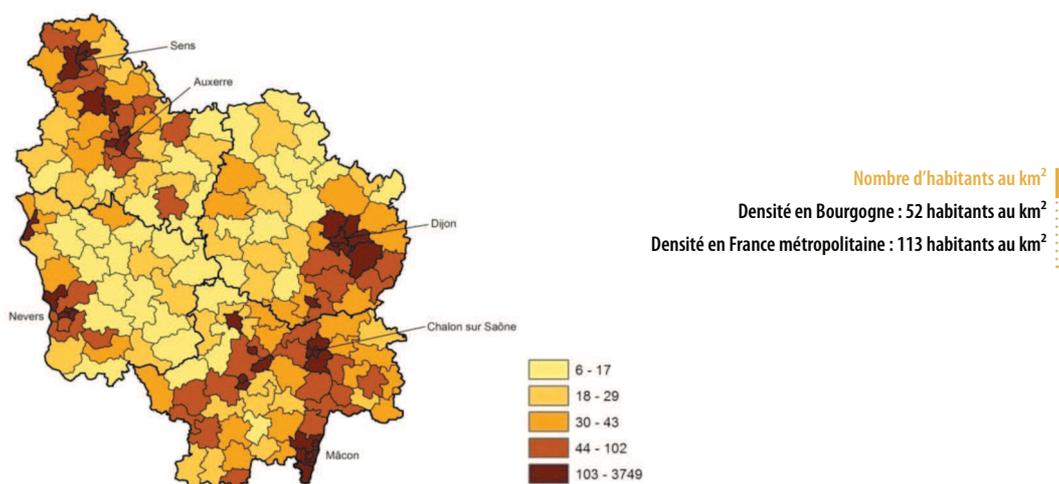
La densité, deux fois moindre que la moyenne française (52 hab/km² contre 113 hab/km² en France métropolitaine en 2007 et 114 hab/km² en 2008), varie fortement à l'intérieur de la région : 60 % de la population est concentrée sur 10 % du territoire et les contrastes entre des territoires urbains attractifs et les espaces ruraux sont très marqués.

Les cantons les plus peuplés suivent, dans l'Yonne, l'axe reliant le Sénonais à l'Auxerrois. En Côte-d'Or, ceux du pourtour de Dijon jusqu'à Beaune comptent entre 696 (Beaune) et 2 011 habitants/km² (Chenôve). En Saône-et-Loire, les cantons les plus peuplés se trouvent le long de deux axes : Autun-le Creusot jusqu'à Digoin-Paray et autour du Chalonais jusqu'au sud de Mâcon. Dans la Nièvre, seules les villes de Cosne-sur-Loire, de Nevers et ses cantons limitrophes (notamment Pougues-les-Eaux) ont une densité supérieure à 60 habitants/km².

La Bourgogne est une région à dominante rurale, un tiers de la population vivant sur les deux tiers du territoire.

L'espace rural domine dans la Nièvre, l'ouest de la Côte-d'Or, le sud-ouest de la Saône-et-Loire, et l'est comme le sud-ouest de l'Yonne.

Carte 1 : Densité de la population dans les cantons de Bourgogne au recensement de la population 2006



Source : Insee, RP 2006 / Exploitation ORS

/// Une faible croissance démographique

Entre 1999 et 2006, la population bourguignonne a gagné 13 000 habitants, soit 0.12 % par an, ce qui est très inférieur au rythme national (0.64 % par an). Si l'on compare 1999 et 2008, la Bourgogne a gagné 27 000 habitants soit 0,19 % par an (0,69 % pour la France métropolitaine).

La progression est la plus importante dans l'Yonne, département le plus attractif en raison de la proximité de sa partie nord avec la région parisienne. La Côte-d'Or est le seul département bourguignon où le nombre de naissances dépasse celui des décès : ce solde naturel étant de plus en plus mince, la progression de la population ralentit. En Saône-et-Loire, la croissance de la population est faible, naissances et décès s'équilibrent comme les départs et arrivées de population. La Nièvre continue de voir sa population diminuer (-1,6 % entre 1999 et 2006) du fait d'un solde naturel déficitaire.

Tableau 1 : Effectifs de la population dans les départements aux RP 2006 et 2008 et évolutions par rapport à 1999

	Effectifs 2006	Évolution 2006-1999 (%)	Effectifs 2008	Évolution 2008-1999 (%)
Côte-d'Or	517 168	1,4	521 608	2,9
Nièvre	222 220	-1,6	220 653	-2,0
Saône-et-Loire	549 361	0,8	553 968	1,7
Yonne	340 088	2,3	342 359	3,0
Bourgogne	1 628 837	1,2	1 638 588	1,8

Source : Insee, RP 2006, RP 2008. Exploitation ORS (RP= Recensement de Population)

Le taux de natalité, en légère progression depuis 2000, atteint 10,9 naissances pour 1000 personnes en 2006 (et 11 pour 1000 en 2008), ce qui est inférieur à la moyenne nationale (12,9 en France métropolitaine) : il est le plus élevé dans l'Yonne (11,8), en Côte-d'Or (11,4) et autour des villes. Cela représente 17 914 naissances en 2006 sur la région, nombre stable depuis : 17 667 naissances domiciliées ont été recensées en 2009.

En 2007, la Bourgogne a dénombré 16 802 décès, soit un taux brut de mortalité de 10,3 décès pour 1 000 personnes, taux supérieur à la moyenne nationale (8,4 ‰). Cet écart est lié à la structure démographique de la région, plus vieille que l'ensemble de l'hexagone. La Nièvre a le taux le plus élevé avec 12,4 ‰, suivie de l'Yonne avec 11,3 ‰.

Cependant, le nombre de décès tend globalement à diminuer (-4 % pour l'ensemble de la région entre 1998 et 2007 et -2 % en France hexagonale).

Au plan migratoire, la Bourgogne se distingue des régions du nord et de l'est où les départs l'emportent sur les arrivées mais elle est loin d'être aussi attractive que les régions de l'ouest et du sud de la France. Comme la plupart des régions, le départ des jeunes de 20 à 29 ans, souvent les plus diplômés, est important, notamment vers Rhône-Alpes et Ile-de-France.

Les dernières projections de population entre 2005 et 2025 réalisées par l'Insee datent de 2008. Si l'évolution démographique suit les tendances d'alors, la population devrait progresser jusqu'en 2015 (+0,8 % par rapport à 2005), puis se stabiliser et diminuer progressivement jusqu'en 2025 (+0,2 % par rapport à 2005).

1.1.2 Une région vieillissante

En 2008, la part des moins de 25 ans était de 28,5 %, celle des 25-64 ans, de 51,6 %. Les 65-74 ans représentaient 9,3 % de la population, les plus de 75 ans 10,6 % et les plus de 85 ans 2,9 %.

En 2006, en France hexagonale, la part des plus de 75 ans était de 8,3 %. Elle atteignait 8,6 % en 2008

La Bourgogne fait partie des régions françaises où les proportions des 75 ans et plus sont les plus élevées. Cette tendance s'explique par l'allongement de l'espérance de vie et la combinaison d'un solde migratoire négatif pour les jeunes adultes et positif pour les seniors.

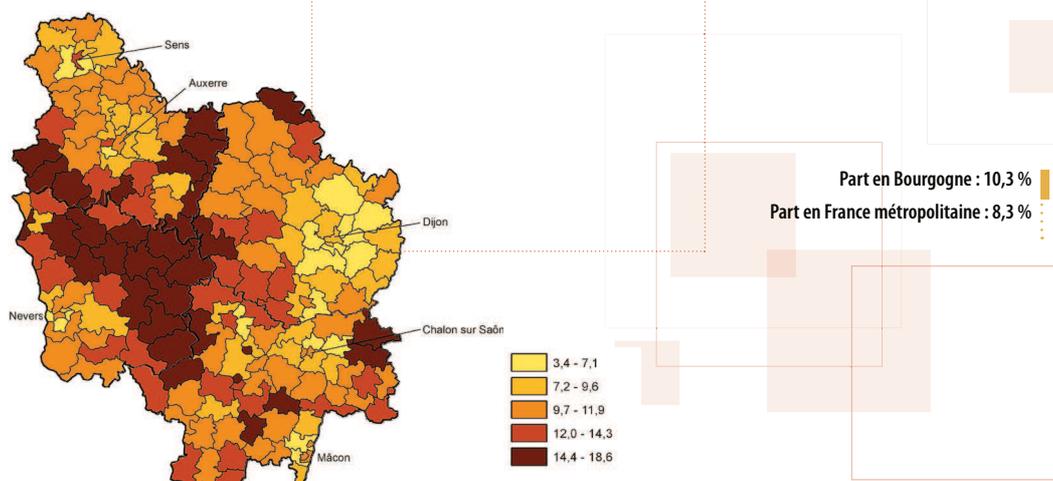
Le tableau ci-dessous en donne les effectifs par département et la carte n° 2 en montre la répartition par canton, avec une large majorité des cantons concernés dans la Nièvre et en Saône-et-Loire.

Tableau 2 : Population âgée (75 ans et plus) dans les départements de Bourgogne en 2006

	Hommes	Femmes	Ensemble	
	Effectif	Effectif	Effectif	%
Côte-d'Or	16 055	27 836	43 891	8,5 %
Nièvre	10 030	17 507	27 537	12,4 %
Saône-et-Loire	22 447	38 142	60 589	11,0 %
Yonne	13 385	22 453	35 838	10,5 %
Bourgogne	61 917	105 938	167 855	10,3 %

Source : Insee – Exploitation ORS

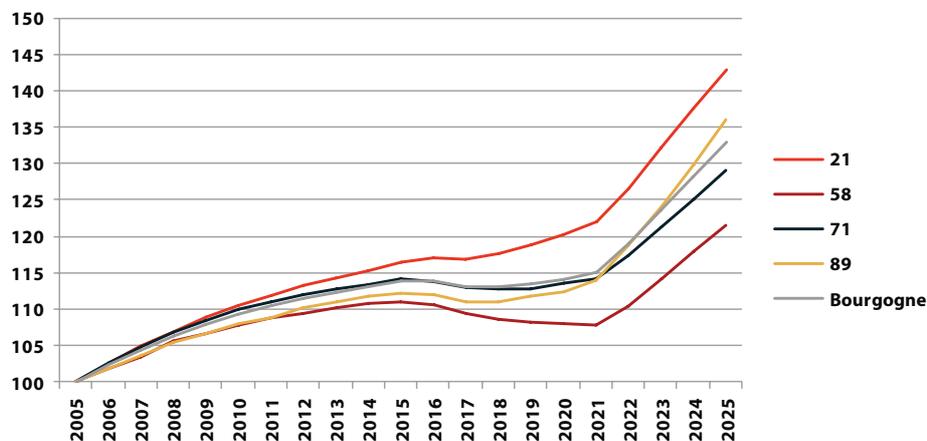
Carte 2 : Part des 75 ans et plus dans les cantons de Bourgogne en 2006 (pour 100 habitants)



Source : Insee – Exploitation ORS

Selon les projections de population, la Bourgogne devrait compter, en 2015, environ 186 700 habitants âgés de 75 ans et plus (soit 14 % de plus qu'en 2005), ce nombre devant se stabiliser ensuite, voire diminuer comme dans la Nièvre puis progresser très fortement à partir de 2022 (+19 % par rapport à 2005 et jusqu'à + 33 % en 2025), comme illustré ci-dessous.

Graphique 1 : évolution du nombre d'habitants de 75 ans et plus dans les départements de Bourgogne, entre 2005 et 2025, selon les projections de l'Insee (à partir d'un indice 100)



Source : Insee – Exploitation ORS

Ces évolutions masquent cependant de fortes différences selon les groupes d'âge 75-84 ans et 85 ans et plus : le nombre des personnes les plus âgées, de 85 ans et plus (36 000 en 2005) devrait s'accroître fortement et de façon continue jusqu'en 2017 (63 000, soit + 75 % par rapport à 2005), modérément par la suite. Ces évolutions montrent les enjeux concernant la prévention de la dépendance et la prise en charge des personnes très âgées.

Les proportions de personnes âgées et très âgées devraient rester nettement plus élevées dans les départements de la Nièvre et de la Saône-et-Loire que dans l'Yonne et en Côte-d'Or. En revanche, c'est en Côte-d'Or et en Saône-et-Loire que le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus est actuellement le plus important.

Au final, l'augmentation du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus est attendue plutôt sur le moyen terme, leur part dans la population totale passant de 10 % en 2005 à 13 % en 2025 pour les personnes âgées de plus de 75 ans et de 2 à 4 % pour les plus de 85 ans.

1.1.3 Une diminution attendue du nombre et de la part des jeunes et personnes de moins de 60 ans

Le nombre de Bourguignons de moins de 20 ans devrait diminuer, passant de 377 300 en 2005 à 333 500 en 2025 (-11,6 %) et la part des moins de 20 ans passerait de 23,2 % en 2005 à 20,5 % en 2025. Durant la même période, la proportion des moins de 20 ans en France passerait de 24,9 % à 23,1 % : la diminution des jeunes de moins de 20 ans est donc supérieure en Bourgogne par rapport à la France.

Le nombre de Bourguignons de 20-59 ans devrait diminuer de 856 000 à 753 000 (-12,1 %) entre 2005 et 2025 et leur part dans la population bourguignonne passerait de 52,6 % à 46,2 %. Durant la même période, la proportion des 20-59 ans passerait de 54,3 % à 49 % au plan national : là aussi, la diminution des actifs est donc supérieure en Bourgogne par rapport à la France.

1.2 Les conditions de vie

1.2.1 Des conditions de vie contrastées, un peu plus modestes que la moyenne française

Les conditions de vie sont abordées ici sous divers angles : modes de vie, revenus, insertion éducative et professionnelle, données sociales, minima sociaux...

En Bourgogne, 102 000 personnes de 25 à 59 ans vivent seules, soit 13,6 % (comme en France). Le pourcentage le plus faible est observé dans l'Yonne (12,5 %) et le plus élevé dans la Nièvre (14,5 %).

Par ailleurs, 40 000 familles bourguignonnes sont des familles monoparentales en 2006, soit 18,5 % de l'ensemble des familles avec enfants (15,5 % en 2009), proportion inférieure à la moyenne nationale (20,3 % en 2006 et 17,4 % en 2009).

Ces familles se concentrent principalement en milieu urbain. Au niveau des cantons, les écarts sont marqués. Les cantons de la Nièvre, de l'ouest de la Côte-d'Or, à l'est et autour de Tournus en Saône-et-Loire, et dans le nord-ouest de l'Yonne présentent les proportions les plus fortes de familles monoparentales (entre 23 % et 34 %).

D'autre part, près de 65 000 personnes âgées de 75 ans et plus vivent seules en Bourgogne, en 2006.

Les personnes de 75 ans et plus vivant seules représentent respectivement 21 % des hommes et 49 % des femmes de ce groupe d'âge.

Ces chiffres sont proches de la moyenne nationale. Ils varient selon les départements de 37 % dans l'Yonne à 40 % dans la Nièvre.

En Bourgogne, environ 56 500 personnes sont allocataires d'un des quatre principaux minima sociaux (Revenu Minimum d'Insertion – RMI – ; Allocation Parent Isolé – API – ; Allocation Adultes Handicapés – AAH – et Allocation de Solidarité Spécifique – ASS –) en 2007, soit 6 % de la population âgée de quinze à cinquante-neuf ans, taux nettement inférieur à la moyenne nationale (9,6 % pour la France hexagonale).

La part des bénéficiaires varie de 1,4 % à 15,6 % selon les cantons. Les allocataires se concentrent principalement dans les 6 plus grandes villes (Dijon, Nevers, Chalon/Saône, Mâcon, Auxerre et Sens). Par ailleurs, les proportions d'allocataires les plus élevées sont observées dans les cantons de la Nièvre, du sud de l'Yonne et en Haute Côte-d'Or où elles varient de 7 % à 15,6 %.

D'autre part, fin 2009, 71 564 assurés et ayants-droit du régime général en Bourgogne bénéficiaient de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C), soit 6,0 % des assurés (6,6 % de la population française fin 2008).

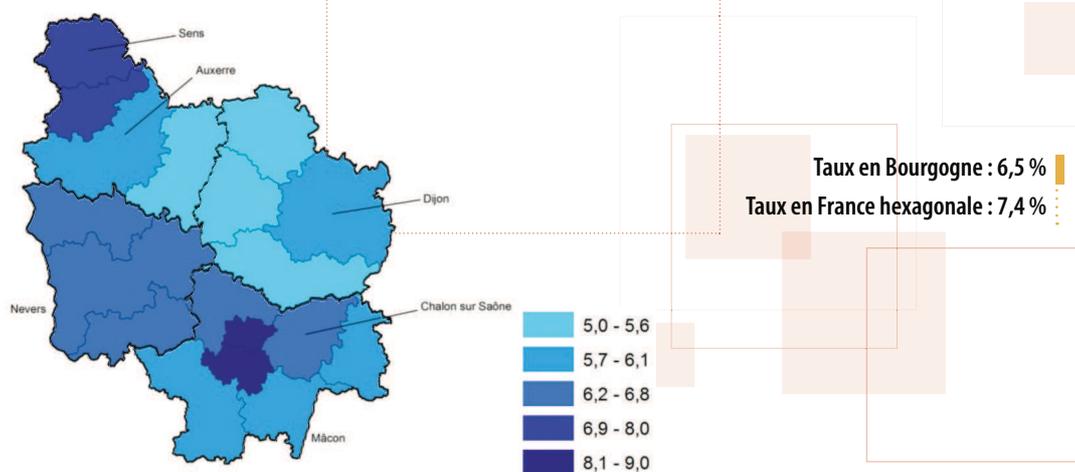
En Bourgogne, 736 320 personnes ont un emploi ou en recherchent un, soit 71,5 % de la population, un peu moins que la moyenne hexagonale (73,7 %).

La proportion d'employés et d'ouvriers dans la population active employée (56,9 %) est supérieure à la moyenne nationale (51,8 %).

À noter qu'en 2008, près de 50 000 personnes étaient à la recherche d'un emploi en Bourgogne, soit 6,5 % de la population (7,4 % en France hexagonale). La Côte-d'Or présente un taux de chômage plus réduit (5,9 %) que les trois autres départements.

Les chômeurs de longue durée représentent en 2008, 20,6 % de l'ensemble des chômeurs, taux inférieur à la moyenne nationale (24,1 %). À l'intérieur de la région, la part des chômeurs de longue durée varie de 18,1 % à 22,1 % selon les départements. La Côte-d'Or enregistre la part de chômeurs de longue durée la plus élevée (22,1 %). En revanche, leurs parts sont plus faibles dans la Nièvre et l'Yonne (19,7 % et 18,1 %).

Carte 3 : Taux de chômage par zone d'emploi en Bourgogne en 2008 en %



Source : Insee – Exploitation ORS

En 2008, le revenu annuel moyen par foyer fiscal s'élève à 21 616 euros en Bourgogne, il est inférieur à la moyenne nationale (23 450). 47,2 % des foyers fiscaux étaient non imposés contre 45,8 % dans l'Hexagone.

Au dernier recensement, près de 20 000 Bourguignons de 20 à 29 ans non scolarisés étaient peu ou pas diplômés, soit 14,1 % des 20-29 ans sortis du système scolaire, contre 13,4 % en moyenne en France. À l'intérieur de la région, la part des personnes peu ou pas diplômées varie de manière significative entre la Côte-d'Or où elle est la plus faible (12,1 %) et l'Yonne où elle est la plus élevée (17,2 %).

1.2.2 Le parcours de santé des personnes en situation de précarité

Afin de mieux connaître les difficultés des personnes en situation de précarité dans leur parcours de santé et d'accès aux soins, l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Bourgogne, avec le concours d'experts, a analysé ce parcours et mis en évidence douze points de rupture, ou situations de discontinuité à même d'induire un retard voire une absence de prise en charge de soins, ou un défaut de qualité de celle-ci.

Le premier point de rupture est le manque de sensibilisation aux problématiques de santé des personnes en situation de précarité, d'où leur moindre attention (ou l'absence d'attention) aux déterminants de santé.

Lorsque s'exprime un symptôme, les personnes en situation de précarité se mobilisent moins que les autres, pour partie en raison de conditions psychologiques particulières. D'autre part, les professionnels de santé de 1^{er} recours et certains spécialistes sont peu nombreux voire absents sur certains territoires, ce qui représente un frein à l'accès aux soins. La question de l'accès aux droits, avec l'information des personnes en situation de précarité, constitue une limite supplémentaire à l'entrée dans le système de soins et il en est de même pour la difficulté liée à l'avance des frais pour certains actes techniques.

La prise en charge des soins en ambulatoire se complique de la difficulté d'intégration de certaines personnes en situation de précarité (absence de rendez-vous ou non-annulation) générant l'appréhension des professionnels de santé.

Les centres de santé, peu nombreux à être orientés spécifiquement vers les publics précaires, sont insuffisamment repérés et sollicités par ces personnes.

Pour certaines personnes en situation de précarité, la seule porte d'entrée dans le système de soins est le service d'accueil des urgences d'établissements de santé, même si le problème présenté ne relève pas d'une situation d'urgence. La prise en charge est alors ponctuelle, sans assurance de suivi ultérieur.

Une difficulté très spécifique concerne la prise en charge par les établissements de santé des femmes enceintes étrangères, sans droits et en situation de précarité (non ressortissantes françaises, n'ayant pas de droits et sans hébergement).

Les lits halte soins santé, sollicités en sortie d'hospitalisation de court séjour sont fréquemment confrontés à des prises en charge lourdes sur le plan médical, alors qu'il s'agit de structures médico-sociales.

Enfin la prise en charge des personnes présentant des troubles psychiques rencontre des difficultés à trois niveaux :

- Rupture de la continuité du suivi médical conduisant à l'arrêt des traitements.
- Repérage des situations nécessitant une hospitalisation en psychiatrie ou une prise en charge spécialisée.
- Lien entre la prise en charge psychiatrique et le secteur social lors du retour au domicile ou de l'accueil en structure médico-sociale.

Schéma parcours n° 1 : le parcours des personnes en situation de précarité



1.3 L'environnement domestique, professionnel et physique

Un environnement marqué par le caractère rural de la région.

1.3.1 L'habitat

En 2005, on dénombre environ 862 000 logements pour 710 000 ménages en Bourgogne. Parmi ces derniers, 63 % sont propriétaires de leur logement, contre 60 % six ans plus tôt. La part de ménages propriétaires est plus élevée dans la région qu'en France hexagonale (57 % en 2005).

L'ancienneté d'une partie du parc privé est une caractéristique bourguignonne.

D'autre part, c'est principalement dans de petites communes rurales que l'on observe la plus forte part des dépenses pour la consommation d'énergie dans les logements par rapport aux revenus des ménages.

L'intoxication par le monoxyde de carbone (CO) est la première cause de mortalité accidentelle par intoxication en Bourgogne comme en France.

Par ailleurs, le radon est, après le tabac, un facteur de risque reconnu du cancer du poumon. Il représente le tiers de l'exposition à la radioactivité reçue chaque année par la population française. Il provient surtout des sous-sols granitiques et volcaniques. Sa présence dans les habitations est aussi liée à l'étanchéité des murs et des planchers et aux comportements individuels (aération). Dans la région, la concentration moyenne en radon mesurée est de 100 Bq/m³, proche de celle observée en France hexagonale (90 Bq/m³). Cependant, près de 3 % des mesures effectuées sont supérieures à 400 Bq/m³, avec des pourcentages plus élevés en Saône-et-Loire (4,1 %) et dans la Nièvre (2,7 %) qui font partie des 31 départements de France identifiés à risque radon.

1.3.2 L'air extérieur

Pour ce qui concerne l'air extérieur, l'impact sanitaire de la pollution atmosphérique est davantage lié aux niveaux habituels qu'à des pics de pollution.

La circulation routière est le principal émetteur de pollution atmosphérique, les progrès techniques sur les véhicules ne compensent pas l'augmentation du trafic. Les molécules en cause dans l'irritation broncho-pulmonaire sont l'oxyde d'azote (en provenance à 56 % des transports routiers et à 24 % de l'agriculture), les particules fines émises par la combustion de charbon et de bois, l'activité agricole, le trafic routier (essentiellement diesel), et l'ozone, formé à partir des oxydes d'azote et de composés organiques volatils, sous l'effet des rayons ultra-violet du soleil.

On estime que dans l'agglomération dijonnaise, une réduction de 25 % des concentrations en polluants permettrait d'éviter plus du tiers des 24 décès annuels et des 103 hospitalisations de personnes de 65 ans ou plus.

La progression de l'ambrosie, plante invasive déjà bien installée en Saône-et-Loire et dans une moindre mesure dans la Nièvre, fait craindre dans les années à venir une progression des allergies sévères liées à ce type de pollen en Bourgogne.

1.3.3 L'eau

De 60 à 70 % des nappes seraient contaminées en Bourgogne par des produits phytosanitaires ou leurs résidus, en partie par des molécules actuellement interdites mais stockées dans le sol et relarguées progressivement. Les teneurs en nitrates sont variables avec des taux plus élevés dans l'Yonne.

La question des pesticides est complexe, en raison de leur diversité. La contamination environnementale est quasi générale malgré différentes mesures qui ont fait baisser l'exposition de la population par l'eau distribuée.

Les risques bactériologiques et parasitaires sont maîtrisés à plus de 96 % en 2008. D'importants travaux sont poursuivis pour les captages sans protection grâce à un partenariat confirmé avec les conseils généraux et les agences de l'eau. La mise en cohérence des différents plans d'action dans le domaine de l'eau est une priorité réaffirmée dans le Plan Régional Santé Environnement 2 (PRSE 2). Enfin, 96 % des eaux de baignade sont de bonne qualité dans la région.

1.3.4 Le bruit

Le bruit est la nuisance la plus citée par les habitants des agglomérations de plus de 50 000 habitants (54 % des ménages). Par ordre de fréquence sont retenus les transports terrestres (80 %) puis les bruits de voisinage, les bruits liés à des sites industriels, enfin ceux liés à des chantiers.

Chez les populations jeunes, le principal risque auditif est lié à la musique amplifiée dont les technologies et l'accessibilité se développent.

Les effets du bruit sur la santé sont physiologiques (lésions auditives, pathologies cardiovasculaires et perturbation du sommeil) et psychologiques (gêne, en lien avec la perception subjective du bruit).

25 000 lycéens bourguignons ont été sensibilisés à la question du bruit et 29 % d'entre eux ont affirmé avoir changé leur comportement face à leur environnement sonore après leur participation à un spectacle pédagogique. La pérennisation de telles actions et la plus grande intégration de la prévention des nuisances sonores dans les réflexions d'élaboration d'urbanisme sont des axes retenus notamment dans le PRSE 2.

1.3.5 Les risques professionnels et contraintes de travail

Le taux de recours à l'emploi intérimaire est de 3,9 % de l'emploi total dans la région. On note de fortes disparités en fonction des secteurs d'activité. L'industrie emploie près de 60 % des intérimaires; la construction et les services environ 17 % chacun.

Les principaux risques professionnels (trois quarts) auxquels sont exposés les salariés, mentionnés par les médecins du travail, sont le bruit, le travail sur écran, les vibrations, le travail en équipe alternante de nuit, les agents biologiques ainsi que le travail de nuit.

Globalement, 12 % des salariés travaillent de nuit. Les salariés de nuit sont surtout des hommes (75 %) et principalement des ouvriers (67 %).

D'autre part, les premiers éléments diagnostiques du dispositif EVREST¹ indiquent que les charges physiques au travail sont estimées pénibles et la pression temporelle difficile pour plus d'un tiers des salariés, et un sur quatre déclare manquer de reconnaissance professionnelle.

1.4 Les indicateurs globaux de santé

Des indicateurs globaux de santé qui s'améliorent mais de façon moins sensible que dans le reste de la France.

1.4.1 L'espérance de vie

En Bourgogne, l'espérance de vie des femmes atteint 84,3 ans (13^e rang des régions françaises) celle des hommes 76,8 ans (15^e rang) en 2007.

En 2008, la progression se poursuit pour les hommes de la région : 77,1 ans, mais pas pour les femmes : 83,9 ans.

L'écart de longévité entre les deux sexes, maximal en 1990 (8,3 ans), tend à se réduire depuis (7,5 ans en 2007 et 6,8 ans en 2008).

Les hommes de Côte-d'Or et les femmes de ce département et de Saône-et-Loire ont une espérance de vie supérieure à la moyenne nationale (77,5 pour les hommes et 84,3 pour les femmes).

Entre 1990 et 2007, l'espérance de vie des hommes de la Nièvre a progressé de 5,2 années. C'est la plus forte progression observée en Bourgogne, suivie de celle des hommes de l'Yonne (+ 4 ans) (cf. tableau n° 3).

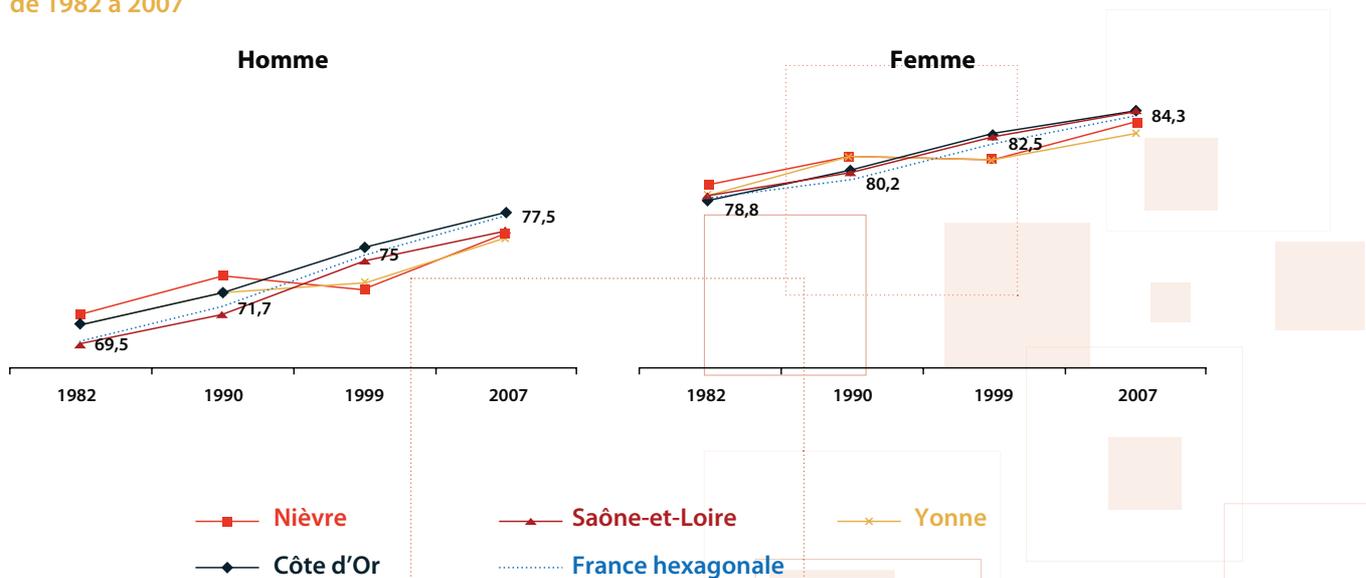
Tableau 3 : Espérance de vie à la naissance dans les départements bourguignons en 1990 et 2007

	1990		2007	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Côte-d'Or	74,2	81,9	77,8	84,7
Nièvre	71,1	80,7	76,3	83,9
Saône-et-Loire	73,3	81,5	76,5	84,8
Yonne	72,1	80,1	76,1	83,1
Bourgogne	72,9	81,2	76,8	84,3
France hexagonale	72,9	81,0	77,5	84,3

Sources : Insee, fichier État-civil (données domiciliées), estimations localisées de population

1 Le dispositif EVREST (ÉVolutions et RELations en Santé au Travail) est un recueil de données pluriannuel visant à constituer une base nationale, à partir d'un échantillon de salariés ayant bénéficié d'une consultation de médecine du travail. Le dispositif EVREST est opérationnel en Bourgogne depuis début 2008. Près de 70 médecins du travail des services médicaux inter-entreprises, de la MSA et du BTP, d'un service médical autonome, participent à ce jour au dispositif animé par un médecin référent régional qui s'appuie sur le groupe projet bourguignon.

Graphique 2 : Évolution de l'espérance de vie dans les départements de Bourgogne et dans l'hexagone de 1982 à 2007



Sources : Insee, fichier État-civil

La mortalité générale a diminué de 15 % entre 1991-1997 et 2001-2007 en Bourgogne, un peu moins qu'en France² (-16 %) (cf. graphique n° 2).

Sur la période 2000-2007, la Bourgogne présente une surmortalité par rapport à la moyenne française globalement liée à une surmortalité des hommes ; au niveau départemental, la Nièvre et l'Yonne sont en surmortalité par rapport à la moyenne française.

1.4.2 La mortalité prématurée

Près d'un décès sur cinq survient avant l'âge de 65 ans en Bourgogne (3 150, soit 18 % des décès) comme en France : 25 % chez les hommes et 11 % chez les femmes.

Depuis le début des années 1980, la mortalité prématurée des hommes de la région est supérieure à celle de l'ensemble des Français.

Elle a diminué de 16,3 % entre 1991-1997 et 2001-2007 en Bourgogne, mais moins qu'en France (-18,9 %). L'écart à la moyenne française de +8 % en 1998-2000 passe à +14 % en 2000-2007 pour la Bourgogne.

Les principales causes de décès prématurés en Bourgogne sont les cancers (41 %), les traumatismes et empoisonnements (16 %) et les maladies cardiovasculaires (14 %). On peut ajouter les pathologies directement associées à l'alcool à l'origine de plus 7 % des décès masculins avant 65 ans.

À l'intérieur de la région, les écarts entre territoires observés dans les années 90, perdurent dans la dernière décennie : surmortalité au-dessus d'une ligne nord-est – sud-ouest, sous-mortalité en dessous (cf. carte n° 4).

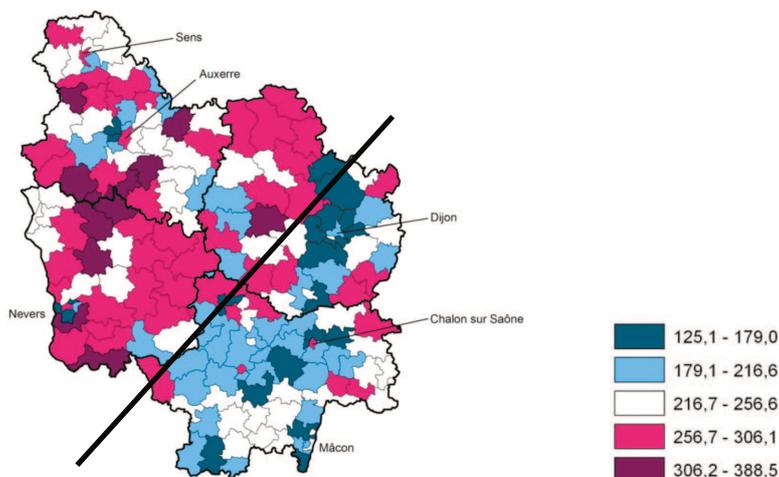
La surmortalité prématurée est ainsi plus particulièrement observée, pour les hommes et les femmes, dans la Nièvre (globalement +39,7 %) et dans l'Yonne (+25,4 %).

À l'intérieur des départements de la Côte-d'Or et de l'Yonne, la situation est contrastée, avec des cantons en forte surmortalité et d'autres en sous-mortalité. Elle est relativement plus homogène dans la Nièvre (surmortalité), comme en Saône-et-Loire (sous-mortalité).

Sur la base des causes médicales de décès, on estime qu'en l'état actuel des connaissances et de l'organisation des soins, le caractère prématuré de 50 % de ces 3 150 décès pourrait être évité. Deux tiers des décès prématurés évitables le seraient par des actions pour réduire les facteurs de risque individuels comme les addictions et les comportements induisant des traumatismes et un tiers par une détection et une prise en charge appropriée plus précoces.

² L'évolution comparée de la mortalité dans la région et en France (entière) porte sur les périodes 1991-1997 et 2001-2007 (les données de l'année 2000 n'ayant pas été disponibles pour la Guyane).

Carte 4 : Taux standardisé de mortalité prématurée dans les cantons de Bourgogne 2000-2007 (pour 100 000 habitants)



Sources : Inserm, CépiDc, Insee – Exploitation ORS

1.4.3 Les principales causes de mortalité globale

En 2007, la Bourgogne a dénombré 16 802 décès, soit un taux brut de mortalité de 10,3 pour 1 000 personnes, taux supérieur à la moyenne nationale (8,4/1 000).

Plus de 7 décès sur 10 sont causés par quatre groupes de pathologies. Les maladies cardiovasculaires (29,7 %), principalement les cardiopathies ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux, restent les plus fréquentes causes des décès, suivies de près par les cancers (27,3 %). Viennent ensuite, en moindres proportions, les « causes externes de traumatismes et empoisonnement » (7,4 %) et les maladies respiratoires (6,1 %).

Un peu plus de 5 100 décès de Bourguignons sont causés par des maladies de l'appareil circulatoire.

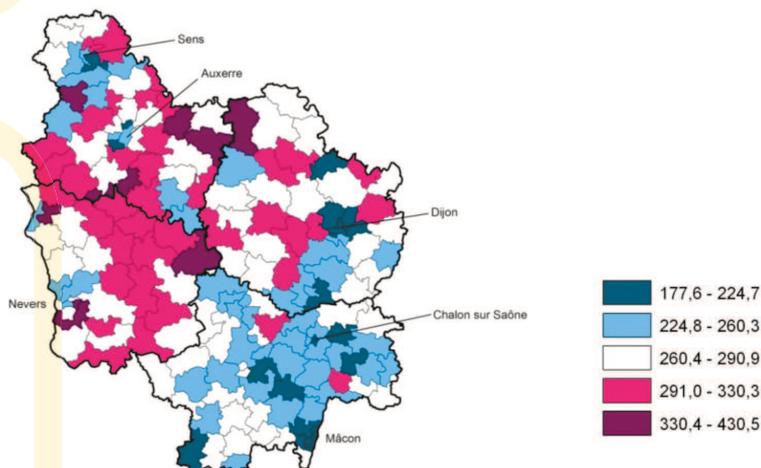
La moitié de ces décès est due à des cardiopathies ischémiques (28 %) et des maladies vasculaires cérébrales (22 %).

On observe une **surmortalité par maladies cardio-vasculaires** en 2000-2007, chez les hommes surtout, par rapport à la moyenne nationale (+1 %).

La mortalité par maladies cardiovasculaires a diminué de 24,7 % entre 1991-1997 et 2000-2007 en Bourgogne, mais un peu moins qu'en France (-26,6 %). De ce fait, alors que la situation était favorable à la région en 1991-1997, la Bourgogne présente une surmortalité par maladies cardiovasculaires en 2000-2007.

Les départements de la Nièvre (+3 %) et de l'Yonne (+2,2 %) présentent une surmortalité par maladies de l'appareil circulatoire, et plus particulièrement par cardiopathies ischémiques, pour les hommes comme pour les femmes (cf. carte n° 5).

Carte 5 : Taux standardisé de mortalité par maladies cardiovasculaires dans les cantons de Bourgogne 2000-2007



Environ 4 700 Bourguignons sont décédés chaque année d'un cancer sur la période 2000-2007 (27 % de l'ensemble des décès).

On observe depuis le début des années 90 **une surmortalité par cancers** (toutes localisations anatomiques confondues), en Bourgogne par rapport à la France.

Sur la période 2000-2007, en Bourgogne, la mortalité par cancer des hommes est supérieure à la moyenne nationale, celle des femmes ne s'en distingue pas.

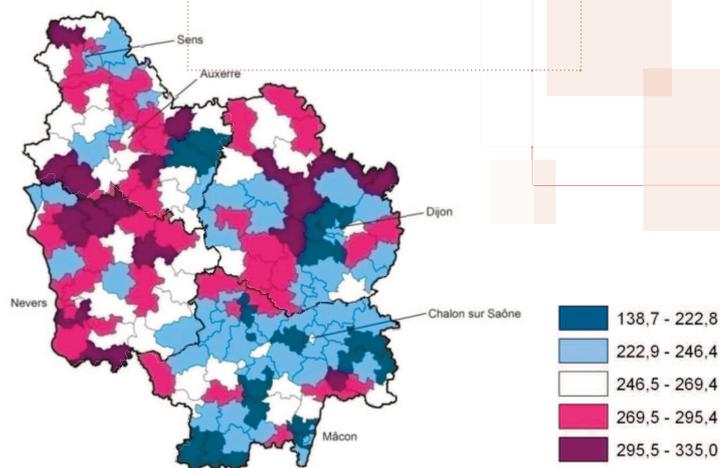
Le cancer le plus fréquemment cause de décès est celui des poumons chez l'homme (23 % des décès par cancers en 2003-2005) et du sein chez la femme (18 %).

Entre 1985 et 2004, le taux de mortalité a reculé chez les hommes (-11 %) et un peu moins chez les femmes (-5 %). Chez les hommes, il a diminué pour les cancers de la prostate (-14 %), du colon-rectum (-11 %), et du poumon (-4 %). Chez les femmes le taux de mortalité par cancer du poumon a fortement augmenté (+71 %), tandis que les taux de mortalité par cancers du sein et du colon-rectum ont diminué (respectivement -5 % et -9 %).

La part des cancers dans la mortalité est maximale entre 45 et 64 ans tant pour les femmes (52 %) que pour les hommes (44 %).

À l'intérieur de la région, on observe une surmortalité par cancer chez les hommes comme chez les femmes de la Nièvre et chez les hommes de l'Yonne (cf. carte n° 6). La surmortalité des hommes est observée depuis le début des années 90, celle des femmes n'est constatée que depuis la fin de cette décennie.

Carte 6 : Taux standardisé de mortalité par cancers dans les cantons de Bourgogne en 2000-2007 (pour 100 000 habitants)



Sources : Inserm, CépiDc, Insee – Exploitation ORS

L'ensemble des causes externes de traumatismes, avec près de 1 300 décès par an, représentent 8 % des décès. La Bourgogne présente une **surmortalité** pour l'ensemble des **causes traumatiques** depuis de nombreuses années. Au niveau départemental, seule la Côte-d'Or ne se distingue pas de la moyenne française. Les trois autres départements de la région présentent des taux standardisés de mortalité significativement plus élevés que la moyenne nationale.

Tableau 4 : Taux standardisé de mortalité par traumatismes et empoisonnements dans les départements bourguignons en 2000-2007 (pour 10 000 habitants)

	HOMMES		FEMMES		ENSEMBLE	
	Nb/an	Taux Standardisé de Mortalité (TSM)	Nb/an	TSM	Nb/an	TSM
Côte-d'Or	200	8,9	133	4,1	333	6,3
Nièvre	117	10,5 *	84	4,6	201	7,4 *
Saône-et-Loire	274	10,4 *	194	4,8 *	468	7,4 *
Yonne	173	10,8 *	114	4,8	286	7,6 *
Bourgogne	764	10,0 *	525	4,5 *	1 289	7,1 *
France		8,9		4,2		6,4

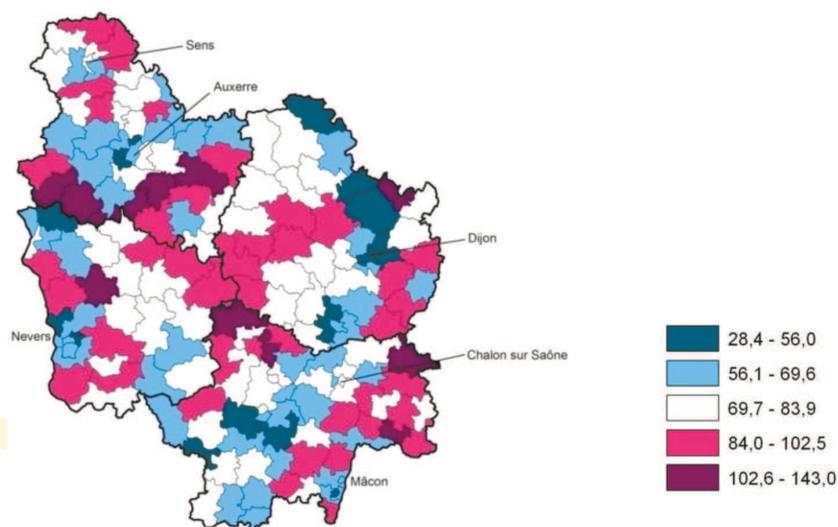
Sources : Inserm, CépiDc, Insee – Exploitation ORS (* chiffre significativement différent d'une donnée moyenne selon test statistique utilisé)

/// Évaluation des besoins de santé de la population ●●●●

Cependant, la mortalité par causes traumatiques a diminué de 24 % entre 1991-1997 et 2000-2007 en Bourgogne comme en France.

Au niveau infra départemental, la situation est très contrastée avec des cantons en forte surmortalité dans chacun des départements et singulièrement aux frontières des départements (cf. carte n° 7).

Carte 7 : Taux standardisé de mortalité par traumatismes et empoisonnements dans les cantons de Bourgogne 2000-2007 (pour 100 000 habitants)



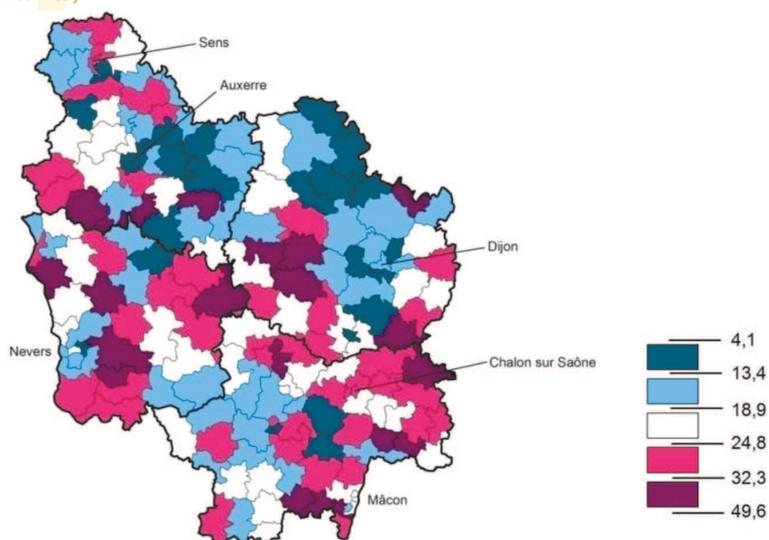
Sources : Inserm, CépiDc, Insee – Exploitation ORS

En 2000-2007, plus de 350 Bourguignons ont mis fin à leurs jours chaque année. Sur cette période, **la mortalité par suicide** en Bourgogne est, comme depuis de nombreuses années, supérieure à la moyenne nationale (notamment dans la Nièvre et en Saône-et-Loire) (cf. carte n° 8).

Le risque de suicide augmente avec l'âge, mais le poids du **suicide** dans l'ensemble des décès est maximal chez les adolescents et jeunes adultes.

La mortalité par suicide a diminué de 16,6 % entre 1991-1997 et 2000-2007 en Bourgogne, un peu moins qu'en France (-17,8 %).

Carte 8 : Taux standardisé de mortalité par suicide dans les cantons de Bourgogne en 2000-2007 (pour 100 000 habitants)



Sources : Inserm, CépiDc, Insee – Exploitation ORS

La mortalité par accidents de la route a fortement diminué (-36 %) entre 1991-1997 et 2000-2007 en Bourgogne, comme en France (-35 %).

Cependant, en 2000-2007, **200** Bourguignons sont morts d'accidents de la route en moyenne par an, plus des trois quarts étant des hommes. Il demeure une surmortalité en Bourgogne pour cette cause et en 2000-2007, l'écart à la moyenne nationale reste significatif dans la Nièvre, la Saône-et-Loire et l'Yonne.

Enfin, avec **plus de 630 décès annuels** dans la région (2003), dont 180 décès dus à des chutes accidentelles ce sont **les accidents de la vie courante**, pourtant moins médiatisés que les accidents de la circulation, qui représentent la part la plus importante de la mortalité accidentelle.

Les chutes et les suffocations (essentiellement des fausses routes alimentaires) représentent en France les deux tiers des décès par accidents de la vie courante (près de 80 % chez les personnes de plus de 75 ans), mais l'on peut noter la prédominance des noyades entre 1 et 14 ans (première cause des décès par accident de la vie courante dans cette tranche d'âge).

En 2000-2007, on a compté **plus de 1 000 décès annuels par maladies respiratoires** (le cancer broncho-pulmonaire et la tuberculose étant mis à part).

La mortalité par maladies respiratoires a diminué de 29,0 % entre 1991-1997 et 2000-2007 en Bourgogne, un peu moins qu'en France (-32,5 %). La situation était plus favorable à la Bourgogne en 1991-1997, et la **sous-mortalité par maladies respiratoires demeure dans la région**, plus nettement pour les hommes, en 2000-2007.

Au niveau départemental, seul le département de l'Yonne a un taux de mortalité par maladie respiratoire supérieur à la moyenne française, l'écart étant significatif pour la mortalité féminine.

On dénombre chaque année **plus de 2 500 décès causés par des pathologies en grande partie liées au tabac** (cancers broncho-pulmonaires, bronchites chroniques, cardiopathies ischémiques, maladies vasculaires, autres cancers, de la vessie en particulier). La Bourgogne est en surmortalité pour ces causes par rapport à la moyenne française. La surmortalité est constatée uniquement dans la Nièvre et dans l'Yonne.

Enfin, malgré leur diminution régulière, les pathologies directement associées à la **consommation excessive d'alcool** causent chaque année **645 décès** (2000-2007) dans la région³.

La mortalité par cirrhose du foie et celle par psychose alcoolique en Bourgogne ont été supérieures à la moyenne en France au cours des deux dernières décennies. La surmortalité associée à ces pathologies est essentiellement constatée dans la Nièvre et dans l'Yonne (pour les hommes surtout).

La mortalité prématurée masculine directement liée à l'alcool est restée supérieure à la moyenne nationale durant les vingt dernières années.

1.5 Le poids des maladies chroniques en Bourgogne

Un poids important des maladies cardio – neuro – vasculaires et des cancers.

L'augmentation de l'espérance de vie et le vieillissement de la population, mais aussi la réduction de la mortalité par certaines causes (infarctus, sida par exemple), se traduisent par l'augmentation des maladies chroniques, d'incapacités et par une évolution dans les besoins de soins.

Pour donner des éléments de mesure des maladies chroniques, les Affections de Longue Durée (ALD) et les taux de séjours hospitaliers en Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO) sont utilisés.

En Bourgogne, sur la période 2005-2007, près de 36 000 Bourguignons relevant d'un des 3 principaux régimes d'assurance maladie ont été admis en ALD (cf. tableau n° 5). Le taux d'admission en ALD augmente avec l'âge : inférieur à 10 pour 1 000 personnes avant 40 ans, il passe à 40 pour 1 000 personnes chez les 60-64 ans et atteint 66 pour 1 000 à partir de 75 ans.

Tableau 5 : nouvelles admissions en ALD dans les départements bourguignons : effectifs et taux en 2005-2007 (pour 1 000 habitants)

	Effectifs	Taux (‰)
Côte-d'Or	9 363	18,0
Nièvre	5 728	20,5
Saône-et-Loire	12 072	18,8
Yonne	8 762	22,9
Bourgogne	35 924	19,6

Sources : CNAMTS, MSA, RSI Bourgogne, Insee – Exploitation ORS

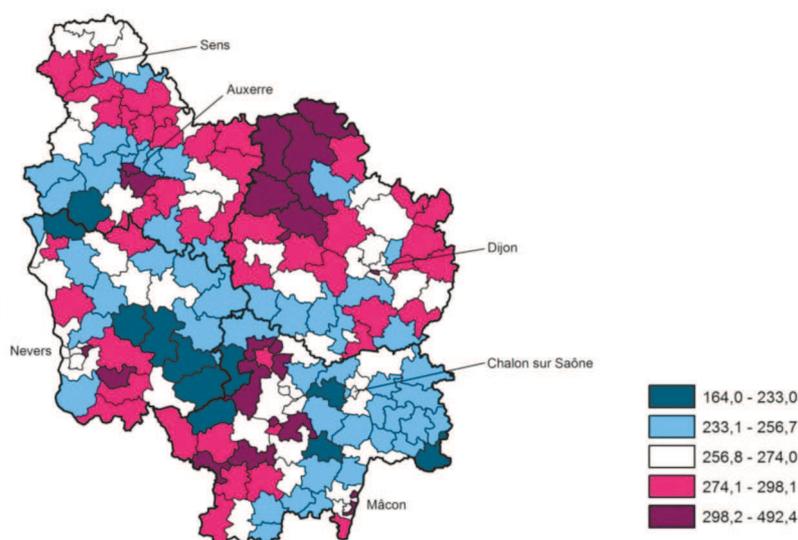
³ À ces décès directement associés à l'alcool, il faut ajouter une partie importante des morts violentes dans lesquelles l'alcool joue un rôle souvent important (accidents, suicides...).

D'autre part, sur la période 2007-2009, on a dénombré chaque année environ 430 000 **séjours hospitaliers de Bourguignons** dans des services de MCO.

À structure d'âge comparable, le taux de séjours hospitaliers de la population bourguignonne ne diffère pas de la moyenne nationale. Il s'agit bien de recours à l'hospitalisation domiciliés, quel que soit le lieu du séjour (établissements bourguignons ou situés en dehors de la région), hors venues en séances pour des traitements itératifs tels que chimiothérapie, radiothérapie, dialyse... et hors accouchements uniques et spontanés.

Les taux d'hospitalisation varient peu d'un département à l'autre, en revanche il n'en va pas de même selon les cantons : l'écart allant 1 à 3 entre les valeurs extrêmes (cf. carte n° 9).

Carte 9 : Taux standardisés d'hospitalisation en MCO dans les cantons de Bourgogne en 2005-2007 (pour 1 000 habitants)



Sources : ATIH PMSI MCO, Insee – Exploitation ORS

1.5.1 Les maladies cardio-neuro-vasculaires

1.5.1.1 Données de mortalité et morbidité.

Sur la période 2000-2007, on a dénombré en moyenne chaque année un peu plus de 5 100 décès de Bourguignons causés par des maladies de l'appareil circulatoire, soit trois décès sur dix par maladies cardio-vasculaires.

La moitié de ces décès est due à des cardiopathies ischémiques (28 %) et des maladies vasculaires cérébrales (22 %).

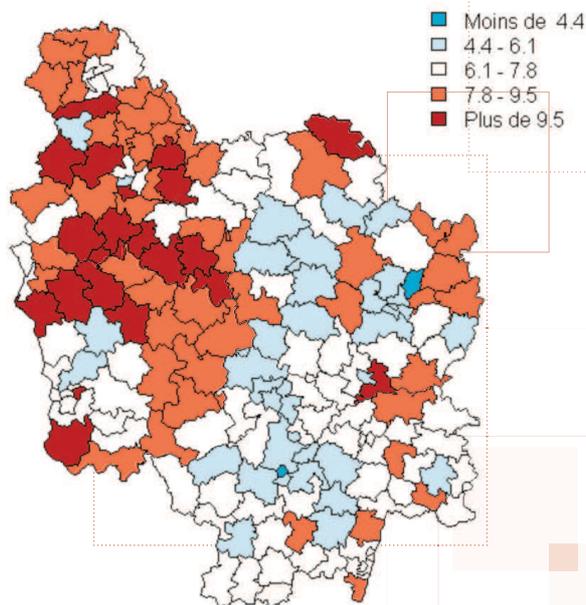
De la fin des années soixante au début des années quatre-vingt-dix, la prévalence des maladies cardiovasculaires a presque triplé. Une meilleure prise en charge à la phase aiguë des infarctus améliore la survie mais augmente le nombre d'insuffisants cardiaques, il en va de même pour les accidents vasculaires dont la mortalité a diminué avec l'utilisation de traitements anti-hypertenseurs.

L'insuffisance cardiaque est devenue une maladie avec laquelle on vit longtemps sans toutefois guérir. L'incidence de l'insuffisance cardiaque double tous les dix ans d'âge. On observe une augmentation des admissions hospitalières pour insuffisance cardiaque et une proportion élevée de réadmissions dans l'année qui suit la première admission.

Fin 2005, on comptait plus de 95 000 Bourguignons en ALD pour une maladie cardiovasculaire, 98 500 en 2009. Plus de 13 100 Bourguignons ont été admis en affection de longue durée pour cette cause par an (période 2005-2007). Dans la moitié des cas, il s'agit d'hommes et deux fois sur trois de personnes de 65 ans et plus. Dans un tiers des cas, ces admissions en ALD sont motivées par une hypertension artérielle. Les cardiopathies ischémiques et l'insuffisance cardiaque représentent une admission en ALD pour maladie de l'appareil circulatoire sur quatre.

Un nombre élevé de cantons de la Nièvre et l'Yonne présente un taux d'ALD supérieur à la moyenne régionale (cf. carte n° 10).

Carte 10 : Taux standardisés d'ALD par maladies de l'appareil circulatoire dans les cantons de Bourgogne en 2005-2007 (pour 1 000 habitants)

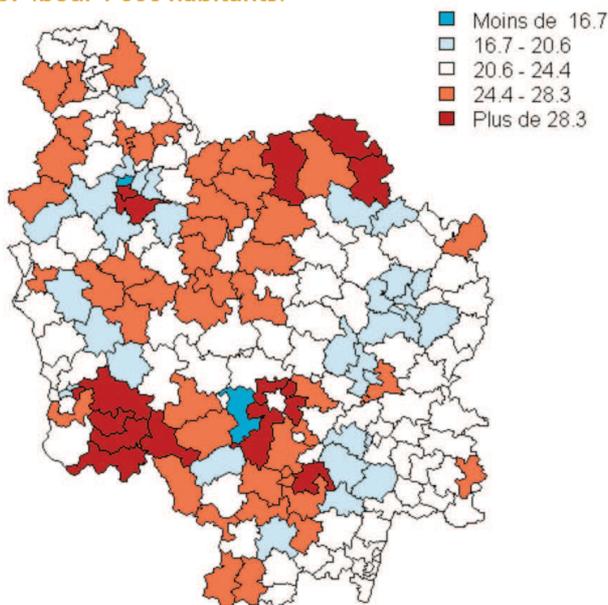


Sources : CNAMTS, MSA, RSI Bourgogne, Insee Exploitation ORS

En 2005-2007, on a compté 42 000 séjours hospitaliers annuels en courte durée de Bourguignons pour maladies de l'appareil circulatoire.

Les situations infra départementales sont assez hétérogènes concernant les taux d'hospitalisation pour maladie de l'appareil circulatoire (cf. carte n° 11).

Carte 11 : Taux standardisés d'hospitalisation pour maladies de l'appareil circulatoire dans les cantons de Bourgogne en 2005-2007 (pour 1 000 habitants)

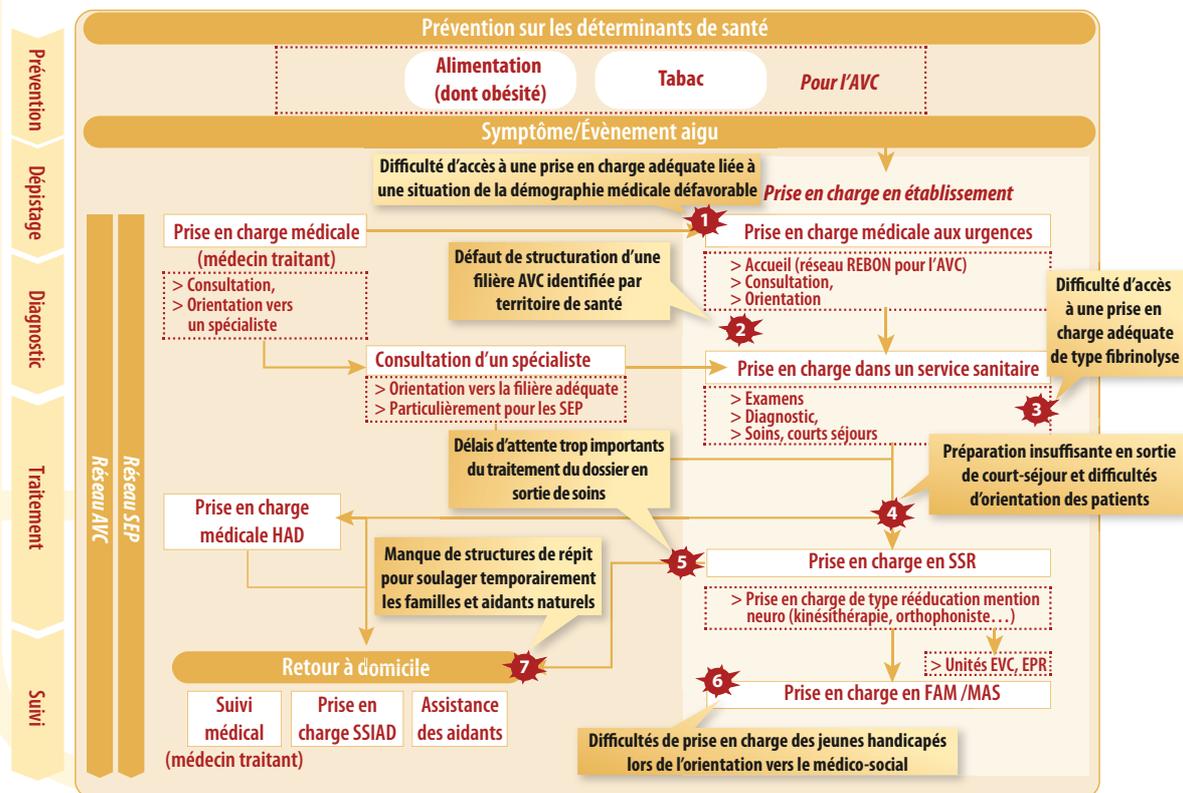


Sources : ATIH PMSI MCO, Insee – Exploitation ORS

1.5.1.2 Le parcours de santé des patients présentant une maladie neuro-vasculaire

L'étude du parcours de santé des personnes présentant une maladie neuro-vasculaire permet d'en préciser les différentes étapes et les points de rupture susceptibles de provoquer ou favoriser une difficulté de prise en charge, soit par retard, soit par inadéquation (cf. schéma parcours n° 2).

Schéma parcours n° 2 : le parcours des patients présentant une maladie neurologique



Le parcours débute par la prévention des déterminants de santé (alimentation, tabagisme). En l'absence d'évènement aigu, il se poursuit avec le suivi par le médecin traitant, et éventuellement l'orientation auprès d'un médecin spécialiste.

Lorsque survient l'évènement aigu (Accident Vasculaire Cérébral – AVC –), la prise en charge en établissement de santé constitue l'étape habituelle du parcours du patient. Selon la situation médicale (type d'AVC, délai de prise en charge, traitements en cours, antécédents...), une indication de traitement par fibrinolyse peut être posée, nécessitant la présence de compétences médicales précises (médecins formés à la technique de la fibrinolyse).

Le patient est alors hospitalisé en service de court séjour avec orientation rapide vers un service de soins de suite et réadaptation, adapté à sa situation, en capacité d'effectuer de la rééducation spécialisée (langage par exemple).

Plus tard dans le parcours, lorsque l'évolution ne permet pas une restitution complète des capacités, le patient est orienté vers un établissement médico-social, ou bien regagne son domicile avec une prise en charge par un Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), un suivi médical assuré par son médecin traitant, et l'assistance de ses aidants.

La situation défavorable de la démographie médicale constitue un premier point de rupture dans ce parcours, empêchant l'accès à une prise en charge adéquate, neurologique, de rééducation, puis lors du suivi.

Lors de l'évènement aigu, le défaut de structuration d'une filière AVC identifiée dans chaque territoire de santé constitue un second point de rupture, en particulier pour les habitants des territoires où la filière est inexistante.

En lien avec les deux premiers points de rupture, le troisième réside dans la difficulté d'accès à une prise en charge adéquate, de type fibrinolyse. Cette technique de traitement est autorisée, jusqu'à 2011, pour les seuls médecins neurologues, en faible nombre dans la région. De surcroît, le délai court pendant lequel le traitement est possible, et le cloisonnement départemental des gardes ambulancières ne permettent pas toujours de transférer les patients qui relèveraient de ce traitement vers les structures les plus proches géographiquement.

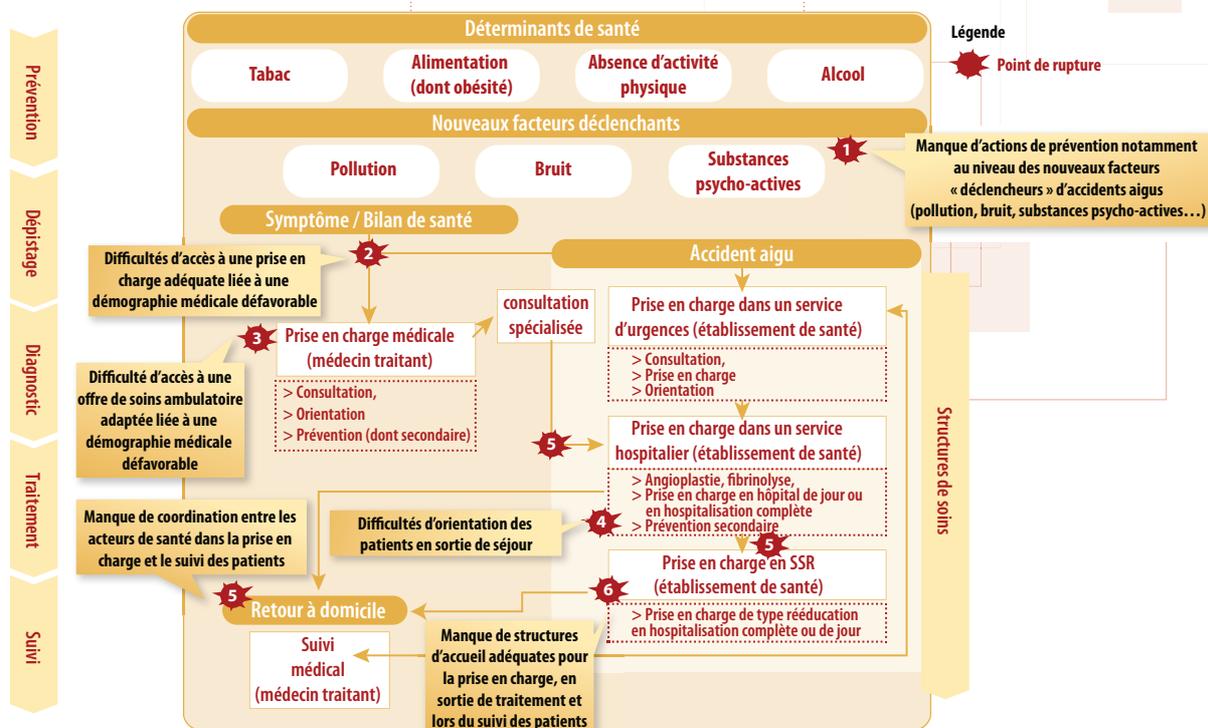
Après la phase aiguë, la sortie des patients du court séjour apparaît souvent insuffisamment préparée, avec des difficultés à l'orientation. Ceci constitue le quatrième point de rupture. Dans le même temps, lorsque des aides de compensation sont nécessaires pour permettre au patient de regagner son domicile ou d'être orienté vers un établissement médico-social, les délais d'attente de traitement du dossier en sortie de soins sont très longs, souvent de plusieurs mois. Il s'agit là d'un cinquième point de rupture.

Enfin, lorsque le retour au domicile est possible, l'absence de structure de répit pour soulager temporairement les familles et aidants naturels représente un obstacle supplémentaire dans le parcours de santé de ces personnes.

1.5.1.3 Le parcours des patients présentant une maladie cardio-vasculaire

L'ARS de Bourgogne a analysé, avec l'appui d'experts, le parcours de santé des patients présentant une maladie cardio-vasculaire, afin d'y repérer les situations de discontinuité susceptibles de provoquer ou favoriser la survenue de la maladie, de retarder sa prise en charge, ou d'altérer la qualité de celle-ci (cf. schéma parcours n° 3).

Schéma parcours n° 3 : le parcours des personnes présentant une maladie cardio-vasculaire



Six points de rupture sont repérés dans ce parcours, de la prévention à la période de retour à domicile.

En matière de prévention, les actions sur les déterminants de santé (tabac, alimentation et obésité, absence d'activité physique, alcool) et sur les nouveaux facteurs déclenchant des accidents cardio-vasculaires aigus (pollution, bruit, substances psycho-actives) apparaissent insuffisantes.

Le diagnostic de la maladie cardio-vasculaire est posé lors de la survenue d'un symptôme, ou à l'occasion d'un bilan de santé ; cependant l'accès à une offre de soins ambulatoire peut être difficile du fait d'une démographie médicale défavorable. D'autre part, pour assurer un suivi adéquat après le diagnostic, le patient peut être confronté également à une insuffisance de professionnels spécialisés.

Lorsqu'une hospitalisation a été nécessaire, souvent en urgence, la sortie du court séjour se heurte aux difficultés d'orientation des patients, par insuffisance de connaissance en temps réel des disponibilités en soins de suite et réadaptation.

De plus, la région manque de structures d'accueil adéquates pour la prise en charge en sortie de traitement aigu et lors du suivi des patients (insuffisance notamment de structures d'hospitalisation de jour).

Un point de rupture commun à plusieurs étapes du parcours consiste en l'insuffisance de coordination entre les acteurs de santé dans la prise en charge et le suivi des patients. Cette fragilité est observée à la fois entre l'étape de consultation spécialisée et celle de la prise en charge en établissement de santé, entre établissements de court séjour et structures de soins de suite et rééducation, et lors du retour à domicile.

1.5.2 Les cancers

1.5.2.1 Données de mortalité et morbidité

Environ 4 700 Bourguignons sont décédés chaque année d'un cancer sur la période 2000-2007 (cf. tableau 6) (27 % de l'ensemble des décès).

La mortalité masculine par cancer est plus de deux fois supérieure à celle des femmes (les taux standardisés étant respectivement de 36,9 et de 16,6 / 10 000 habitants en 2000-2007 [cf. tableau n° 6]).

Globalement, la situation de la Bourgogne par rapport aux cancers n'est pas favorable si on la compare à celle de l'ensemble des régions françaises : on observe depuis le début des années 90 une surmortalité par cancers (toutes localisations confondues).

Tableau 6 : Taux standardisés de mortalité par cancers dans les départements bourguignons en 2000-2007 (pour 10 000 habitants)

	HOMMES		FEMMES		ENSEMBLE	
	Nb/an	TSM	Nb/an	TSM	Nb/an	TSM
Côte-d'Or	757	35,8	485	16,1	1 242	24,2
Nièvre	502	40,4 *	308	17,6	810	27,1 *
Saône-et-Loire	996	35,8	630	16,0	1 626	24,3
Yonne	634	37,8 *	402	17,5 *	1 036	26,2 *
Bourgogne	2 889	36,9 *	1 825	16,6	4 714	25,1 *
France		35,3		16,6		24,3

Sources : Inserm, CépiDc, Insee – Exploitation ORS /// (*) différences significatives

Au niveau infra départemental, la situation est très contrastée avec des cantons en forte surmortalité dans chacun des départements, toutefois moins nombreux en Saône-et-Loire.

En Bourgogne, on estime à plus de 5 900 le nombre de nouveaux cas annuels de cancers chez les hommes (dont 35 % de cancers de la prostate) et à 3 900 chez les femmes (dont 35 % de cancers du sein) en 2005.

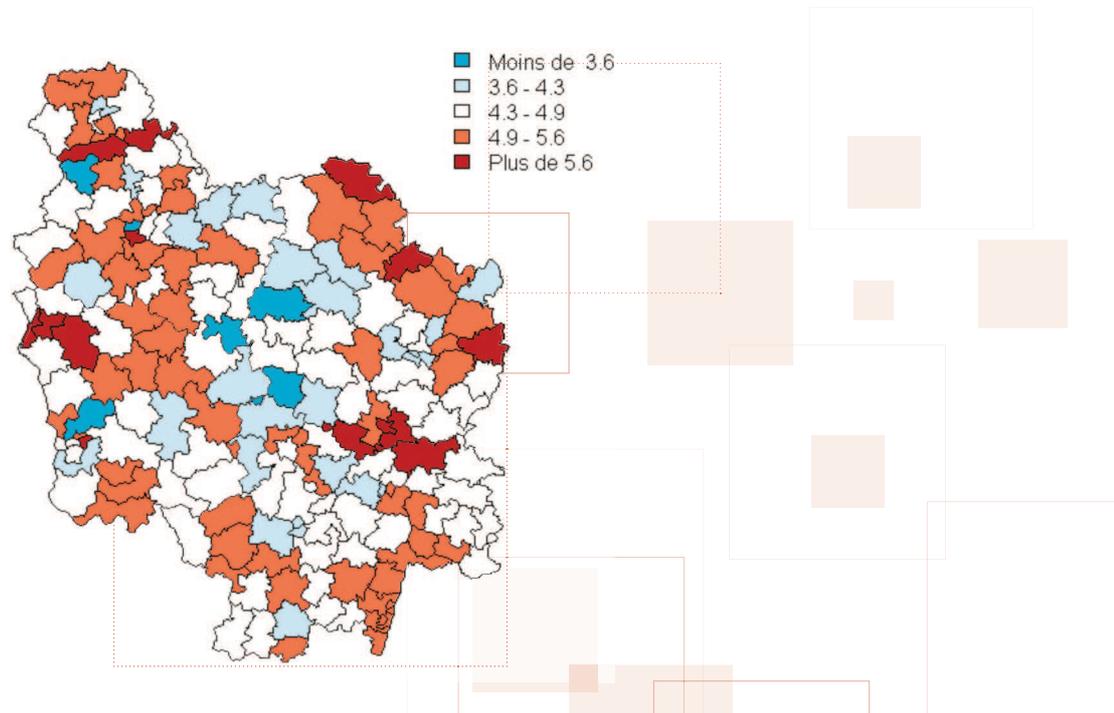
Entre 1995 et 2005, le taux d'incidence des cancers a progressé de 17 % chez les hommes et de 16 % chez les femmes.

Cette évolution est liée à l'accroissement et au vieillissement de la population, à l'amélioration du dépistage et du diagnostic et à l'augmentation à âge égal de l'incidence de certains cancers. Les localisations cancéreuses les plus fréquentes chez l'homme sont la prostate, le poumon et le côlon-rectum, et chez la femme, le sein, le côlon-rectum et l'utérus.

Le taux d'incidence du cancer masculin de la prostate a plus que doublé sur la période (+110 %), tandis que chez les femmes, les plus fortes hausses sont observées pour les cancers du poumon (+77 %) et du larynx (+32 %).

À l'intérieur des départements les taux standardisés (sur l'âge) d'admissions en ALD pour cancers sont hétérogènes (cf. carte n° 12).

Carte 12 : Taux standardisés d'ALD par cancers en 2005-2007 dans les cantons de Bourgogne (pour 1 000 habitants)



Sources : CNAMTS, MSA, RSI Bourgogne, Insee – Exploitation ORS

D'après les données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), les cancers ont constitué le diagnostic principal de près de 22 000 séjours hospitaliers à temps complet dans les établissements de soins de courte durée en 2005-2007. S'y ajoutent les séjours itératifs pour séances de chimiothérapie ou de radiothérapie, dont les modalités actuelles de recueil ne permettent pas le dénombrement.

La Saône-et-Loire présente un taux d'hospitalisation pour cancer plus élevé que les autres départements de la région (cf. tableau n° 7).

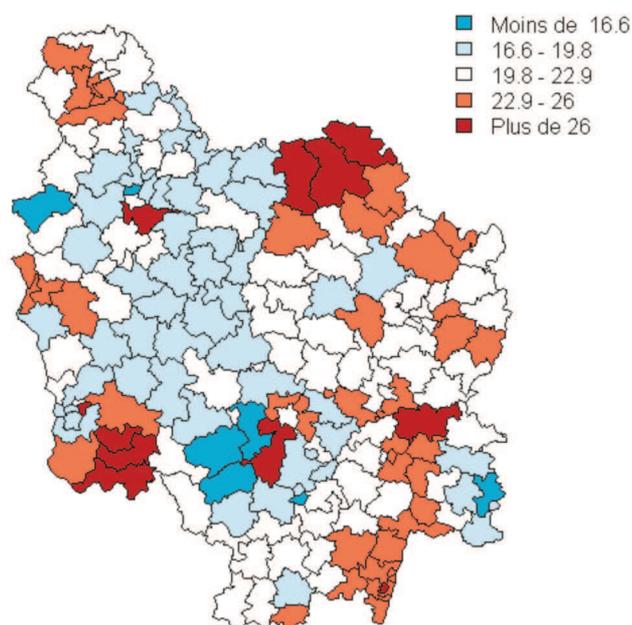
Tableau 7 : Taux standardisés d'hospitalisation en MCO pour cancer dans les départements bourguignons en 2005-2007

	HOMMES		FEMMES		ENSEMBLE	
	Nb/an	TSH	Nb/an	TSH	Nb/an	TSH
Côte-d'Or	3 559	11,8	2 592	7,2	6 152	9,2
Nièvre	1 811	11,2	1 307	6,9	3 117	8,7
Saône-et-Loire	4 972	14,4	3 193	7,9	8 165	10,7
Yonne	2 528	12,4	1 947	7,9	4 475	9,8
Bourgogne	12 870	12,7	9 039	7,5	21 909	9,8

Sources : ATIH PMSI MCO, Insee – Exploitation Fnors

Les situations infra départementales sont assez hétérogènes avec toutefois un nombre de cantons importants présentant des taux d'hospitalisation plus élevés en nord Côte-d'Or, dans les cantons le long de la Saône, en Saône-et-Loire, et dans le sud-ouest de la Nièvre (cf. carte n° 13).

Carte 13 : Taux standardisés d'hospitalisation pour tumeurs en 2005-2007 dans les cantons de Bourgogne (pour 1 000 habitants)



Sources : ATIH PMSI MCO, Insee – Exploitation ORS Bourgogne

1.5.2.2 Le parcours de santé des personnes présentant un cancer

Le parcours de santé des personnes présentant une maladie cancéreuse apparaît émaillé de sept points de rupture, de la prévention au suivi après traitement (cf. schéma parcours n° 4).

Les actions de prévention, dans un premier temps, présentent une difficulté d'adéquation avec par exemple, un ciblage insuffisant alors que les déterminants de santé (alcool, tabac, alimentation et obésité, activités sportives, maladies virales) sont particulièrement importants dans la survenue ou non des maladies cancéreuses.

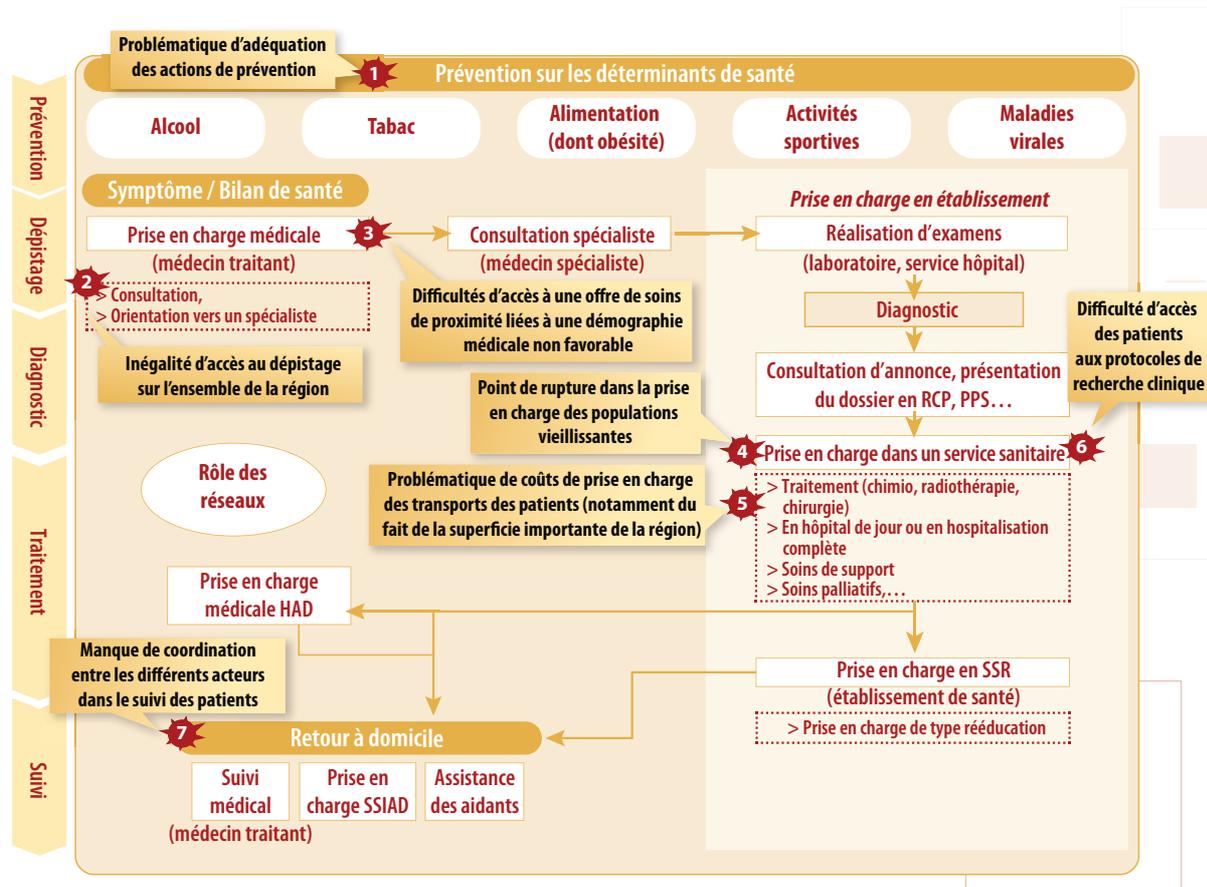
Le diagnostic de cancer est évoqué soit lors d'un bilan de santé, soit lors d'un dépistage organisé ou non, soit devant un symptôme. L'inégalité d'accès au dépistage sur l'ensemble de la région et les difficultés d'accès à une offre de soins de proximité liées à une démographie médicale défavorable constituent deux points de rupture de ce parcours.

Le déroulement des soins est marqué par trois problématiques différentes mais toutes trois repérées comme des points de rupture :

- le coût de la prise en charge des transports des patients (notamment du fait de la superficie importante de la région)
- la prise en charge des populations vieillissantes, l'approche gériatrique en oncologie demeurant très partielle
- la difficulté d'accès des patients de notre région aux protocoles de recherche clinique en partie en lien avec le faible nombre d'assistants de recherche clinique dans les établissements.

Enfin, la suite des soins, après le retour à son domicile du patient, est repérée comme présentant un manque de coordination entre les différents acteurs que sont le médecin traitant, éventuellement le service de soins infirmiers à domicile, les aidants naturels... Les solutions proposées à ces situations susceptibles d'altérer la qualité du diagnostic et des soins sont développées dans les schémas régionaux de mise en œuvre du plan stratégique régional de santé.

Schéma parcours n° 4 : le parcours de santé des personnes présentant un cancer



1.5.3 La maladie diabétique

En France, la prévalence du diabète de type 2, dont le taux s'élevait à près de 3 % en 2000 connaît une progression constante, sous l'effet de divers facteurs, principalement le vieillissement de la population (la fréquence de diabète de type 2 atteignait 14 % chez les 75-80 ans en 1998), d'autres facteurs de risque (anomalies métaboliques, hypertension artérielle) et de comportements hygiéno-diététiques défavorables (hausse des apports alimentaires et diminution de l'activité physique).

Le caractère asymptotique de la maladie implique un retard de diagnostic. En France, selon l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé), la prévalence de cas méconnus de diabète est estimée à 1 % de la population générale (soit 600 000 cas), le retard de diagnostic est estimé entre 9 et 12 ans.

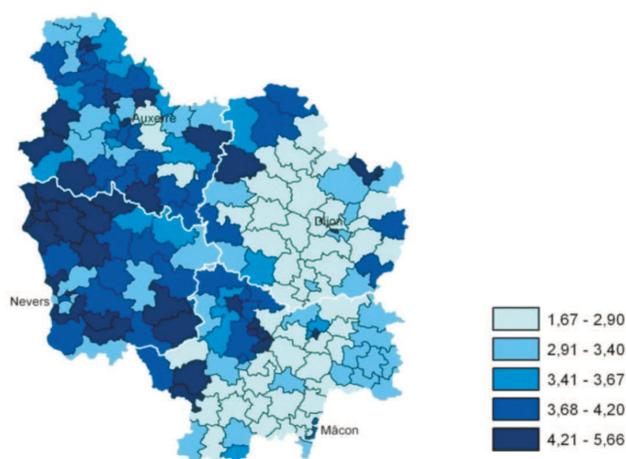
Selon l'enquête MONA LISA⁴, 2,4 % des hommes et 1,4 % des femmes entre 35 et 44 ans sont diabétiques. Avec l'âge ces pourcentages augmentent de façon importante : 19,9 % des hommes et 11,5 % des femmes entre 65 et 74 ans.

En Bourgogne selon l'IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé), près de 47 800 Bourguignons assurés du régime général étaient en ALD pour diabète en 2008.

Une autre approche a été retenue pour estimer la prévalence du diabète dans la région, celle du dénombrement des consommateurs d'antidiabétiques oraux. En 2007, les CPAM ont dénombré 56 000 assurés ayant eu recours à un traitement antidiabétique (soit 4,4 % de la population) (cf. carte ci-dessous).

4 MONA LISA : enquête de population menée dans 3 régions françaises : Bas-Rhin – Strasbourg, Haute-Garonne, Toulouse, Communauté Urbaine de Lille, pour estimer le niveau et l'évolution des facteurs de risque cardiovasculaires : obésité, diabète, cholestérol, tabac, hypertension, réalisée entre 2005 et 2007 sur un échantillon représentatif de la population française.

Carte14 : Consommants d'antidiabétiques oraux et d'insuline rapportés à la population par canton en Bourgogne en 2007 (%)



Source : Pôle Statistiques, URCAM Bourgogne – CPAM Côte-d'Or Insee RP 99

Par ailleurs, on dénombre plus de 5 100 séjours hospitaliers de Bourguignons en soins de courte durée pour diabète sucré (en moyenne annuelle en 2005-2006), le taux de recours à des soins hospitaliers pour ce motif étant significativement supérieur à la moyenne nationale (+42 %). Une détection précoce de cette maladie et la prévention de ses complications pourraient réduire cet écart.

1.5.4 Les affections psychiatriques

Une étude de la DREES publiée en 2004 révèle que 11 % des adultes en France ont présenté un épisode dépressif dans les deux semaines ayant précédé l'enquête et 13 % déclarent avoir souffert d'anxiété généralisée. Les épisodes dépressifs sont plus fréquents chez les femmes que chez les hommes, les écarts étant plus marqués entre 30-34 ans, 40-44 ans, et surtout après 75 ans. Les symptômes d'anxiété sont plus fréquents entre 18 et 50 ans. En outre, l'association de troubles anxieux et d'épisodes dépressifs est souvent observée (30 %).

Enfin, selon l'enquête de la DREES, environ 2 % des adultes présenteraient un risque suicidaire et près de 3 % des troubles psychotiques.

Selon d'autres sources statistiques nationales, les dépressions représentent un quart du recours aux soins contre 7 % pour les psychoses. Les femmes sont deux fois plus traitées pour dépression que les hommes, qui souffrent deux fois plus de schizophrénies et de troubles mentaux dus à l'alcool que les femmes.

En appliquant les résultats de l'enquête DREES à la Bourgogne, respectivement 139 000 personnes seraient concernées par un épisode dépressif, et 164 000 personnes souffriraient d'anxiété généralisée. Il s'agit là d'affections qui, en général, n'entraînent pas de situation de handicap ou d'invalidité, mais une souffrance psychique.

En 2009, la CNAMTS a dénombré près de 28 000 assurés du régime général en ALD pour affections psychiatriques en Bourgogne, soit un taux de 1,8 % (en France, ce taux est de 1,6 %) (cf. tableau n° 8 et carte n° 15). La prise en charge en affections de longue durée est plus particulièrement réservée aux patients présentant des pathologies psychiatriques sévères, aiguës ou chroniques, qui nécessitent une hospitalisation et peuvent entraîner une situation invalidante ou de handicap.

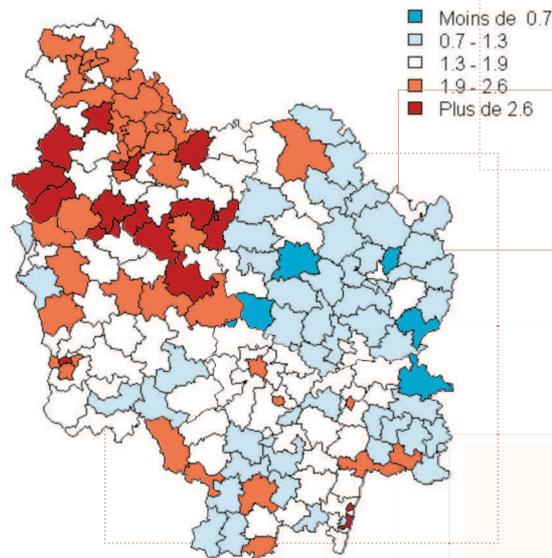
Tableau 8 : Nombre d'assurés du régime général en ALD pour affections psychiatriques de longue durée dans les départements bourguignons en 2008

	Nombre total de cas (prévalence)
Côte-d'Or	6 498
Nièvre	4 622
Saône-et-Loire	9 494
Yonne	7 060
Bourgogne	27 674
France hexagonale	930 659

Source : Irdes

Concernant les nouvelles admissions en ALD (estimation de l'incidence) pour affections psychiatriques, les taux sont plus élevés dans les cantons de l'Yonne et du nord de la Nièvre que la moyenne régionale.

Carte 15 : Taux standardisés d'ALD pour affections psychiatriques dans les cantons de Bourgogne en 2005-2007 (pour 1 000 personnes)



Sources : CNAMTS, MSA, RSI Bourgogne, Insee Exploitation ORS

Au cours de l'année 2008, 57 400 Bourguignons ont eu recours au moins une fois aux services des secteurs psychiatriques (44 600 en psychiatrie générale et 12 800 en psychiatrie infanto-juvénile). En 2008, on a compté plus de 22 000 séjours hospitaliers dans les services, centres hospitaliers et cliniques spécialisés de psychiatrie de Bourgogne. L'hospitalisation complète concerne principalement les adultes, en psychiatrie générale avec 97,5 % des capacités d'hospitalisations et 98 % des séjours.

Les prises en charge à temps partiel et en ambulatoire sont majoritaires en psychiatrie infanto-juvénile

1.5.5 Les autres maladies chroniques

1.5.5.1 L'asthme

En 2006, en France hexagonale, 6,7 % de la population déclare souffrir d'asthme (source : Enquête Santé et Protection Sociale – ESPS, IRDES). Chez six asthmatiques sur dix, le niveau de contrôle des symptômes est insuffisant : partiellement dans 46 % des cas et totalement dans 15 %. Parmi ces derniers, un quart ne prend pas de traitement de fond.

Selon l'enquête décennale santé 2003 de l'INSEE, 12,7 % des enfants de 11-14 ans ont déclaré avoir déjà eu de l'asthme.

Il n'existe pas de données récentes sur la prévalence de l'asthme en Bourgogne. Cependant, en 2005, plus de 55 000 consommateurs d'antiasthmatiques ont été recensés en Bourgogne.

D'après des données régionales spécifiques extraites du PMSI, plus de 1 264 séjours annuels ont été occasionnés par l'asthme en 2005-2007 pour les Bourguignons. Les séjours sont les plus fréquents chez les enfants de 1 à 4 ans.

Fin 2005, on comptait un peu plus de 4 400 Bourguignons en affection de longue durée (régimes général et agricole) pour asthme. Si on rapporte à la population susceptible d'être concernée, cela représente 3 pour 1 000 habitants. Le taux varie selon les départements de 2,2 en Côte-d'Or à 5,0 dans l'Yonne (en passant par 2,4 en Saône-et-Loire et 3,9 dans la Nièvre).

Par ailleurs, les Broncho-Pneumopathies Chroniques Obstructives (BPCO), dont la population à risque est constituée en majeure partie de fumeurs et d'anciens fumeurs, ont été à l'origine de 2 274 séjours hospitaliers de Bourguignons en MCO sur une année (moyenne 2005-2007).

1.5.5.2 L'insuffisance rénale chronique

Elle est en augmentation régulière et présente un caractère invalidant en phase terminale. Elle est liée à l'augmentation des néphropathies vasculaires et diabétiques (40 % des nouveaux cas), conséquences directes du vieillissement de la population.

En 2009, selon la CNAMTS 2 400 assurés du régime général étaient en affection de longue durée (ALD) pour néphropathie chronique grave (2 000 en 2005). Chaque année, les trois principaux régimes de l'assurance maladie dénombrent 330 nouvelles admissions en ALD pour ce motif.

Si on rapporte à la population susceptible d'être concernée, cela représente 1,4 pour 1 000 personnes protégées par les régimes général et agricole. Ce taux brut varie selon les départements de 1,2 en Côte-d'Or à 1,8 dans la Nièvre (en passant par 1,3 en Saône-et-Loire et 1,5 dans l'Yonne).

On a dénombré 1 650 séjours hospitaliers annuels de Bourguignons en MCO pour insuffisance rénale en 2005-2007 (les recours aux soins hospitaliers étant significativement supérieurs à la moyenne nationale sur la période 1998-2002)⁵. Le nombre de séjours augmente régulièrement avec l'âge atteignant un maximum chez les 75-84 ans.

Au 31 décembre 2008, près de 1 500 Bourguignons étaient en insuffisance rénale terminale traitée par dialyse ou greffe, soit un taux brut de 916 par million d'habitants, contre 1 057 dans les 20 régions participant au registre REIN (Réseau Epidémiologie et Information en Néphrologie). Parmi eux, 48,7 % étaient en hémodyalyse, 7,7 % en dialyse péritonéale et 43,6 % étaient transplantés.

En 2008, 218 Bourguignons ont eu un premier traitement pour insuffisance rénale terminale. L'âge médian à l'initiation du traitement est de 72 ans. Le diabète et l'hypertension artérielle sont les principales causes d'insuffisance rénale terminale, responsables à eux seuls de plus de la moitié des cas incidents en Bourgogne (respectivement 30,7 % et 21,6 %).

L'hémodyalyse est le premier traitement pour 73,9 % des cas incidents, devant la dialyse péritonéale (23,4 %) et la transplantation (2,8 %).

Le registre REIN constate une augmentation d'environ 4 % par an de la prévalence des cas dialysés entre 2004 et 2006 et de 3 % entre 2006 et 2008 (parmi les régions ayant contribué au registre sur la période).

1.5.5.3 Les affections neurologiques

Ces affections sont également en augmentation, en lien avec le vieillissement de la population.

Les maladies neurologiques chroniques incluses dans le cadre de cet état des lieux sont **l'épilepsie, la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson et la sclérose en plaques**.

On a estimé à 28 500 le nombre de Bourguignons déments en 2003, dont plus de 23 000 atteints de la maladie d'Alzheimer (33 % modérée et 26 % sévère). Plus de 2 750 nouvelles admissions en ALD pour affections neurologiques sont recensées chaque année.

La maladie d'Alzheimer est la maladie neurologique qui génère le plus d'admissions en ALD (58 %) (cf. tableau n° 9).

Tableau 9 : Nombre moyen annuel de nouvelles admissions en ALD pour affections neurologiques dans les départements de Bourgogne en 2005-2007

	Côte-d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne	BOURGOGNE
Maladie d'Alzheimer	412	243	585	369	1 609
Épilepsie	186	83	172	150	590
Maladie de Parkinson	107	71	169	88	435
Sclérose en plaques	41	14	40	25	120
Ensemble de ces affections neurologiques	746	410	966	632	2 754

Sources : CNAMTS, RSI, MSA, Ministère de la Santé, DREES

⁵ Source : Ministère de la Santé, DREES.

En 2008, près de 6 600 Bourguignons suivaient un traitement lié à la maladie d'Alzheimer.

Plus de 4 200 séjours hospitaliers dans les services de soins de courte durée par an concernent des Bourguignons atteints d'épilepsie, de maladie d'Alzheimer, de maladie de Parkinson et de sclérose en plaques (2005-2007).

Les séjours pour épilepsie sont les plus fréquents (50 % de l'ensemble des 4 affections). Il faut noter que ces dénombrements ne rendent compte qu'imparfaitement des motifs d'hospitalisation.

1.5.5.4 Les hépatites C et B

L'hépatite virale C est la plus fréquente des hépatites virales en France. Les données épidémiologiques nationales et régionales sont parcellaires. La prévalence était estimée à 0,84 % en 2004 en population générale et trois fois plus élevée chez les personnes bénéficiant de la CMU-C. Cette affection présente un risque d'évolution vers la cirrhose et à ce stade, de cancer du foie. Trente pour cent des transplantations hépatiques sont en lien avec le virus de l'hépatite C.

À la fin de la dernière décennie, seule la moitié des personnes atteintes de l'hépatite C connaissait leur statut sérologique.

L'hépatite C (aigüe et chronique) est en diagnostic principal de 191 séjours hospitaliers de Bourguignons en 2008 (221 en 2007)⁶. Le nombre de patients diagnostiqués et traités diminue sur la période 1994-2007 (respectivement 39 et 11 en 2007).

Concernant l'hépatite B, la couverture vaccinale bourguignonne à l'âge de 2 ans était modeste en 2004⁷ (37 %). En 2008, elle a progressé, elle est de près de 60 % en Côte-d'Or⁸.

Pour les adultes de 18 à 64 ans, la couverture vaccinale, en 2009-2010, est comprise entre 36 % et 42 %⁸.

L'hépatite B aigüe et chronique constitue le diagnostic principal de 50 séjours hospitaliers en 2008 (42 en 2007). Le taux de détection standardisé de l'hépatite B en Côte-d'Or diminue entre 1994 et 2007, de 12,4 pour 100 000 à 5,4.

Le taux comparatif de mortalité par hépatite virale B ou C en 2004-2006 est de 3,83 pour 100 000 pour les hommes (4,99 France entière) et de 1,64 pour les femmes (2,37 France entière). Le taux comparatif d'admission en ALD pour hépatite virale en 2005 est de 15,3 pour les hommes (France entière 21,8) et 9,6 pour les femmes (France entière 12,5). Pour ces deux indicateurs, les régions sont réparties en trois classes, la Bourgogne est située dans la classe intermédiaire.

1.5.5.5 Le VIH-Sida

Depuis le début de l'épidémie (1978) jusqu'au 31 décembre 2009, 682 cas de sida ont été déclarés chez des personnes domiciliées en Bourgogne, dont 377 sont décédées (55 %).

Dans la région, comme dans l'ensemble du pays, le nombre de nouveaux cas de sida annuels diminue depuis 1995, mais on observe un ralentissement actuel de la diminution des cas. En 2009, 11 cas de sida ont été déclarés en Bourgogne dont 4 ignoraient leur sérologie positive.

Entre mars 2003 et juin 2010, il y a eu 334 découvertes de séropositivité chez des Bourguignons⁹. La région est située dans la classe la plus faiblement touchée (sur 4), avec 4,6 nouvelles séropositivités pour 100 000 habitants.

Le dépistage tardif, évalué à partir de 2008¹⁰, concerne, de 2008 à juin 2010, 29 % des nouvelles séropositivités, comme au niveau national en 2009.

La répartition des cas de nouvelles séropositivités par sexe et nationalités confirme l'importance de la contamination sexuelle, plus souvent homosexuelle chez les hommes et la vulnérabilité des femmes de l'Afrique subsaharienne. Il s'agit d'un reflet de la situation de l'épidémie mondiale.

Un peu plus de 1200 personnes sont suivies en 2009 dans les 6 principaux hôpitaux de Bourgogne dont la moitié au CHU de Dijon.

⁶ Source : ATIH, exploitation ORS

⁷ Source : FNORS, Les maladies transmissibles dans les régions de France, octobre 2009

⁸ Source : Étude de la couverture vaccinale 2009-2010 en Bourgogne, ORS Bourgogne, janvier 2011 (comprenant les données du certificat de santé du 24^e mois). L'ORS compte exploiter les CS 24 des 4 CG de façon régulière.

⁹ Source : InVS, base de données VIH, données non corrigées par le délai de déclaration ni la sous-déclaration.

¹⁰ Sur le taux de CD4, inférieur à 200 /mm³

1.5.5.6 Les maladies ostéo-articulaires

L'arthrose a une prévalence estimée à 17 % de la population au niveau national, les lombalgies chroniques, près de 3 %, les polyarthrites rhumatoïdes, 1 %, les spondylarthropathies 0,5 %. Elles ont des conséquences très lourdes en termes d'incapacités et de restriction de la vie sociale.

En 2009, la CNAMTS dénombrait 4 400 assurés bourguignons du régime général en ALD pour polyarthrite rhumatoïde évolutive grave.

On compte en moyenne sur une année plus de 31 000 séjours hospitaliers de Bourguignons en soins hospitaliers de courte durée (médecine, chirurgie et obstétrique) motivés par une affection du système ostéo-articulaire (6,7 % de l'ensemble des séjours), dont 6 460 séjours hospitaliers pour arthrose, le taux de recours étant significativement supérieur à la moyenne nationale (pour chacun des motifs : coxarthrose, gonarthrose, lésion interne du genou). Les pathologies vertébrales occasionnent 5 200 séjours. Globalement sur l'ensemble des maladies du système ostéo-articulaire, l'indice standardisé d'hospitalisation est là aussi supérieur à la moyenne nationale (+11 %). Dans plus de sept cas sur dix, les séjours hospitaliers correspondent à des interventions chirurgicales.

1.5.6 Les polyopathologies chroniques

Les patients polyopathologiques chroniques sont les patients présentant au moins deux pathologies dont le caractère chronique est affirmé sur la base de trois critères principaux : récurrence des recours, sur une période de longue durée (avec au moins deux contacts par an, trois années de suite) avec un retentissement important sur la qualité de vie des malades (*).

Le poids des maladies chroniques et des polyopathologies chroniques augmente avec l'âge : de différentes études publiées depuis les années 1990, il ressort que plus de neuf personnes sur dix âgées de plus de 70 ans en France, souffrent de poly pathologies, près de cinq sur dix déclarant six pathologies. Le gain régulier de l'espérance de vie observé en France explique en partie la prévalence des polyopathologies chroniques chez les sujets âgés.

Nous ne disposons pas de chiffres précis pour la Bourgogne, en dehors de ceux du vieillissement de la population, plus marqué que la moyenne nationale, en particulier dans les territoires de la Nièvre et de la Saône-et-Loire.

Les principales pathologies en cause sont les maladies cardiovasculaires, ostéo-articulaires, digestives et endocriniennes ou métaboliques.

La prise en charge de ces patients, comme de la plupart de problèmes de santé de la population, est réalisée en médecine générale, à partir d'une approche globale (bio-psycho-sociale), centrée sur le patient, prenant en compte son environnement ainsi que ses besoins et demandes (**). Cette approche est particulièrement nécessaire dans les situations de polyopathologies liées ou non à l'âge.

La gestion simultanée de plaintes et pathologies multiples, à la fois dans le temps de consultation et dans la durée, requiert une gestion hiérarchisée des problèmes et une démarche diagnostique progressive (en médecine générale, la faible prévalence des maladies graves impose une démarche diagnostique probabiliste qui tient compte des réalités statistiques). De plus, le vécu subjectif des maladies est un facteur essentiel d'observance ou d'inobservance des prescriptions médicales, médicamenteuses ou non. Malgré une information appropriée, l'explication est de plus en plus complexe avec l'avancée en âge des patients et il persiste beaucoup d'inconnues sur les facteurs qui gouvernent l'observance des traitements chez le sujet âgé.

Au final, la subjectivité du vécu des maladies par les patients, la multiplicité des recommandations médicales traitant le plus souvent d'une seule pathologie, les difficultés de coordination et de communication avec les médecins spécialistes et l'organisation du temps de travail quotidien en médecine générale rendent complexe le processus de décision médicale dans ces situations de polyopathologies. Les possibilités de progresser passent par le développement de la coopération et la coordination des intervenants.

* Source : Observatoire de Médecine générale dans « Questions d'économie de la santé n° 156 juillet-août 2010. Les enjeux du traitement médicamenteux des patients atteints de poly pathologies. P. Clerc et coll.

** Source : « Médecine Générale : concepts et pratiques – Paris – MASSON-1996 : 1100 pages – ouverture par D. Pouchain

1.6 Analyse par tranches d'âge

L'analyse par tranches d'âge montre la fragilité de la population des adolescents et des jeunes adultes.

1.6.1 Périnatalité et enfance

1.6.1.1 Périnatalité

En 2008, on a dénombré **17 914 naissances domiciliées** en Bourgogne. Après un pic de naissances en 2000 (18 579), le nombre de naissances se maintient autour de 18 000 par an. Le taux de natalité le plus élevé est observé dans l'Yonne, suivie de la Côte-d'Or.

En 2005, selon les services de PMI (exploitation des certificats de santé du 8^e jour), près de 13 % des naissances domiciliées en Bourgogne ont nécessité une hospitalisation prénatale (contre 18,6 % en France), les proportions les plus élevées étant observées pour les enfants de la Nièvre (21,0 %) et de l'Yonne (14,6 %). Ensuite viennent la Côte-d'Or (11,7) puis la Saône-et-Loire (10,1 %).

6,1 % des nouveau-nés sont nés prématurés (avant 37 semaines d'aménorrhée) en Bourgogne en 2005 (6,3 % en France) : 5,0 % dans l'Yonne, 6,2 % en Saône-et-Loire, 6,4 dans la Nièvre et 6,5 % en Côte-d'Or. Par ailleurs, 1 200 enfants pesaient moins de 2 500 g à la naissance, soit 6,9 % des nouveau-nés (7,2 % en France), ce taux variant de 6,3 % dans l'Yonne à 7,7 % dans la Nièvre.

Le taux de mortalité périnatale s'élève à 10,6/1 000 (comme en France hexagonale)

1.6.1.2 L'alcool, le tabac et les femmes enceintes

Selon une enquête conduite en 2009 par l'ORS¹¹ auprès de femmes enceintes en Bourgogne, un peu plus du tiers des femmes déclare ne pas consommer d'alcool en temps normal, 40 % ont décidé de s'abstenir de toute consommation d'alcool durant leur grossesse, et 25 % ont consommé au moins une fois une boisson alcoolisée.

Le risque associé à l'alcool est encore sous-estimé : si 56 % des femmes estiment le seuil de dangerosité au premier verre, 12,5 % l'estiment à partir d'une consommation hebdomadaire, et 15,8 % à partir d'une consommation quotidienne.

Près des trois quarts des femmes enceintes (72 %) connaissent le principe d'abstinence de toute consommation d'alcool pendant la grossesse. Le plus souvent, elles déclarent en avoir été informées par un professionnel qui les suit pour leur grossesse (gynécologue ou sage-femme pour la plupart).

Cette enquête a révélé par ailleurs qu'un tiers des femmes fumait avant la grossesse et que près de la moitié (48,5 %) a arrêté étant enceinte. Au total, 17,5 % des femmes fument pendant la grossesse. La consommation quotidienne déclarée passe de 11 cigarettes avant la grossesse à 6 en moyenne pendant celle-ci.

L'arrêt a été plus fréquent parmi les fumeuses de moins de 10 cigarettes (58,4 % vs 38,2 % chez les autres).

La majorité des femmes a arrêté de fumer dans le premier trimestre de grossesse (71,6 %) et 14,6 % « dès qu'elles ont su être enceintes », probablement en début de grossesse aussi. Seulement 4 % des fumeuses ont arrêté dans les trois derniers mois.

Le tabac est potentiellement nocif pour le bébé selon 95 % des femmes interrogées. Parmi les problèmes de santé dont le tabagisme maternel peut accroître les risques d'apparition, les femmes connaissent bien les problèmes respiratoires (80 %), un peu moins la prématurité et le retard de croissance (72 % chacun). Le risque de mort subite du nourrisson est par contre beaucoup moins connu (seulement par 35 % des femmes).

Parmi les femmes fumant avant leur grossesse, 44 % déclarent n'avoir reçu aucun conseil de la part de professionnels de santé sur le comportement tabagique à adopter pendant la grossesse. Tandis que pour 23 % il leur a été exclusivement conseillé de réduire et pour 17 % d'arrêter. Enfin, 16 % des femmes déclarent avoir reçu les deux conseils.

1.6.1.3 Enfance

Le taux de mortalité infantile a continué de baisser au cours des dix dernières années en Bourgogne comme en France. Sur la période 2005-2007, il s'élève à 3,3/1 000 naissances vivantes en Bourgogne (2,7 dans l'Yonne, 3,3 en Saône-et-Loire, 3,4 dans la Nièvre, et 3,5 en Côte-d'Or – identique au taux national –).

11 ORS Bourgogne. Connaissances et comportements des femmes enceintes en matière de nutrition, tabac et alcool – 2009

En 2007, selon les estimations de l'Insee, la Bourgogne compte un peu plus de 276 000 enfants de moins de 15 ans (qui représentent 17 % de la population totale de la région).

La même année, 16 436 bilans de santé ont été réalisés auprès des enfants de 6 ans (82 % de la classe d'âge concernée) en Bourgogne. Les problèmes les plus fréquemment constatés sont les troubles de la vision (21 %), suivis de ceux de l'audition (8 %) et bucco-dentaires (7 %). En outre, 5 % des enfants ont été estimés en surpoids/obésité.

Les maladies de l'appareil respiratoire représentent 23 % de l'ensemble des motifs d'hospitalisation de la classe d'âge 1-15 ans (5 200 séjours), les maladies de l'appareil digestif 14 % ainsi que les lésions traumatiques (14 %, 3000 séjours).

La mortalité dans cette classe d'âge continue de diminuer en Bourgogne comme en France : le taux passant de 19 décès pour 100 000 enfants en 1995 à 14 pour 100 000 en 2005.

Cependant, les traumatismes et empoisonnements restent la première cause de décès pour ce groupe d'âge (33 %), suivis des tumeurs (25 %).

La fréquence de survenue des accidents de la vie courante est maximale entre 0 et 5 ans. On estime actuellement que les accidents domestiques sont à l'origine de 18 000 à 20 000 décès par an, en France. Ils constituent une importante cause de mortalité chez les jeunes enfants.

Les motifs les plus fréquents d'admission en ALD dans cette tranche d'âge sont par ordre décroissant : les troubles mentaux (30,7 %) suivis des maladies du système nerveux (14,3 %).

Par ailleurs, 6,4 /1000 enfants de Bourgogne sont estimés en danger ou risque de danger ¹² en 2006 (6,1 en France) : 5,2 en Saône-et-Loire, 5,9 en Côte-d'Or, 6,7 dans la Nièvre et 9,0 dans l'Yonne.

1.6.2 Adolescents et jeunes adultes

Les jeunes de 15 à 24 ans, au nombre de 192 000 en 2006 et **190 015 en 2008**, représentaient alors respectivement 12 % et **11,6 %** de la population bourguignonne (12,8 % en France).

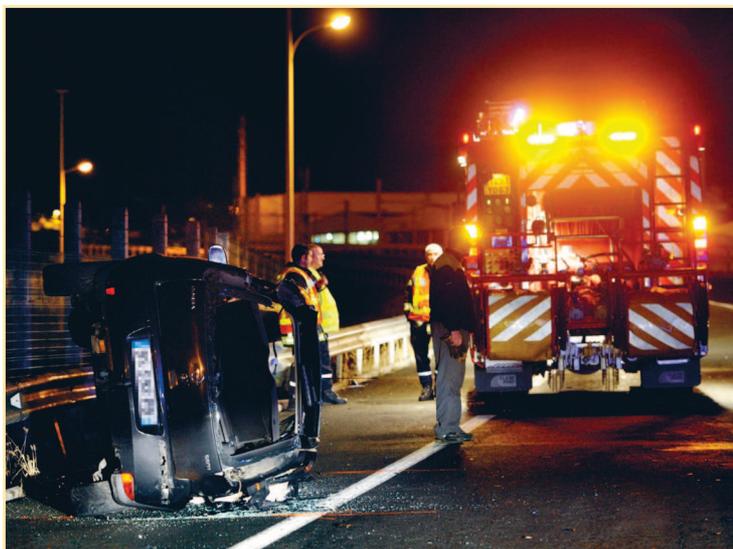
Les **accidents de la route** sont la première cause de décès des 15-24 ans, suivis **des suicides**.

Chaque année, sur la période 2003-2005, 47 jeunes Bourguignons de 15-24 ans sont décédés par accident de la route. Le taux de mortalité par accident de la route est maximal entre 15 et 24 ans pour les hommes surtout.

En 2008, l'Observatoire national de la sécurité routière a enregistré 169 tués et 2 190 blessés par accidents de circulation sur les routes de Bourgogne. Ce nombre a régulièrement diminué au cours des vingt dernières années.

Si on élimine l'effet de la structure du réseau routier, le taux d'accidentologie local pour l'ensemble de la région en 2008 (0,85) est inférieur au taux national (par définition 1,0), mais il est supérieur dans la Nièvre (1,3) et l'Yonne (2,0).

D'autre part, 1200 hospitalisations pour tentative de suicide de Bourguignons de moins de 30 ans sont comptabilisées annuellement au début de la décennie 2000, dont près de la moitié chez des moins de 20 ans. Il s'agit dans les deux tiers des cas de jeunes filles et jeunes femmes.



12 La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance a introduit de nouvelles définitions : enfant en danger (auparavant intitulé « maltraité ») : enfant victime de violences physiques, cruauté mentale, abus sexuels, négligences lourdes, ayant des conséquences graves sur son développement physique ou psychologique ; enfant en risque de danger (antérieurement « en risque ») : enfant qui connaît des conditions d'existence qui risquent de mettre en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation, ou son entretien, mais qui n'est pas pour autant maltraité.

Par ailleurs, l'analyse des données sur les enfants en danger présentée dans le cadre de l'observatoire de l'enfance en danger de Côte-d'Or¹³ montre que les **violences subies** touchent davantage les adolescents (11-14 ans et 15-17 ans) que les enfants plus jeunes (cf. tableau n° 10).

Tableau 10 : Nombre moyen d'évaluations d'enfants en danger et en risque de danger en Côte-d'Or et taux pour 1 000 enfants, selon l'âge en 2007-2008

	Côte-d'Or		France métropolitaine
	Effectifs moyens 2007-08	Taux pour 1000 enfants	Taux pour 1000 enfants
0-2 ans	87	5,0	5,9
3-5 ans	105	5,8	7,0
6-10 ans	163	5,4	6,9
11-14 ans	164	6,8*	7,5
15-17 ans	133	6,8*	7,5
18-21 ans	19	0,6	0,9
0-20 ans	670	5,7	6,1

* taux significativement supérieur de 5 % à la moyenne des 0-20 ans

Source : Observatoire de l'enfance et de la famille Côte-d'Or Exploitation ORS

1.6.2.1 Les accidents domestiques, de sport et de loisirs

Selon les estimations réalisées par l'InVS à partir de l'Enquête santé et protection sociale 2004, 4,6 personnes parmi 100 ont été accidentées au moins une fois au cours d'un trimestre (entre 4,3 et 5,0), ce qui correspond à 2,8 millions de personnes accidentées (2,5 à 3,0 millions) en France. Parmi celles-ci, 46 % ont eu recours à l'hôpital (aux urgences et/ou à une hospitalisation).

On a observé 465 accidents graves de sport sur 1 an en Côte-d'Or¹⁴. La moitié des accidentés avait moins de 21 ans. Les sports les plus concernés sont les sports sur roues (35 %, dont cyclisme 22 %), d'équipe (21 %) et hippiques (15 %). Ils surviennent majoritairement lors d'une pratique sportive individuelle de loisir, sans encadrement.

1.6.2.2 La consommation d'alcool, tabac et drogues illicites

Selon l'enquête Escapad menée lors de la journée de préparation à la défense en 2008, à 17 ans, les consommations d'alcool des jeunes de la région restent supérieures à la moyenne nationale. Ainsi, 13 % des jeunes Bourguignons consomment régulièrement de l'alcool (contre 9 % en France hexagonale).

Les proportions de comportements à risque chez les jeunes Bourguignons (forte consommation au cours d'une même occasion ou ivresse) ne diffèrent par contre pas de la moyenne nationale.

En 2008, selon la même enquête, 31 % des jeunes Bourguignons de 17 ans sont fumeurs quotidiens. Ils ne se distinguent pas des jeunes français (29 %). Cette prévalence est plus faible que celle observée lors de la précédente enquête (40 % en 2005).

Enfin, 45 % des jeunes Bourguignons de 17 ans déclarent avoir expérimenté le cannabis et 6 % en consommer régulièrement, ces proportions étant en nette baisse comme en France. Ceci peut être associé à l'augmentation de la consommation d'autres produits dans la région comme en France : 12 % des jeunes Bourguignons interrogés ont déclaré avoir expérimenté du poppers (contre 7 % trois ans plus tôt) et 7 % d'autres produits à inhaler (contre 4 %).

(Les poppers sont des vasodilatateurs, initialement utilisés en médecine pour le traitement de certaines maladies cardiaques, qui se présentent généralement sous la forme d'un liquide très volatile. Lorsqu'elles étaient commercialisées pour un usage médical, les ampoules contenant ces substances produisaient à l'ouverture un bruit [pop] qui a donné le nom au produit. Les principaux effets annexes observés, à l'origine du détournement d'utilisation de ces produits sont l'euphorie et le sentiment de détente).

13 L'Observation de l'enfance en danger en Côte-d'Or, Exploitation des évaluations 2007-2008. ORS, Conseil général de Côte-d'Or, 2010.

14 Une enquête prospective, descriptive, exhaustive sur les circonstances des accidents de sport a été réalisée en Côte-d'Or durant 1 an (InVS-DRJS-DRASS-ORS) avec l'appui des services d'urgence (2008-2009). Elle concernait toute personne victime d'un accident lors de la pratique d'une activité physique et sportive, entraînant le décès ou une hospitalisation.

1.6.2.3 La polyconsommation

Le Baromètre santé 2005 permet d'aborder le thème de la polyconsommation par le biais de deux indicateurs. Le premier se définit comme la polyconsommation régulière d'au moins deux produits parmi l'alcool, le tabac et le cannabis; le second comme le cumul de consommation, au cours de la vie d'une part, et au cours de l'année d'autre part, d'au moins deux drogues illicites hors cannabis. Il n'est toutefois pas possible d'affirmer qu'il s'agit d'usages concomitants pour ce dernier indicateur.

Les études sur la polyconsommation incluent la tranche d'âge des 15-24 ans sans la distinguer des 25-64 ans.

La polyconsommation régulière et simultanée de tabac, alcool et cannabis concerne près de 1 % des Bourguignons en 2005. La polyconsommation régulière d'alcool, de tabac et de cannabis concerne 7 % des Bourguignons de 15-64 ans et 8,3 % de l'ensemble des Français de cette tranche d'âge. Les produits les plus fréquemment consommés en association sont l'alcool et le tabac (6 % en Bourgogne comme en France hexagonale).

Les fréquences de polyconsommation au sens de consommation cumulée d'au moins deux drogues illicites autres que le cannabis ne diffèrent pas statistiquement de celles observées à l'échelle nationale. Le cumul d'usages, au cours de la vie, de produits psychoactifs illicites (hors cannabis) concerne 2 % des Bourguignons de 15-64 ans. L'usage au cours de l'année est très rare (moins de 1 %). Ces cumuls sont davantage le fait de consommateurs de cannabis. Ainsi, l'usage au cours de la vie d'au moins deux produits illicites en plus du cannabis touche 9 % des personnes ayant expérimenté le cannabis au cours de leur vie. Ces consommations posent particulièrement des problèmes lors de la conduite automobile.

1.6.2.4 Les troubles des conduites alimentaires

L'anorexie mentale touche 0,9 % des femmes et la boulimie 1,5 % mais, à l'adolescence, ces troubles sous des formes atténuées concernent une adolescente sur quatre et un adolescent sur cinq.

1.6.2.5 Le parcours de santé des adolescents et des jeunes adultes

L'ARS de Bourgogne, avec l'appui d'experts, a analysé le parcours de santé des adolescents et des jeunes adultes afin d'y déceler les principaux points de ruptures, et de définir les pistes de solutions à mettre en œuvre pour les réduire voire les supprimer.

L'analyse a porté sur les jeunes de 12 à 25 ans, l'adolescence commençant souvent dès 12-13 ans. L'âge adulte a été défini comme celui auquel la personne a atteint, à la fois son autonomie cognitive, affective et financière. Le « jeune adulte » n'a pas encore atteint toutes ces modalités de l'autonomie.

Neuf points de rupture ont été repérés dans le parcours de santé des adolescents et des jeunes adultes (cf. schéma parcours n° 5).

L'insuffisance d'adhésion des jeunes à la démarche de prévention, parfois en raison du manque de structures (comme en milieu rural) ou bien en dépit de la proximité de ces structures (milieu urbain), constitue la première difficulté identifiée.

La seconde réside dans la difficulté et la carence du repérage des conduites à risque chez les adolescents, pour partie en lien avec un recours peu fréquent aux professionnels de santé à cet âge.

L'entrée dans le système de soins peut être freinée par la difficulté à préserver la confidentialité, notamment en milieu rural.

Un point de rupture supplémentaire est repéré du fait de l'absence de coordination dans le suivi individuel de l'adolescent : il est fréquent qu'aucun professionnel de santé n'ait de vue globale sur l'adolescent.

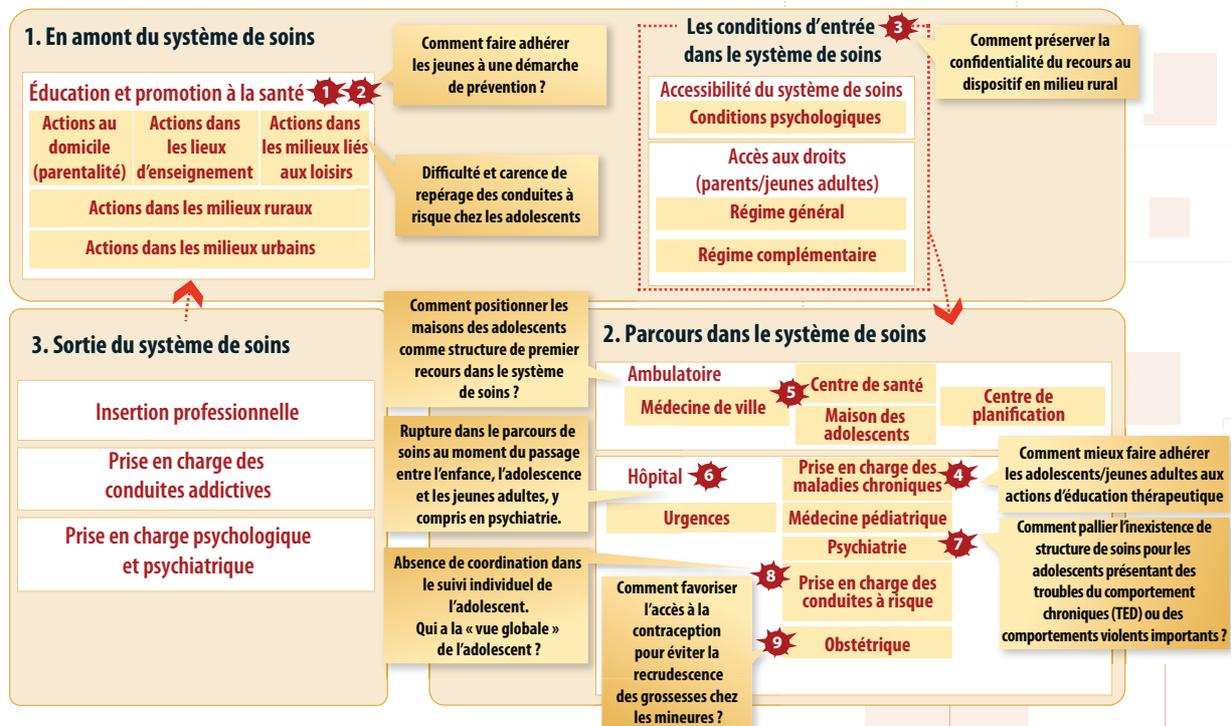
Si le jeune éprouve des difficultés à consulter un médecin de ville ou à s'adresser au dispositif de santé scolaire, la maison des adolescents, lorsqu'elle existe, reste méconnue et n'est pas suffisamment positionnée comme une structure de premier recours dans le système de soins.

D'autre part, l'accès à la contraception apparaît insuffisant pour de nombreuses jeunes filles et explique, au moins partiellement, la recrudescence des grossesses chez les mineures.

Enfin, les jeunes présentant des maladies chroniques, somatiques ou psychiatriques sont confrontés à diverses carences ou difficultés : l'adhésion à l'éducation thérapeutique est repérée comme insuffisante; il n'existe pas de structure de soins pour les adolescents présentant des troubles psychiatriques chroniques ou des comportements violents importants; et la rupture dans le parcours de soins au moment des passages entre l'enfance, l'adolescence et l'âge de jeune adulte est réelle, y compris en psychiatrie.

Cette approche diagnostique du parcours de soins des adolescents et des jeunes adultes fera l'objet de pistes de solutions développées dans les schémas régionaux d'organisation de la prévention et des soins.

Schéma parcours n° 5 : le parcours de santé des adolescents et des jeunes adultes



1.6.3 Âge de l'activité professionnelle (25-64 ans)

En 2006, la Bourgogne compte 841 000 habitants âgés de 25 à 64 ans (soit la moitié de la population de la région, comme en France). **En 2008, cette classe d'âge compte 845 097 personnes soit 51,6 % de la population de la région.**

Sur la même période, chaque année, en moyenne 2 900 Bourguignons âgés de 25 à 64 ans sont décédés. Sept fois sur dix il s'agit d'hommes. Les principales causes de décès à ces âges sont les tumeurs (43 %), puis les traumatismes et empoisonnements dits « morts violentes » (15 %), les maladies cardio-vasculaires (14 %), suivies des maladies de l'appareil digestif (7 %).

Sur la période 2005-2007, on a dénombré chaque année près de 210 000 séjours hospitaliers de Bourguignons de ce groupe d'âge dans des services de soins de courte durée.

Hors grossesses et accouchements, les motifs les plus fréquents sont les maladies de l'appareil digestif (12 %), les tumeurs (9 %), les maladies du système ostéo-articulaire (9 %) et celles de l'appareil circulatoire (7 %).

Les trois principaux régimes d'assurance maladie ont admis chaque année 14 800 Bourguignons de 25-64 ans en affections de longue durée sur la période 2005-2007. Les principaux motifs sont les maladies cardio-vasculaires (29 %), les tumeurs malignes (25 %), le diabète et autres maladies métaboliques (20 %), puis les troubles psychiques (12 %).

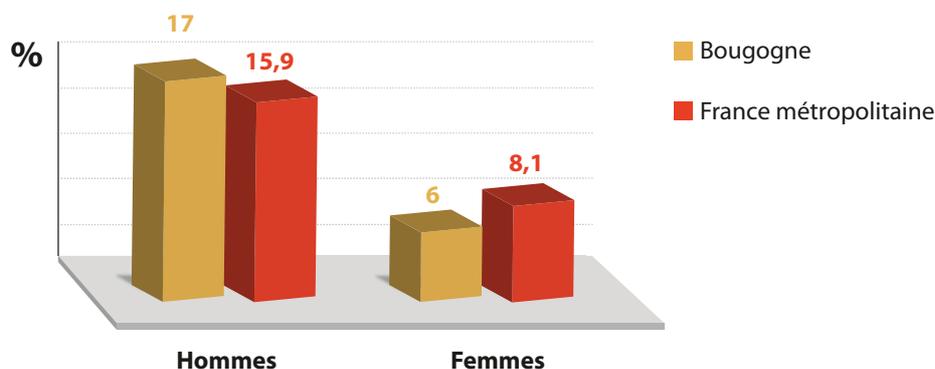
1.6.3.1 La consommation d'alcool

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), une consommation modérée d'alcool se situe à moins de deux verres par jour pour une femme (soit moins de quatorze verres par semaine), moins de trois verres par jour pour un homme (soit moins de vingt et un verres par semaine), pas plus de quatre verres par occasion, avec un jour sans alcool par semaine et absence de consommation d'alcool dans certaines circonstances (grossesse, conduite, prise de certains médicaments, métiers ou sports dangereux, certaines pathologies...)

La Bourgogne présente un profil contrasté dans la mesure où la consommation d'alcool des adultes est proche de la moyenne nationale, mais celle des adolescents de 17 ans (enquête Escapad) plus élevée que la moyenne nationale.

La proportion de personnes déclarant dépasser les seuils de consommation recommandés par l'OMS est plus élevée chez les hommes que chez les femmes. En Bourgogne, 17 % des hommes dépasseraient ce seuil contre 6 % des femmes. Ces proportions sont proches de la moyenne nationale (cf. graphique n° 3).

Graphique 3 : Dépassement des seuils recommandés par l'OMS en Bourgogne et en France hexagonale (%) en 2005, pour la consommation d'alcool



* Le dernier jour de la semaine précédente où la personne a bu de l'alcool
 Source : Baromètre santé INPES – Exploitation ORS

1.6.3.2 La consommation de tabac

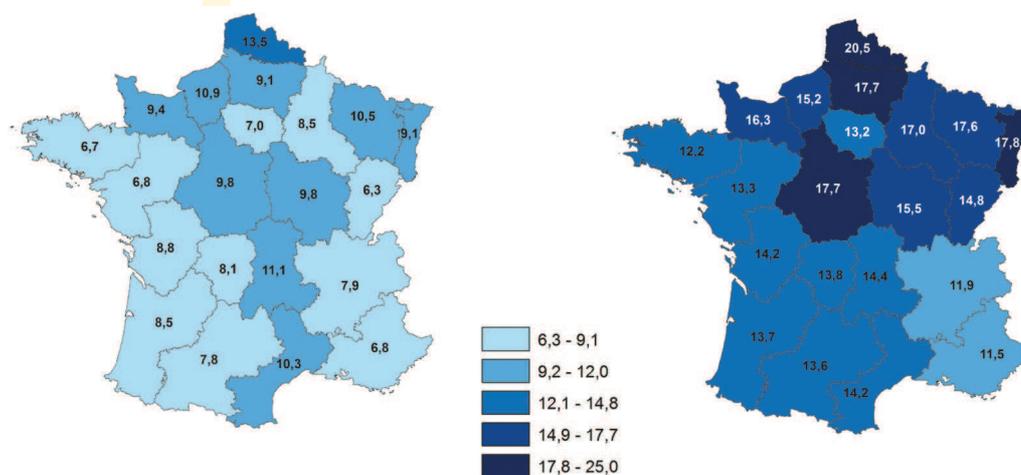
En 2005, 34 % des hommes et 28 % des femmes de 18-75 ans en Bourgogne déclarent fumer, ne serait-ce que de temps en temps. La prévalence du tabagisme, relativement plus faible en 2000, s'est rapprochée de la moyenne nationale.

Cependant, en 2000, la Bourgogne comptait un pourcentage relativement faible de fumeurs réguliers (23,6 % chez les 15-75 ans). En 2005, avec 26,1 % de fumeurs réguliers dans cette classe d'âge, la prévalence du tabagisme devient identique à la moyenne nationale.

1.6.3.3 Le surpoids et l'obésité

La prévalence de l'obésité chez les Bourguignons de 18 ans et plus est supérieure à la moyenne nationale (15,5 % versus 14,5 %) en 2009.

Carte 16 : Prévalence de l'obésité par région (%) 1997 et 2009



Source : ObÉpi – Roche – Exploitation ORS

D'après l'enquête téléphonique Baromètre santé 2005, les hommes sont plus nombreux à présenter un surpoids et/ou une obésité (51 %) que les femmes (30 %) en Bourgogne comme en France. Par ailleurs, les hommes bourguignons apparaissent davantage obèses que la moyenne des Français (15 % versus 9 %).

Les bilans de santé réalisés par les centres d'examen de santé de la région montrent que la fréquence de l'obésité est significativement plus élevée chez les consultants en situation de précarité que parmi les autres consultants (globalement 19,7 % versus 12,1 %), l'écart étant retrouvé à tous les âges. Ce constat ne diffère pas de la moyenne nationale.

1.6.3.4 La sédentarité

Selon l'exploitation régionale du baromètre santé 2005, 4 hommes bourguignons interrogés sur 5 (79 %) avaient un niveau de pratique d'activité physique recommandé (niveau au moins modéré), ainsi que trois quarts (74 %) des femmes de la région. Ces proportions sont relativement proches de la moyenne nationale.

1.6.3.5 Les pathologies professionnelles : accidents du travail et maladies professionnelles

Pour l'année 2008, la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM) de Bourgogne Franche-Comté a dénombré 20 073 Accidents du Travail (AT) avec arrêt de salariés du régime général en Bourgogne, dont 1 182 accidents graves et 14 décès, auxquels s'ajoutent 2 122 accidents de trajet, dont 186 graves et 15 décès.

L'indice de fréquence des accidents du travail avec arrêt de travail consécutif est de 46,3 pour 1 000 salariés dans l'ensemble des secteurs (hormis bureaux et catégories particulières). Il varie de 13 pour les services (banque, assurance...) à 95 pour le Bâtiment et Travaux Publics (BTP).

Depuis le début des années 80, l'indice de fréquence des accidents du travail a diminué, en Bourgogne comme dans l'ensemble des régions françaises. Cependant, il est supérieur à la moyenne nationale, l'écart s'étant accru dans la dernière décennie. En 2008, l'indice de fréquence est significativement plus élevé en Bourgogne (46 pour 1 000 salariés) qu'en France (38). À l'intérieur de la région, l'indice de fréquence diffère selon les départements (variant de 41 pour la Nièvre à 56 pour l'Yonne en 2004). D'une manière globale, et au regard de leur part respective de l'emploi régional, le nombre d'accidents du travail indique une sous-exposition en Côte-d'Or et dans la Nièvre, un niveau « moyen » en Saône-et-Loire, une forte surexposition dans l'Yonne. L'observation par activité confirme des dangers particuliers, notamment dans la construction et dans l'industrie.

Le nombre de cas de maladies professionnelles indemnisées par le régime général a très fortement augmenté depuis 2000, du fait essentiellement de la hausse des troubles musculo-squelettiques, et de la création, en 1999, de deux tableaux supplémentaires relatifs aux pathologies vertébrales.

En 2004, plus de la moitié des maladies professionnelles indemnisées l'est en Saône-et-Loire. Elles concernent 1 salarié sur 210 dans ce département, contre 1 sur 470 en Côte-d'Or.

En 2009, en Bourgogne, 1 703 maladies d'origine professionnelle ont nécessité un arrêt de travail. Ce nombre est en augmentation par rapport à 2005 (1 351), mais en diminution par rapport à 2008 (1 799). Les affections périarticulaires représentent 79 % de ces maladies professionnelles. Suivent les hernies discales (6 %), les maladies dues à l'amiante dont des cancers (6 %), les surdités (3 %), les lésions chroniques des ménisques, affections liées aux vibrations (2 %) et les pathologies pulmonaires liées à la silice (1 %).

Les maladies professionnelles liées à l'amiante représentent 90 % des maladies professionnelles mortelles : 12 décès recensés en 2009. Ce chiffre, vraisemblablement sous-estimé, est en augmentation depuis 2005 (10 en 2005 et 2006, 8 en 2007 et 9 en 2008). Les poussières de bois sont la deuxième cause de maladies professionnelles mortelles (2 décès en 2005 et 2006, 1 en 2007 et 2008, aucun en 2009).

Sur la période 2005-2009, en Bourgogne Franche-Comté 2 décès ont été attribués à des maladies professionnelles hors tableau, en lien avec des risques psychosociaux (source : CARSAT Bourgogne – Franche-Comté).

1.6.4 Personnes âgées

Au dernier recensement (2006), on dénombrait plus de 323 400 Bourguignons de 65 ans ou plus, dont plus de la moitié avait 75 ans et plus. Ce nombre s'élevait à 327 121 en 2008. La Bourgogne fait partie des régions françaises où la proportion des 75 ans et plus est la plus élevée (10,3 % en 2006 et 10,6 % en 2008 en Bourgogne contre 8,3 puis 8,6 % en France)

Les principaux motifs d'admission en Affection de Longue Durée (ALD) des personnes âgées sont les maladies cardio-vasculaires (44 %), les tumeurs malignes (24 %), le diabète (12 %) et la maladie d'Alzheimer (8 %).

En 2005-2007, on a dénombré 176 000 séjours hospitaliers annuels en soins de courte durée de Bourguignons de 65 ans et plus sur une année.

Les motifs les plus fréquents sont les affections cardio-vasculaires (15 %), les tumeurs (11 %), les maladies de l'appareil digestif (10 %), les maladies de l'œil (9 %) les maladies du système ostéo-articulaire (6 %) et les lésions traumatiques (6 %).

Mais les problèmes de santé s'amplifient avec le vieillissement. C'est pourquoi il est nécessaire de se centrer sur les plus âgés des aînés bourguignons.

1.6.4.1 Focus sur les 75 ans et plus

Leurs principaux problèmes de santé sont les maladies cardio-vasculaires, les cancers, les maladies respiratoires, les démences ainsi que les chutes et lésions traumatiques.

1.6.4.1.1 Maladies cardiovasculaires

Le taux standardisé d'admissions en ALD pour maladie cardio-vasculaire (sur la population française au RP 1990) de 34,9 pour 1 000 personnes de 75 ans et plus en 2007 est supérieur à la moyenne hexagonale (28,0 pour 1 000 personnes en 2005).

En 2007, 18 215 Bourguignons de 75 ans et plus ont été hospitalisés pour une maladie cardiovasculaire. Si on élimine l'effet de la structure d'âge, le taux standardisé d'hospitalisations en soins de courte durée des 75 ans et plus motivées par une maladie cardiovasculaire s'élève à 108 pour 1 000 en Bourgogne en 2007. Le taux est significativement inférieur à la moyenne régionale dans l'Yonne, et significativement supérieur dans la Nièvre et en Saône-et-Loire.

1.6.4.1.2 Cancers

En 2005, le taux standardisé d'admissions en ALD pour cancers ne diffère pas de la moyenne hexagonale (15,4/1 000).

Si on élimine l'effet de la structure d'âge, le taux standardisé d'hospitalisations en soins de courte durée des 75 ans et plus motivées par un cancer s'élevait à 40,5/1 000 en Bourgogne (contre 45,6 en France hexagonale) en 2007. À l'intérieur de la région, on observe des écarts de recours aux soins hospitaliers entre les départements, la Nièvre enregistrant un taux significativement inférieur à la moyenne bourguignonne, et inversement pour la Saône-et-Loire.

1.6.4.1.3 Maladies respiratoires

Le taux standardisé d'admissions en ALD pour maladies respiratoires est égal à la moyenne hexagonale (1,9 pour 1 000 personnes en 2005).

On observe des différences significatives des taux standardisés d'hospitalisations pour maladies respiratoires dans la Nièvre et dans l'Yonne où ces taux sont respectivement inférieurs et supérieurs à la moyenne régionale

1.6.4.1.4 Démences et maladie d'Alzheimer

En extrapolant les résultats d'une enquête nationale (PAQUID) établie sur une recherche active des cas, la Bourgogne compterait 28 000 personnes atteintes de démence (18 % des 75 ans et plus) en 2008, à des stades plus ou moins avancés de la maladie. La démence serait très légère ou légère pour 41 % des personnes atteintes, modérée pour 33 % et sévère pour 26 % d'entre elles.

La maladie d'Alzheimer a motivé 12 % des admissions en ALD des plus de 75 ans en 2007. 72 % sont des femmes.

Les hospitalisations en court séjour ne traduisent pas l'ampleur du phénomène (785 personnes en 2006), car la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées ne sont en général pas le motif principal de recours aux soins hospitaliers. En revanche le nombre de malades suivis dans un centre mémoire est plus révélateur : ils étaient 1 200 en 2007, nombre proche des nouvelles admissions en ALD pour maladie d'Alzheimer en 2007.

1.6.4.1.5 Chutes des personnes âgées

D'après l'étude des trois cités (enquête épidémiologique en population générale sur les maladies cérébrales conduite à Dijon, Bordeaux et Montpellier), une personne de plus de 65 ans sur cinq est tombée dans l'année¹⁵.

En 2007, 6 471 séjours de personnes âgées de 75 ans et plus ont été motivés par une lésion traumatique en Bourgogne. Le taux standardisé d'hospitalisations pour ce motif observé en Bourgogne se situe dans la moyenne nationale.

1.6.4.1.6 Suicides

En 2005-2007, 70 Bourguignons âgés de 75 ans et plus sont décédés chaque année par suicide. Le taux de décès par suicide augmente avec l'âge et est maximal dans la classe d'âge des 85 ans et plus. Toutefois entre 2000 et 2006, il a plus fortement diminué à partir de 75 ans (-17 % chez les 75-84 ans et -24 % chez les 85 ans et plus) que pour l'ensemble de la population.

1.6.4.1.7 Dénutrition des personnes âgées

Selon le Gérontopôle de Bourgogne¹⁶, parmi les personnes âgées de plus de 75 ans hébergées en institutions, 60 à 75 % sont dénutries. Au domicile, on en compte 10 à 15 %. En 7 ans, le pourcentage d'entrants dénutris en milieu hospitalier a augmenté de 10 points.

1.6.4.2 Le parcours de vie des personnes âgées

L'ARS de Bourgogne, avec le concours d'experts, s'est attachée à analyser le parcours de vie des personnes âgées, vivant de façon autonome à leur domicile, avec éventuellement des aides (repas, ménage...) et un suivi médical ou de santé pour une ou plusieurs pathologies chroniques. Cette analyse a pour objectif de repérer les situations de fragilité ou de rupture générant un risque de retard de prise en charge, un défaut de prise en charge ou une moindre qualité de celle-ci (cf. schéma parcours n° 6).

Huit points de rupture ont été repérés, dans l'hypothèse retenue de la survenue d'un événement aigu dans le parcours de la personne. Ils figurent sur le schéma ci-dessous.

À son domicile, la personne âgée n'a pas suffisamment accès à des actions de prévention, en particulier pour des raisons de proximité ou d'information (adaptation du logement, par exemple).

En cas de pathologie chronique, l'éducation thérapeutique spécifique aux personnes âgées est insuffisante, voire inexistante. Enfin, malgré l'intervention de plusieurs aidants naturels et/ou professionnels, il n'existe pas de support ou de modalité formalisée de partage de l'information sur l'état de santé de la personne; ceci génère un retard à l'alerte concernant une évolution témoin d'une dégradation de l'état de la personne.

Le manque d'anticipation d'un événement aigu constitue un point de rupture supplémentaire (absence de téléalarme en cas de chute par exemple).

Si la personne âgée est hospitalisée à l'occasion de cet événement, les informations sur sa situation de santé sont insuffisamment partagées entre son médecin traitant et les professionnels de l'établissement de santé. Une entrée quasi-systématique par le service des urgences est par ailleurs observée, alors que toutes les situations ne nécessitent pas cette modalité d'admission et que les changements rapides de lieux et d'interlocuteurs, de plus dans un contexte de traumatisme ou de décompensation d'une pathologie chronique, génèrent angoisse et confusion chez les personnes âgées.

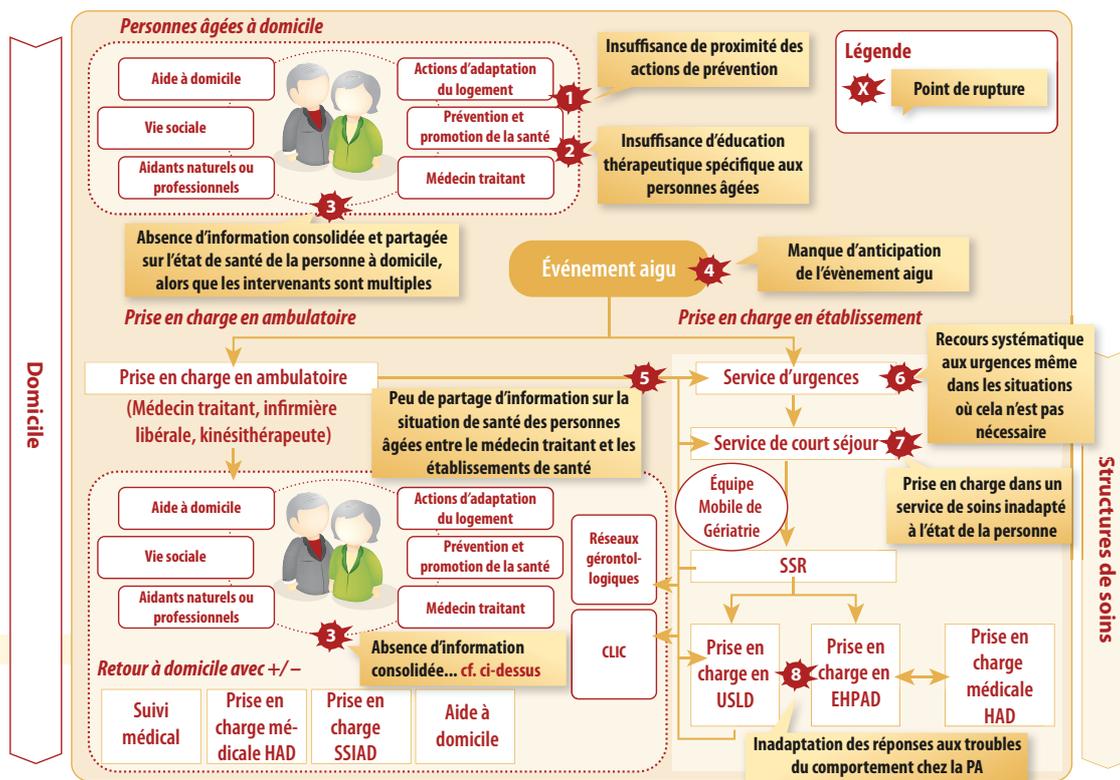
D'autre part, il n'est pas rare que le(a) patient(e) âgé(e) ne puisse être accueilli(e) dans un service de soins adapté à sa situation. Dans ce cas, il (elle) est amené(e) à vivre un voire plusieurs nouveaux changements de service, accentuant la perte de ses repères et compromettant, en l'absence d'un rétablissement rapide, les possibilités de retour à domicile.

Enfin, l'inadaptation des réponses apportées aux troubles du comportement chez la personne âgée dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes et dans les unités de soins de longue durée a été repérée comme huitième point de rupture pour ce parcours.

¹⁵ INSERM U360, Étude des 3 cités, portrait d'une population. 1999-2006.

¹⁶ Le Gérontopôle de Bourgogne est une association loi 1901, créée en 2006, consacrée aux soins, à l'enseignement et à la recherche en gérontologie.

Schéma parcours n° 6 : le parcours de vie des personnes âgées



1.7 La nécessité d'accompagner les populations vieillissantes et/ou handicapées dans leurs choix de vie

1.7.1 Le secteur du handicap

La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, qui institue la notion de compensation du handicap, définit le handicap, quel que soit l'âge, de manière multidimensionnelle : « constitue un handicap... toute limitation d'activité ou restriction de la participation de la vie en société, subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive, d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé ».

La complexité de ces notions explique que la connaissance des personnes en situation de handicap ou de dépendance demeure lacunaire, tant au plan de leurs caractéristiques, que de leurs situations et de leurs difficultés à trouver des réponses à leurs besoins.

Connaître les personnes en situation de handicap ou de dépendance nécessite par ailleurs de disposer de données relatives à ces personnes qu'elles soient ou non connues des dispositifs publics d'aide. Or il n'y a pas d'enquête nationale globale (établissements, services, domicile) avec des données locales sur les personnes handicapées (hors vieillissement) et les systèmes d'information des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) ne permettent pas encore de disposer de données fiables qui d'ailleurs ne prendraient en compte que les publics s'étant adressés à elles.

D'autre part, une majorité de personnes en situation de handicap vivent à domicile seules ou avec leur famille. L'importance des aidants est donc primordiale pour la vie en autonomie et la participation à la vie sociale.

Pour évaluer le nombre des personnes handicapées éprouvant des difficultés à accomplir les actes de la vie quotidienne ou devant faire face à des restrictions de participation à la vie sociale, on ne peut donc se référer qu'aux personnes qui ont obtenu une reconnaissance du handicap et donc connues des dispositifs « officiels » émergeant sur des fonds publics : ces personnes perçoivent des compensations ou aides individuelles de leur handicap de la part de l'État, de la sécurité sociale, des départements, de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA).

En Bourgogne, près de 49 000 personnes percevaient des prestations de compensation du handicap en 2007 dont 15 300 une pension d'invalidité, 3 700 l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH) et 25 900 l'Allocation Adulte Handicapé (AAH), le taux d'AAH (20.6 %) étant supérieur à la moyenne nationale (16.9 %), notamment dans la Nièvre et dans l'Yonne.

Le tableau ci-dessous estime le coût des aides et prestations individuelles versées aux personnes reconnues handicapées en 2007 : l'AAH représente plus de 50 % des dépenses.

Tableau 11 : Répartition du coût des prestations de compensation en 2007 en Bourgogne pour les personnes handicapées

Dépenses pensions d'invalidité	Dépenses allocation aux adultes handicapés (AAH)	Dépenses allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)	Dépenses allocation compensatrice de tierce personne (ACTP) -60 ans	Dépenses prestation de compensation du handicap (PCH)	Total dépenses région
109 645 132	154 791 063	5 382 054	15 905 000	7 909 236	293 632 485
37 %	53 %	2 %	5 %	3 %	100 %

En 2007, près de 65 % des personnes handicapées prises en charge ou accompagnées par les établissements et services médico-sociaux (ESMS) présentaient une déficience intellectuelle.

D'après une enquête des services statistiques du ministère (DREES), sur un échantillon de personnes ayant demandé l'AAH en 2005/2006, 28 % des demandeurs seraient atteints de déficience du psychisme (schizophrénie, troubles de l'humeur...), 22 % de déficience motrice, 17 % de déficience intellectuelle... Mais il n'y a aucune donnée précise pour la région.

L'autonomie passe par la détection précoce des handicaps, la scolarisation des enfants en milieu ordinaire, en lien avec l'Éducation nationale, le maintien à domicile des adultes et par la formation professionnelle de ces jeunes, en cohérence avec la loi du 11/2/2005 :

- la qualité de la prise en charge commence par la détection et la prise en charge précoces des handicaps, avec un meilleur maillage territorial de CAMSP et CMPP capables de répondre aux différents types de handicaps, un renforcement des liens avec la périnatalité, la PMI, les réseaux, le secteur ambulatoire, l'Éducation nationale... : cette priorité est abordée dans les schémas départementaux
- à la rentrée scolaire 2009, plus de 5200 élèves porteurs de maladies invalidantes ou handicapés étaient accueillis en classe ordinaire et 2500 étaient scolarisés par les établissements hospitaliers et médico-éducatifs. À noter la situation particulière de la Saône-et-Loire qui présente un taux d'allocataires de l'AEEH très élevé ainsi qu'un nombre très important d'élèves scolarisés dans le 1er et 2e degré mais avec un nombre important de projets personnalisés de scolarisation non validés. L'accompagnement médico-social de ces enfants passe notamment par des services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) renforcés, une articulation plus étroite des ESMS et des établissements sanitaires...
- le travail protégé est face à de nouveaux enjeux : la mise en place du projet de travail personnalisé, l'insertion des travailleurs handicapés en milieu ordinaire et la valorisation des acquis professionnels. Le vieillissement des personnes en situation de handicap pose également un problème croissant dans les ESAT qui développent l'accueil à temps partiel avec la question de la gestion du temps libre.

Par ailleurs, les personnes handicapées de 60 ans ne trouvent pas leur place dans des EHPAD à la moyenne d'âge élevée.

Le problème du vieillissement des usagers des structures d'hébergement, médicalisées ou non se pose également avec acuité puisque plus de 40 % des personnes accueillies en MAS et 44 % de celles accueillies en FAM ont plus de 45 ans.

La médicalisation partielle des foyers de vie reste une réponse incomplète et mal définie avec la question de transformer des places de FAM ou bien de mettre en place une organisation intermédiaire.

Le vieillissement des personnes handicapées suppose de mieux connaître leur nombre et leurs besoins pour offrir une réponse bien adaptée.

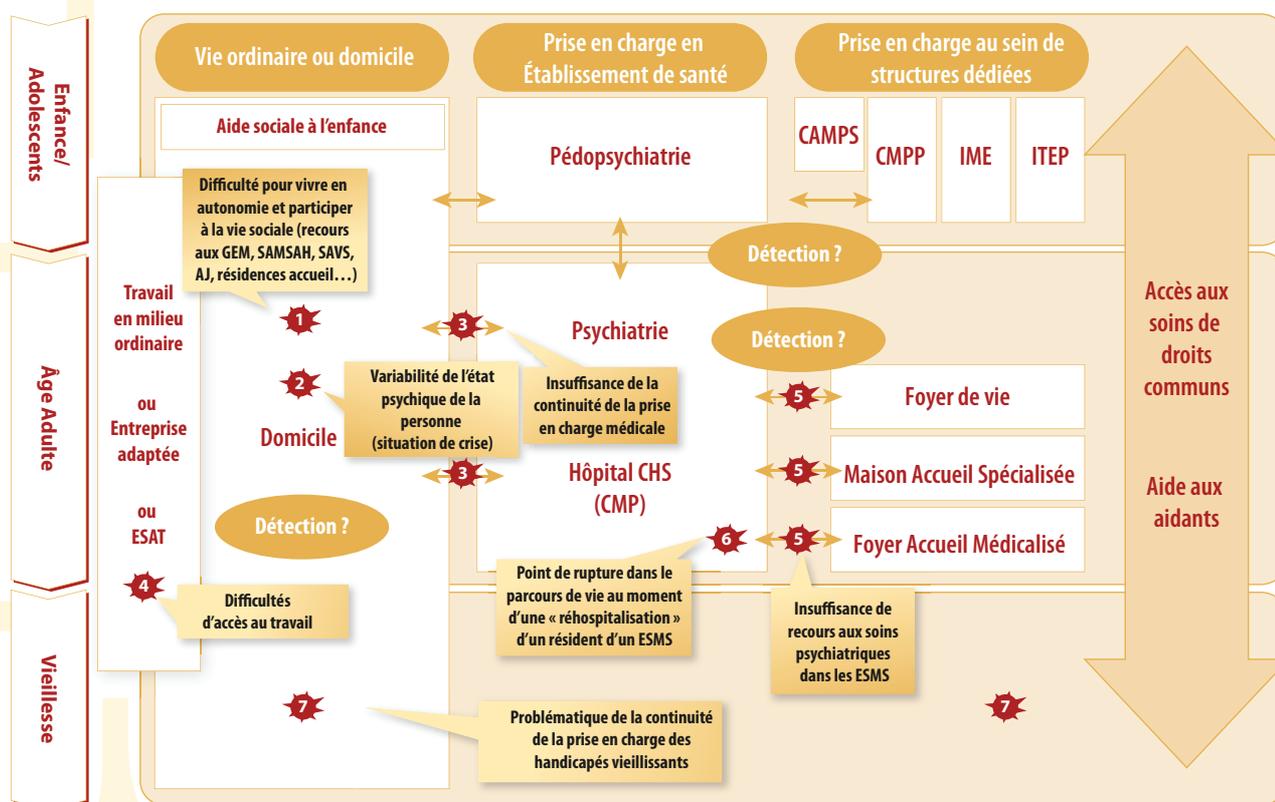
1.7.2 Le parcours de vie des personnes en situation de handicap psychique

Afin de mieux cerner les points de difficulté à prendre en compte dans les schémas régionaux d'organisation, l'ARS, avec le concours d'experts, a analysé le parcours de vie des personnes en situation de handicap psychique. Les points de rupture dans ce parcours, c'est-à-dire les discontinuités ou difficultés susceptibles d'influencer négativement sur la vie quotidienne ou la prise en charge des soins de ces personnes, ont été repérés et repris sur le schéma ci-dessous (cf. schéma parcours n° 7).

Les personnes en situation de handicap psychique **vivent, pour 80 % d'entre elles, à leur domicile seules ou avec leur famille.**

Sept points de rupture ont été repérés comme indiqués dans le schéma ci-dessous :

Schéma parcours n° 7 : le parcours de vie des personnes en situation de handicap psychique



1.7.3 La question du vieillissement

Le vieillissement de la Bourgogne est supérieur à la moyenne nationale, surtout dans la Nièvre et en Saône-et-Loire : l'indice régional de vieillissement ¹⁷ se situe à 86.2 en 2008 contre 67.3 au plan national. La part des personnes âgées de 75 ans et plus va progresser de 14 % entre 2005 et 2015, ce nombre devant se stabiliser ensuite pour progresser très fortement à partir de 2022, avec des différences selon les tranches d'âge. La tranche d'âge des 85 ans et plus progresse de 75 % entre 2005 et 2017, alors que les 75-84 ans devraient rester stables jusqu'en 2021, voire diminuer dans certains départements pour progresser nettement à partir de 2022. C'est la population des 75-84 ans de la Nièvre et de la Saône-et-Loire qui diminue le plus jusqu'en 2021.

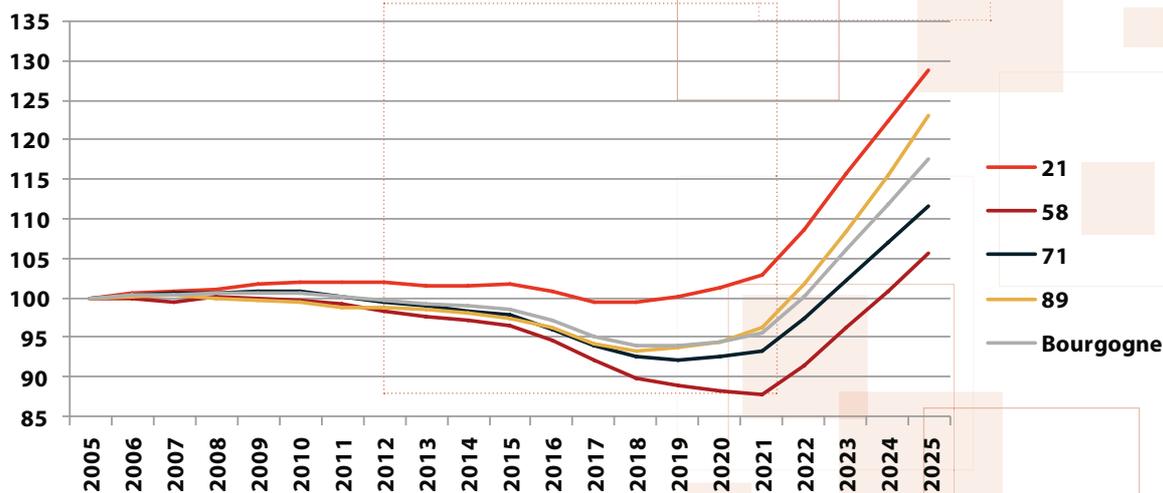
Ces évolutions montrent les enjeux du maintien à domicile, de la prévention de la dépendance pour améliorer l'espérance de vie en bonne santé, ainsi que de la prise en charge de la dépendance des personnes très âgées.

¹⁷ Indice de vieillissement : nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans

Il faut souligner que si la part des personnes âgées dans la population est et restera la plus importante dans la Nièvre et en Saône-et-Loire, c'est en Côte-d'Or et en Saône-et-Loire que le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus est actuellement le plus important.

La progression de la population âgée de l'Yonne, département attractif pour la région parisienne dépassera cependant celle de la Saône-et-Loire à partir de 2021. (cf. graphique n° 4 ci-dessous).

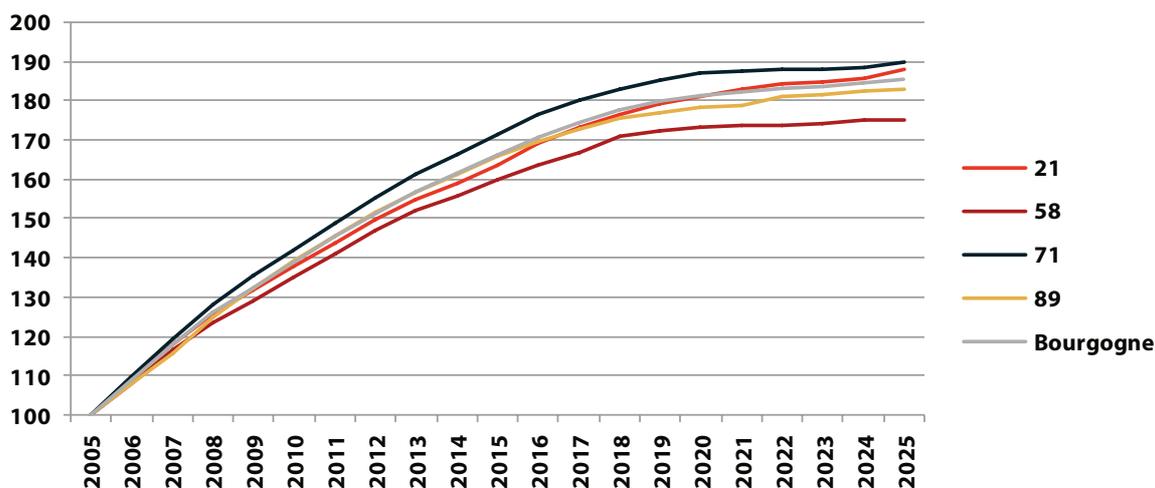
Graphique 4 : Évolution du nombre d'habitants de 75-84 ans dans les départements de Bourgogne, entre 2005 et 2025, selon les projections de l'Insee (sur la base d'un indice 100)



Source : Insee – Exploitation ORS

Quant aux personnes les plus âgées, de 85 ans et plus (36 000 en 2005), leur nombre devrait s'accroître fortement et continuellement jusqu'en 2017 (63 000, soit + 75 % par rapport à 2005), modérément par la suite. (cf. graphique n° 5 ci-dessous).

Graphique 5 : Nombres d'habitants de 85 ans et plus dans les départements de Bourgogne, entre 2005 et 2025, selon les projections de l'Insee (sur la base d'un indice 100)

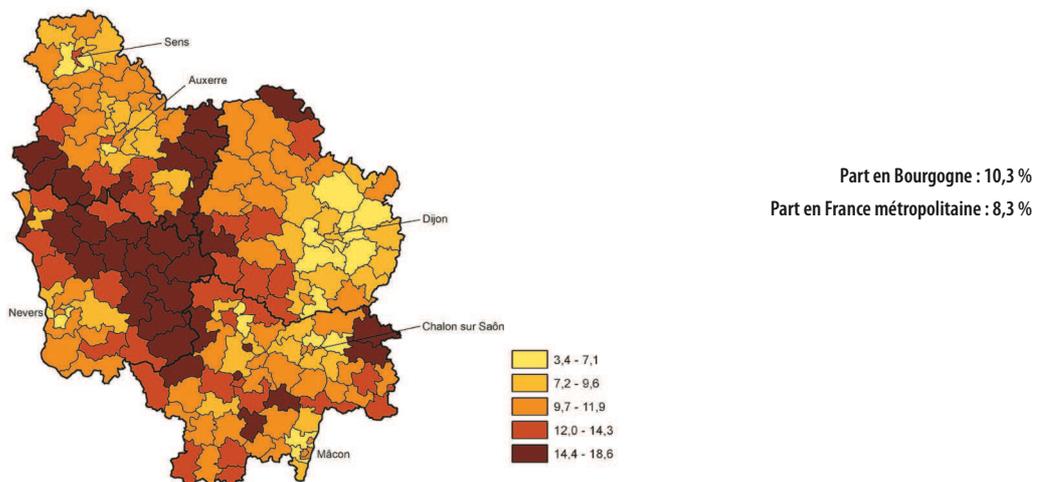


Source : Insee – Exploitation ORS

/// Évaluation des besoins de santé de la population ●●●●●

Par ailleurs, la part des personnes âgées de 75 ans et plus dans la population est importante en milieu rural (cf. carte 2). En milieu urbain, la majorité des personnes âgées vit seule.

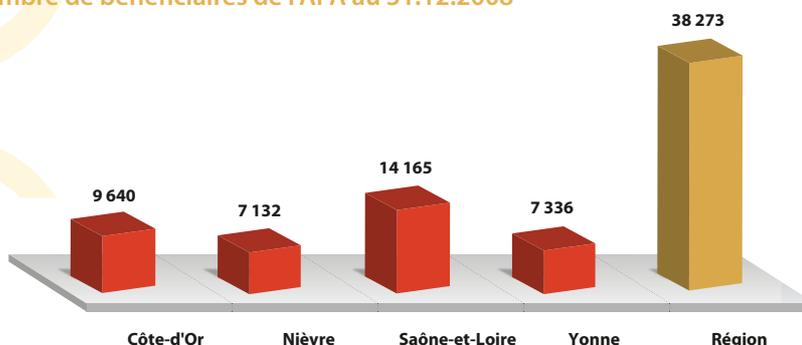
Carte 2 : Part des 75 ans et plus dans les cantons de Bourgogne en 2006 (pour 100 habitants)



Source : Insee – Exploitation ORS

L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) est la principale prestation servie avec 38 273 bénéficiaires en 2008 (taux supérieur au taux national), notamment dans la Nièvre et en Saône-et-Loire où la majorité des bénéficiaires vit à domicile (cf. graphique n° 6). Ces deux départements cumulent également un nombre élevé de personnes âgées en situation de précarité.

Graphique 6 : nombre de bénéficiaires de l'APA au 31.12.2008



Par ailleurs, en 2009, la répartition des bénéficiaires de l'APA à domicile et en établissement montre que la majorité des bénéficiaires vit à son domicile mais plus particulièrement dans la Nièvre et en Saône-et-Loire. Ainsi, bien que très vieillissante, la population de ces deux départements reste en majorité au domicile.

Le tableau ci-dessous chiffre le montant des aides et prestations individuelles versées aux personnes âgées de la région en 2007, l'APA représente 97 % des dépenses de prestations individuelles.

Tableau 12 : répartition du coût des prestations de compensations individuelles en 2007 en Bourgogne pour les personnes âgées

dépenses ACTP 60 ans et +	dépenses PCH 60 ans et +	dépenses APA	total dépenses région
3 651 000	1 011 000	141 491 733	146 153 733
2 %	1 %	97 %	100 %

Sources : DREES dont enquête aide sociale des départements, CNSA (données de contexte 2008)

Le souhait des personnes vieillissantes consiste très majoritairement à rester à leur domicile, et ceci est pris en compte tant dans le plan solidarité grand âge que les schémas départementaux de gérontologie.

La question des coûts de prise en charge, dont une partie parfois importante reste dévolue aux personnes et à leur famille, est problématique, car elle peut induire un renoncement à certains recours : c'est le cas pour l'accès aux solutions d'hébergement et pour l'accès aux services à domicile où le différentiel entre l'APA et le coût des services à domicile constitue également un frein. Ce point relève de la réflexion plus large sur la réforme de la dépendance et des dispositifs de compensation de la perte d'autonomie, qui s'est déroulée au printemps 2011, et qui doit donner lieu à des décisions politiques attendues.

2 Analyse de l'offre de santé en Bourgogne

2.1 La démographie et la répartition géographique des professionnels de santé libéraux et hospitaliers *

Un élément important de fragilité de l'offre : la démographie et la répartition des professionnels de santé.

Le Conseil de l'Ordre des Médecins de Bourgogne indique une baisse de 47,4 % des nouvelles inscriptions en trente ans : 196 en 1979 et 103 en 2008, avec notamment 74 nouvelles inscriptions pendant l'année 2006.

Sur la période 2002-2007, la profession médicale est celle qui a enregistré la plus faible croissance parmi l'ensemble des professions de santé en Bourgogne, avec une augmentation de 2,7 % pour les médecins généralistes et de 5,9 % pour les médecins spécialistes. Toutefois, la baisse du nombre de médecins généralistes en exercice a débuté en 2006 (Source Adeli).

2.1.1 Médecins généralistes

L'Ordre des médecins, au 1^{er} janvier 2009 recensait 2879 médecins généralistes inscrits au tableau de l'ordre en Bourgogne, dont 448 retraités, 37 « retraités actifs », 70 médecins temporairement sans activité, 122 remplaçants et 2202 médecins en activité régulière, soit 77 %. Les libéraux exclusifs représentent 58 % des effectifs des médecins généralistes inscrits (soit 1669) ; leur moyenne d'âge est de 51 ans, 71 % sont des hommes et, parmi les nouveaux inscrits, seuls 17 % choisissent ce mode d'exercice.

À cette date, les médecins généralistes libéraux âgés de 55 ans et plus représentaient 41 % de l'ensemble, avec notamment 49 % dans la Nièvre, 44 % en Saône-et-Loire, 43 % dans l'Yonne et 35 % en Côte-d'Or. Ce taux est de 42 % en métropole.

Au 1^{er} janvier 2008, le nombre de praticiens de 55 ans et plus était de 570 (sur 1662) en Bourgogne, 176 en Côte-d'Or, 80 dans la Nièvre, 185 en Saône-et-Loire et 129 dans l'Yonne.

La densité des médecins généralistes libéraux était alors de 112 /100 000 habitants en France, 102 /100 000 habitants en Bourgogne (estimée à 100 au 1^{er} janvier 2009), 122 en Côte-d'Or, 89 dans la Nièvre, 93 en Saône-et-Loire, 94 dans l'Yonne.

2.1.2 Zones déficitaires et fragiles identifiées en 2007

L'amélioration de la répartition des médecins libéraux sur l'ensemble du territoire national constitue l'une des priorités des partenaires conventionnels traduite dans l'avenant n° 20 à la Convention Nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie signée le 12 janvier 2005.

À cette fin, ils ont créé une option conventionnelle destinée à favoriser l'installation et le maintien des médecins généralistes en zones déficitaires, dans le cadre de laquelle les honoraires des médecins exerçant dans ces zones en cabinet de groupe peuvent être majorés de 20 %.

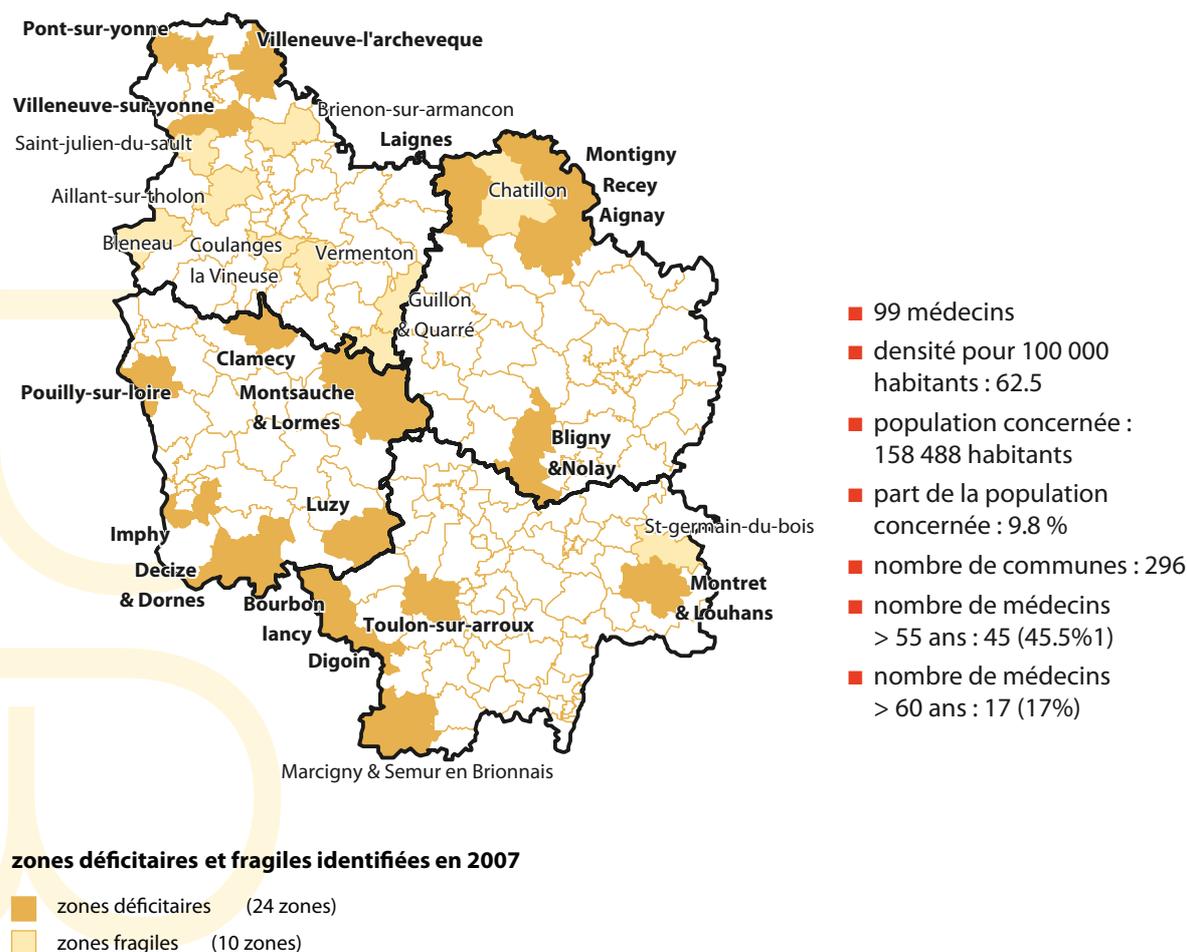
Les Missions Régionales de Santé (MRS), créées par la loi du 13 août 2004, ont défini en 2005 et actualisé en 2007 des zones sous médicalisées pour les médecins généralistes. Ainsi définies à la date d'effet de cet avenant et telles que publiées au recueil des actes administratifs, ces zones dites déficitaires constituent une priorité d'action pour les parties signataires ainsi que pour l'ARS.

* Sources : Plate-forme de l'observation sociale et sanitaire de Bourgogne, septembre 2008 ; STATISS 2009 ; Atlas de la Démographie médicale de Bourgogne de l'Ordre National des Médecins ; Etat des lieux de l'offre de soins en Bourgogne au 01 janvier 2010, de l'URCAM de Bourgogne ; Bulletin d'information statistique de la DRASS Bourgogne « Le personnel des établissements de Santé en Bourgogne en 2008 » et « Études de Médecine – L'affectation des internes en Bourgogne suite aux épreuves classantes nationales 2009 »

Le cadre méthodologique retenu prévoyait d'intégrer dans l'analyse de la situation géographique régionale des éléments relatifs à la densité des professionnels et leur activité ainsi que des critères complémentaires portant notamment sur l'âge des médecins et de la population générale.

La classification des zones déficitaires en médecins généralistes en Bourgogne en 2007 a fait l'objet d'une présentation en deux catégories de manière à prendre en compte la fragilité à venir de certaines zones (« zones fragiles ») non retenues comme « zones déficitaires » utilisées comme support au déploiement des aides prévues par l'avenant n° 20 à la convention médicale (cf. carte ci-après).

Carte 17 : zones déficitaires et fragiles identifiées en médecine générale en 2007



2.1.3 Médecins spécialistes

L'ordre des médecins, au 1^{er} janvier 2009, recensait 2702 médecins spécialistes inscrits au tableau de l'ordre, dont 404 retraités, 45 retraités « actifs », 34 médecins temporairement sans activité, 49 remplaçants et 2170 médecins spécialistes en activité régulière, soit 80 %. Les libéraux exclusifs représentent 33 % des médecins spécialistes inscrits. Leur moyenne d'âge est de 51 ans, 66 % sont des hommes.

43 % des spécialistes libéraux de Bourgogne sont âgés de 55 ans et plus.

Par ailleurs 49,7 % des médecins spécialistes exercent leur activité en tant que médecins salariés.

La densité de médecins spécialistes libéraux était au 01/01/2008 de 88 /100 000 habitants en France, 65 /100 000 habitants en Bourgogne, 84 en Côte-d'Or, 63 dans la Nièvre, 58 en Saône-et-Loire et 50 dans l'Yonne.

Dans son étude « L'offre de soins libérale en Bourgogne. État des lieux au 01/01/2010 » L'URCAM établit le constat d'une inégale répartition des médecins libéraux plus marquée pour les médecins spécialistes, avec une forte concentration dans les grandes villes et près des centres hospitaliers.

D'autre part, le bulletin d'information statistique de la DRASS de janvier 2009 indique que le personnel médical salarié dans les établissements de santé a augmenté de 9 % entre 2004 et 2008, celui des internes en médecine de 7 %, alors que le personnel médical libéral intervenant dans les établissements est en baisse sensible sur la même période : moins 8 %.

Plus de 89 % des personnels médicaux salariés de la région exercent dans des établissements publics. Les personnels médicaux libéraux exercent dans des établissements publics, essentiellement des hôpitaux locaux.

Dans les établissements de santé de la région, les personnels médicaux sont, principalement : les médecins généralistes (17 %), les anesthésistes réanimateurs, les cardiologues, les gastro-entérologues, les pédiatres, les radiologues, les gynéco-obstétriciens, les ophtalmologues, les biologistes médicaux et les psychiatres.

Si la densité observée en établissements pour la médecine générale est supérieure en Bourgogne à la moyenne nationale (35,2 /100 000 habitants pour 29,6), cette densité est moindre en Bourgogne que dans le reste de l'hexagone pour les 9 autres spécialités (médicales : 89 pour 111, chirurgicales : 43 contre 51, et « autres disciplines : 38 contre 48).

Cinq spécialités présentent même un écart négatif avec la densité nationale qui excède 20 % : l'anesthésie-réanimation, la gastro-entérologie et hépatologie, la radiologie, la biologie médicale et la psychiatrie.

2.1.4 Formation initiale des professionnels médicaux en Bourgogne

Le nombre d'étudiants de première année d'études de médecine (Première Année Commune des Études de Santé ou PACES depuis septembre 2010) admis en seconde année d'études médicales, fixé par arrêté ministériel annuel, est passé de 155 en région Bourgogne en 2005 à 206 en 2009.

Par ailleurs, le nombre de places aux Épreuves Classantes Nationales (ECN) pour la région Bourgogne était de 225 en 2009 (207 en 2008 et 201 en 2007). Suite à ces épreuves et aux choix des étudiants, 159 places ont été pourvues et 66 sont restées vacantes.

Comme en 2008 et 2007, les places non pourvues concernent principalement la médecine générale. À l'exception de la médecine du travail, les autres spécialités en revanche sont pourvues.

La Bourgogne présentant un déficit en médecins, les résultats des affectations en 3^e cycle d'études médicales sont particulièrement importants pour l'avenir de la démographie médicale de la région.

Parmi les 159 étudiants affectés en Bourgogne à la suite des ECN 2009, 69 sont issus de la faculté de médecine de Dijon et 90 ont suivi leurs études dans une autre région ou sont issus d'un pays de l'Union Européenne. On dénombre également 77 départs d'étudiants de la faculté de médecine de Dijon suite aux ECN 2009, 95 % de ces départs étant volontaires, et la région Rhône-Alpes s'avère particulièrement attractive.

2.1.5 Autres professionnels de santé

2.1.5.1 Chirurgiens-dentistes

La Bourgogne comptait 801 chirurgiens dentistes au 1^{er} janvier 2008, exerçant à titre libéral ou salarié, dont 745 libéraux (93 %) : 296 (269) en Côte-d'Or, 108 (102) dans la Nièvre, 260 (241) en Saône-et-Loire et 137 (133) dans l'Yonne.

La densité des professionnels libéraux était de 62 pour 100 000 habitants en France métropolitaine au 1^{er} janvier 2007 ; elle est de 46 en Bourgogne, 52 en Côte-d'Or, 46 dans la Nièvre, 44 en Saône-et-Loire et 39 dans l'Yonne.

La moyenne d'âge des chirurgiens dentistes est de 50 ans au 1^{er} janvier 2010.

À l'issue de la première année commune des études de santé (PACES) effectuée à Dijon, 30 jeunes sont admis à poursuivre leur cursus en études de chirurgie dentaire à Lyon, Nancy, Strasbourg, ou Clermont-Ferrand.

Le 3^e cycle des études de chirurgie dentaire peut être effectué à Dijon depuis 2007-2008, pour une dizaine d'étudiants, en provenance de différentes facultés de France, et en lien avec la faculté de chirurgie dentaire de Lyon.

2.1.5.2 Sages-femmes

500 sages-femmes exerçaient en Bourgogne à titre libéral ou salarié au 1^{er} janvier 2008, dont 60 en libéral : 190 en Côte-d'Or (dont 27 en libéral), 64 dans la Nièvre (dont 4 en libéral), 167 en Saône-et-Loire (dont 20 en libéral) et 79 dans l'Yonne (dont 9 en libéral).

397 sages-femmes (correspondant à 357 équivalents-temps pleins) exerçaient à cette même date en établissements de santé, publics ou privés. Leur densité pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans dépasse de plus de 20 % la densité en France métropolitaine (111,3 en Bourgogne pour 92,2 en France).

La Bourgogne dispose d'un centre de formation des sages-femmes à Dijon (27 admissions annuelles), ainsi que d'un centre de formation de cadres sages-femmes, le seul en France (une trentaine d'admissions annuelles)

2.1.5.3 Infirmiers, spécialisations infirmières, et aides-soignants

La DRASS recensait au 1^{er} janvier 2008 13 106 infirmiers dont 1473 libéraux en Bourgogne (11 %). Ces chiffres étaient respectivement de 4907 et 473 en Côte-d'Or; 1716 et 158 dans la Nièvre; 3966 et 527 en Saône-et-Loire; 2517 et 315 dans l'Yonne.

La densité d'infirmiers libéraux était de 111/100 000 habitants en France au 1^{er} janvier 2007 et de 90 en Bourgogne au 1^{er} janvier 2008 (91 en Côte-d'Or, 71 dans la Nièvre, 96 en Saône-et-Loire et 92 dans l'Yonne).

La moyenne d'âge des infirmiers libéraux est de 45 ans, au 1^{er} janvier 2010.

Devant l'inégalité de répartition des infirmiers libéraux en France, un avenant conventionnel signé entre les représentants de la profession et l'assurance maladie, en vigueur depuis le 18 avril 2009 a introduit différentes mesures permettant de contribuer au rééquilibrage entre des zones, précisément délimitées, qualifiées de « très sous-dotées » et de « sur-dotées ». Dans les zones « très sous-dotées », les infirmiers qui s'installent peuvent adhérer au contrat santé solidarité, leur permettant de percevoir une aide forfaitaire à l'équipement et de bénéficier d'une prise en charge de la totalité des cotisations sociales dues au titre des allocations

familiales. Dans les zones « sur-dotées », l'accès au conventionnement ne peut intervenir que si un infirmier libéral conventionné cesse définitivement son activité dans la zone.

En Bourgogne, ont été reconnues 13 zones « très sous-dotées » : Villeneuve sur Yonne, Saint Fargeau, Clamecy, Lormes, La Charité sur Loire, Château-Chinon, Moulins-Engilbert, Decize, Saulieu, Arnay-le-Duc, Saint Germain du Bois, Montceau-les-Mines et Le Creusot ainsi que 4 zones « sur-dotées » : Mont St Vincent, Mâcon Nord, Mâcon centre, et un canton de Dijon.

Dans les établissements de santé, le personnel des services de soins est composé à 40 % d'infirmiers. La densité en personnel soignant est ici supérieure à la moyenne française, de

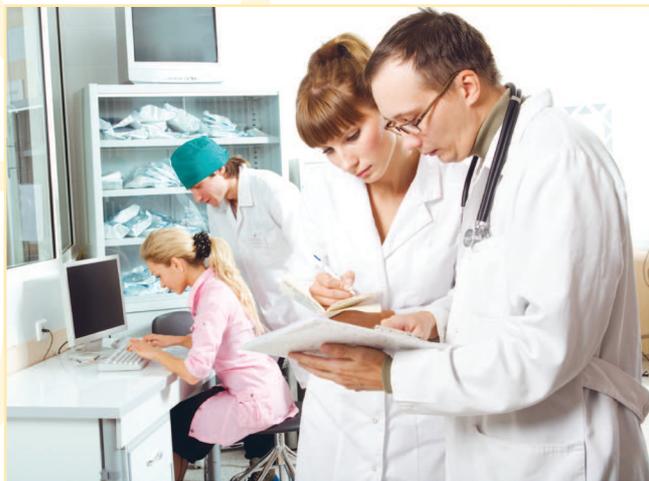
même que pour les aides-soignants et le personnel d'encadrement hospitalier, avec un écart de 4 à 8 %, mais un écart de moins 4 % pour les infirmiers spécialisés.

Douze Instituts de Formation de Soins Infirmiers (IFSI) dispensent l'enseignement requis pour l'obtention du diplôme d'État d'infirmier.

802 admissions de nouveaux étudiants sont possibles chaque année dans la région.

Ces IFSI sont situés pour 4 d'entre eux en Côte-d'Or (Dijon, Quétigny, Beaune, Semur), 1 dans la Nièvre à Nevers, 5 sites en Saône-et-Loire pour 4 instituts (Chalon-sur-Saône, Mâcon, Le Creusot-Montceau, Paray-le-Monial), 2 dans l'Yonne, à Sens et Auxerre.

Le nombre d'étudiants infirmiers a été stable de 2003 à 2006. Les effectifs évoluent au cours des années du fait de l'abandon de près de 10 % des étudiants pendant le cursus.



La Bourgogne dispose aussi d'un centre de formation pour la spécialisation d'infirmier anesthésiste (Dijon, 18 admissions par an), d'un centre pour la formation de puéricultrice (Dijon, 22 admissions par an) et d'un centre de formation de cadre de santé (Dijon, 35 admissions par an).

Par ailleurs, la Bourgogne dispose de 18 sites (pour 17 centres) de formation d'aides-soignants, en capacité d'accueillir 515 nouveaux étudiants chaque année, et d'un centre de formation d'auxiliaires de puériculture (32 admissions par an).

Pour toutes ces formations, ainsi que pour celles de masso-kinésithérapie et de sages-femmes, des dispositifs d'aides financières existent : maintien du traitement au titre de la promotion professionnelle hospitalière, bourses d'État, rémunération par le Conseil Régional ou Général, indemnités au titre de la demande d'emploi... Ces dispositifs bénéficiaient en 2005 à 63 % des étudiants des centres bourguignons de formation aux carrières sanitaires.

2.1.5.4 Masseurs kinésithérapeutes

La DRASS recensait au 1^{er} janvier 2008 1352 masseurs – kinésithérapeutes en Bourgogne, dont 1047 libéraux, soit 561 et 432 en Côte-d'Or, 149 et 116 dans la Nièvre, 412 et 316 en Saône-et-Loire, ainsi que 230 et 183 dans l'Yonne.

La densité de cette profession, en exercice libéral, était de 81 pour 100 000 habitants en France au 1^{er} janvier 2007, et de 64 en Bourgogne au 1^{er} janvier 2008 (83 en Côte-d'Or, 52 dans la Nièvre, 58 en Saône-et-Loire et 54 dans l'Yonne).

La moyenne d'âge des masseurs-kinésithérapeutes libéraux est de 45 ans au 1^{er} janvier 2010.

Dans les établissements, l'ensemble des professionnels de rééducation (masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens) représentait un effectif de 462 ETP en 2008, soit une densité inférieure à la densité nationale de 13 %.

Une école de masso-kinésithérapie à Dijon accueille environ 50 nouveaux étudiants chaque année.

2.1.5.5 Orthophonistes et psychomotriciens

La Bourgogne comptait 331 orthophonistes dont 235 libéraux en janvier 2008, 135 (dont 94 libéraux) en Côte-d'Or, 49 (dont 23 libéraux) dans la Nièvre, 95 (dont 78 libéraux) en Saône-et-Loire et 52 (dont 40 libéraux) dans l'Yonne.

La densité de cette catégorie de professionnels est de 14 pour 100 000 habitants, pour une densité métropolitaine de 22. Même la Côte-d'Or, avec une densité de 18, se situe en dessous. Elle est suivie par la Saône-et-Loire (14), l'Yonne (12) et la Nièvre (10).

Les psychomotriciens, dont l'exercice est principalement salarié, étaient au nombre de 161 en janvier 2008, dont 64 en Côte-d'Or, 30 dans la Nièvre, 33 en Saône-et-Loire et 34 dans l'Yonne. Dans les établissements, la densité en personnels de rééducation est inférieure à la densité nationale de 13 %.

2.1.5.6 Pharmaciens et biologistes

La DRASS recensait au 1^{er} janvier 2008 1952 pharmaciens en Bourgogne exerçant à titre libéral ou salarié, dont 851 titulaires d'officine, pour 627 officines pharmaceutiques. Ces chiffres sont de 755 et 296 en Côte-d'Or, 253 et 115 dans la Nièvre, 592 et 274 en Saône-et-Loire, 352 et 166 dans l'Yonne.

L'URCAM au 1^{er} janvier 2010 comptabilisait 635 officines en Bourgogne : 185 en Côte-d'Or, 95 dans la Nièvre, 231 en Saône-et-Loire et 124 dans l'Yonne.

Selon le bulletin d'information statistique de janvier 2009, 147 pharmaciens représentant 111 ETP, exerçaient au 1^{er} janvier 2008 dans des établissements de Bourgogne comme salariés exclusifs.

L'ouverture d'officines de pharmacie n'est autorisée que sous conditions précisées par le Code de la Santé Publique (article L5125-11), et dépend, entre autres, de la population de la commune concernée : au moins 2500 personnes, puis par tranches de 3500 personnes.

Les pharmaciens font partie des professionnels de santé de premier recours.

Au 1^{er} janvier 2011, l'ARS de Bourgogne compte 216 biologistes en exercice, répartis comme suit :

Tableau 13 : démographie des biologistes

Département	Effectif médecins biologistes	Effectif pharmaciens biologistes	Total biologistes	Nombre de sites de biologie (publics et privés)
21	38	63	101	48
58	8	10	18	12
71	29	43	72	33
89	8	17	25	19
Total Bourgogne	83	133	216	112

La moyenne d'âge des biologistes en exercice en Bourgogne est de 50 ans, identique à la moyenne nationale. Une proportion de 38 % des biologistes est âgée de plus de 55 ans. Alors qu'une majorité de biologistes en exercice est titulaire d'un diplôme de pharmacien, le renouvellement de la profession devient majoritairement médical.

Actuellement, le nombre de postes d'internes en biologie permet de couvrir les besoins de renouvellement correspondant aux prévisions de départ en retraite des biologistes en exercice en Bourgogne.

L'Ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale instaure des règles d'ouverture et de fonctionnement identiques pour le public et le privé, prenant en compte l'organisation territoriale et la qualité de l'activité, avec l'accréditation des structures existantes et de celles demandant leur ouverture. Ce texte insiste sur l'importance de la pluridisciplinarité et du dialogue entre biologistes et cliniciens.

2.2 L'offre de prévention

Une offre à conforter

2.2.1 L'organisation du système bourguignon de la prévention

Dès le début des années 2000, la région Bourgogne s'est dotée d'une stratégie spécifique afin de développer sa politique en éducation pour la santé.

Cette stratégie est définie d'une part, dans le Schéma Régional d'Éducation Pour la Santé (SREPS 2003-2007) et d'autre part, dans le Plan Régional de Santé Publique (PRSP 2004 – 2008). Plusieurs acteurs institutionnels ont porté ces politiques, essentiellement les services de l'État et de l'Assurance Maladie par l'intermédiaire du réseau DRASS/DDASS, de l'URCAM, puis à partir de 2006 avec le Groupement Régional de Santé Publique (GRSP).

Cette stratégie s'articule autour de trois axes principaux :

- la promotion d'une éthique en santé publique
- l'augmentation et la professionnalisation des intervenants en Éducation pour la Santé (EPS)
- l'harmonisation et la coordination des interventions en EPS

/// La promotion d'une éthique en santé publique

L'objectif depuis 2003 vise à ce que les partenaires de l'EPS se réfèrent à des concepts communs, partagent des valeurs et une éthique identiques pour leurs interventions.

Ainsi plusieurs documents référents ont été réalisés et sont à promouvoir dans le cadre du Schéma Régional de Prévention (SRP) :

- glossaire utilitaire en EPS (version 2008, réactualisée), où l'on retrouve la définition des principaux concepts de promotion pour la santé.
- charte régionale de l'EPS en Bourgogne (version décembre 2003); à ce jour 170 référents de la charte connus
- guide et outils du conseil en méthodologie, à l'usage des conseillers méthodologiques de Bourgogne

/// L'augmentation et la professionnalisation des intervenants en Éducation pour la Santé (EPS)

Chaque professionnel œuvrant dans le système de santé, médico-social ou social participe à divers degrés à la démarche de prévention. De même dans le cadre d'une définition large de la promotion de la santé (charte d'OTTAWA), tous les acteurs responsables de la conduite de politiques publiques sont concernés, en raison de leur responsabilité dans des actions collectives et environnementales concourant à la bonne santé des individus.

Afin de permettre la mise en relation des acteurs régionaux de l'Éducation pour la Santé, la région Bourgogne s'est dotée d'un répertoire non exhaustif disponible en ligne sur le site Internet épisanté : www.episante-bourgogne.org.

➤ **Au total, 499 structures sont répertoriées dans le répertoire des acteurs de l'Éducation Pour la Santé/ Professionnel de Santé en Bourgogne (441 acteurs et 58 centres de ressources documentaires).**

Tableau 14 : Répartition par département des acteurs répertoriés par épisanté Bourgogne – 2010

	Acteurs	Centres de ressources
Côte-d'Or	114	10
Nièvre	75	10
Saône-et-Loire	130	15
Yonne	64	7
Région	58	16
Total Bourgogne	441	58

Parmi ces professionnels, les personnels des services de PMI (médicaux et paramédicaux), des services de promotion de la santé des élèves de l'Éducation Nationale et des services de santé au travail sont chargés d'une mission de prévention exclusive :

- Au 31 décembre 2006, la Bourgogne comptait 42 ETP de médecins de PMI : 16,1 en Côte-d'Or; 6,3 dans la Nièvre; 13,1 en Saône-et-Loire et 6,5 dans l'Yonne.

Les infirmières de PMI de ces structures étaient au nombre de 25,8 ETP pour la région, avec pour les départements : 2,2 en 21; 5,5 en 58; 5,1 en 71; et 13 en 89. Le nombre d'enfants de moins de 6 ans par ETP infirmier de PMI va, selon ces chiffres, de 1 848 dans l'Yonne à 16 226 en Côte-d'Or, avec 2 406 dans la Nièvre et 7 063 en Saône-et-Loire. L'écart entre les départements est moins marqué pour le nombre par médecin (de 2 101 dans la Nièvre à 3697 dans l'Yonne).

Les sages-femmes de PMI étaient au nombre de 21,9 ETP en Bourgogne : 6,1 en Côte-d'Or, 5,8 dans la Nièvre, 5,1 en Saône-et-Loire et 4,9 dans l'Yonne, soit en moyenne 1 ETP pour 819 naissances avec, pour la Nièvre, 1 ETP pour 368 naissances et pour la Saône-et-Loire 1 ETP pour 1 152.

Concernant les **puéricultrices** leurs effectifs étaient de 68,9 pour la Bourgogne, et respectivement pour les départements : 29,1; 6,7; 23,0; 10,1, soit 1 ETP pour 260 naissances en moyenne, avec de moindres disparités départementales que pour les sages-femmes.

- A la rentrée 2007, 41 **médecins scolaires** (14,0 en Côte-d'Or; 4,8 dans la Nièvre; 18,1 en Saône-et-Loire et 7,8 dans l'Yonne) encadraient la scolarité d'en moyenne 7 087 enfants avec des chiffres de 5 219 en Saône-et-Loire à 7 697 dans l'Yonne.

175 **infirmières scolaires** (47,5 en Côte-d'Or, 29,5 dans la Nièvre; 59,0 en Saône-et-Loire et 39,0 dans l'Yonne), assuraient chacune le suivi d'en moyenne 1 604 élèves (de 1 211 en 58 à 1 916 en 21).

56,0 **assistantes sociales** (respectivement 18; 9; 19 et 10) assuraient le suivi en moyenne de 2 357 élèves du second degré (de 1 839 dans la Nièvre à 2 582 dans l'Yonne).

- Enfin, en juillet 2008, 155 **médecins du travail** (en ETP) réalisaient le suivi en moyenne de 2 691 salariés chacun : 58,4 médecins en Côte-d'Or, 11 médecins dans la Nièvre, 57,2 en Saône-et-Loire et 28,5 dans l'Yonne. Le nombre de salariés pour un médecin du travail étant dans les départements, de 2 507 (21), 4 406 (58), 2 447 (71) et 2897 (89).

➤ **Accroître la professionnalisation des intervenants en EPS était une orientation forte du SREPS et du PRSP. Plusieurs offres de formation sont proposées aux acteurs régionaux de la prévention :**

- une session de formation de 8 jours par an « Développer des projets en Promotion de la Santé et Éducation pour la Santé » (plus de 170 personnes formées depuis 2004) (travail collaboratif commun aux régions du Grand Est avec un référentiel de formation unique) ;
- une formation de formateurs « L'éducation pour la santé dans les formations initiales des professions sanitaires, sociales et éducatives » d'une durée de 3 jours par an depuis 2009 ;
- un séminaire interrégional Bourgogne Franche-Comté « L'éducation pour la santé : de l'apprentissage à la pratique professionnelle » à destination des formateurs/enseignants des structures de formation initiale, des étudiants, des intervenants dans le dispositif de formation et des professionnels accueillant des étudiants en stage de santé publique en 2010 ;
- un accompagnement des Instituts de Formation en Soins Infirmiers dans la mise en œuvre du nouveau programme de formation (universitarisation) : accompagnement des formateurs dans la déclinaison des contenus et la pédagogie associée concernant les unités d'enseignement de santé publique en 2009-2010 ;
- un accompagnement personnalisé des structures de formation initiale (accompagnement individuel des équipes à la demande). Depuis 2009 : écoles de cadres sages-femmes, IFSI de : Dijon, Nevers, Chalon-sur-Saône, Paray-le-Monial, Auxerre, Mâcon, Beaune, Semur-en-Auxois, Le Creusot/Montceau-les-Mines, école de la Croix-Rouge, école de puéricultrices, faculté de médecine (place de la promotion de la santé dans le L1, 1^{re} année des études en santé), faculté de pharmacie (promotion de la santé, éducation thérapeutique) ;
- Organisation de journées d'échanges de pratiques professionnelles thématiques (au moins 2 par an) : lieu d'échanges et de partages d'expériences entre professionnels intersectoriels (santé, social, éducation, médico-social...) (25 journées organisées depuis 2004) ;
- Soutien et accompagnement méthodologique proposé à :
 - tous les professionnels et bénévoles des secteurs sanitaires, sociaux et éducatifs de la région (2 500 demandes d'information ou de conseil méthodologique en 2009 dans le réseau IREPS/CODES)
 - aux coordonnateurs CESC (Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté) des collèges de la région.
- De plus des outils sont également à la disposition des acteurs :
 - outils documentaires (pédagothèque, lettres d'information, synthèses thématiques, cartes dynamique par pays et villes...)
 - élaboration d'une « mallette du formateur » : base de données en ligne mettant à disposition des formateurs de l'IREPS des supports d'intervention classés par catégories et/ou thématiques
 - édition et diffusion d'un catalogue de formation annuel

/// **L'harmonisation et la coordination des interventions en EPS**

Afin de renforcer la culture de santé publique en promotion et éducation pour la santé, la région Bourgogne dispose d'un « **Pôle régional de compétences** » animé par l'Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé (IREPS).

Cette instance est co-financée par l'ARS et l'Institut National d'Éducation pour la Santé (INPES).

Ses objectifs et ses actions sont :

- valorisation de la documentation,
- actions de professionnalisation des intervenants en EPS,
- renforcement de l'activité de conseil méthodologique,
- facilitation de l'évaluation en promotion de la santé,
- développement de la communication.

2.2.2 Les actions

Depuis 2006, les actions de prévention menées par le GRSP visent à :

- agir sur les déterminants comportementaux pouvant avoir une influence sur la santé
- améliorer la prévention, le dépistage et le suivi des pathologies chroniques ainsi que les causes de handicap et d'incapacité

Pour les années 2007 à 2009, les 851 actions financées par le GRSP ont porté à 76 % sur les thèmes suivants : lutte contre les addictions tabac, alcool, conduites addictives (281), prévention en faveur des adolescents/adultes jeunes (80), actions en faveur de bonnes conduites de nutrition (60), lutte contre les effets de la précarité (55), prévention des maladies infectieuses/Sida/IST (54), actions en faveur de la santé mentale/dépression (34), prévention/éducation/santé/dépistage (31), promotion en faveur d'une bonne hygiène (30), lutte contre les effets du vieillissement (22) et autres thèmes (85).

/// Agir sur les déterminants comportementaux pouvant avoir une influence sur la santé :

- ✎ Les actions visant à prévenir la consommation de tabac, de la dépendance ou de l'abus à l'alcool et le recours à d'autres produits psycho-actifs ont été un des axes forts du PRSP.

Tableau 15 : Nombres d'actions sur les addictions (2007-2009)

Actions	Nombre
Toutes addictions	123
Alcool	74
Tabac	56
Autres produits	28

Les actions sont menées pour près de la moitié par les associations spécialisées et la mutualité, un quart par les établissements scolaires et un peu moins par les forces de l'ordre.

Près des trois quarts de ces actions ont bénéficié à un public scolaire ou universitaire.

Des actions de formation ont été conduites auprès de toutes les infirmières scolaires en Côte-d'Or, et de professionnels de santé en aide à l'arrêt du tabac.

La Bourgogne adhère à la stratégie nationale du repérage précoce et de l'intervention brève en alcool (RPIB) depuis 2008 : formation de 129 médecins (2009-2010) et d'environ 60 étudiants en médecine générale par an. L'évaluation des formations réalisée en mai 2010 montre des résultats favorables sur l'évolution des pratiques professionnelles.

Des programmes départementaux d'échange de seringues sont conduits dans chaque département afin de réduire les risques liés à l'usage de drogues.

✎ Agir sur les comportements alimentaires et modes de vie pour lutter contre l'excès pondéral et l'obésité.

Les objectifs du Plan National Nutrition Santé (PNNS) 1 et 2 sont soutenus au travers de nombreuses actions à destination des enfants, adolescents et adultes. En l'absence de données réellement fiables sur l'état pondéral de la population, l'évaluation des actions menées sur cet objectif est difficile.

Dans l'attente du nouveau PNNS annoncé pour le dernier semestre 2011, le Collectif Régional Autour de la Nutrition (CRAN) propose de soutenir les actions répondant aux 5 objectifs définis pour 5 populations, à l'horizon 2015 :

- enfants de 0 à 8 ans : Réduire de 30 % la proportion d'enfants en surpoids
- adolescents et adultes jeunes de 15 à 24 ans : Augmenter de 30 % le nombre de ceux qui sont capables de faire des choix nutritionnels favorables à leur santé
- adultes de 25 à 60 ans : Améliorer la proportion de ceux qui sont capables de faire des choix nutritionnels favorables à leur santé
- adultes de 60 à 75 ans : Augmenter de 20 % le nombre de personnes capables d'adapter leurs choix nutritionnels à l'avancée en âge
- adultes de plus de 75 ans : Réduire de 15 % la proportion de personnes âgées dénutries.

Dans ce cadre des actions font l'objet d'un financement reconduit depuis plusieurs années :

- « les marchés santé », qui s'adressent aux publics précarisés dont on connaît le risque accru vis-à-vis du surpoids et de l'obésité.
- La journée régionale de l'allaitement visant à promouvoir l'allaitement maternel dont les bienfaits pour l'enfant sont reconnus.
- Dans le domaine de la promotion de l'activité physique : « SENIOR BOURGOGNE », ACTIV' SANTÉ, PIED.
- Vis-à-vis de publics cibles : diabète et activité physique.

➤ Améliorer l'état de santé bucco-dentaire

Le PRSP a retenu les objectifs généraux déclinés des campagnes nationales de santé publique de l'Assurance Maladie et notamment ceux relatifs à la prévention bucco-dentaire chez les jeunes enfants figurant au Programme Régional de l'Assurance Maladie.

L'Assurance Maladie s'est mobilisée depuis 2005 sur le champ de la santé bucco-dentaire avec les dentistes libéraux et les familles en soutenant des actions de prévention et de dépistage dans des zones identifiées comme de moindre accès aux soins et en contribuant aux campagnes de sensibilisation dans les collèges ou en direction des établissements pour personnes âgées.

Entre 2007 et 2009 le GRSP a retenu 38 actions de prévention en santé bucco dentaire :

- « Dépister et favoriser l'accès aux soins dentaires des enfants de 6 à 12 ans » (programme national « M'T Dents »)
- programme en faveur des enfants couverts par le Régime Social des Indépendants (RSI)
- en partenariat avec les villes de Dijon (avec pour résultat un abaissement à 5 % du taux de caries non soignées lors de l'examen de 6 ans) et de Chalon-sur-Saône, les collèges de Côte-d'Or, les associations notamment de professionnels, ainsi que celles soutenant les populations précaires ou vulnérables.

/// Améliorer la prévention, le dépistage et le suivi des pathologies chroniques ainsi que les causes de handicap et d'incapacité :

➤ Actions de dépistage des cancers du sein et colorectal

Le Plan cancer 2009-2013 prévoit des mesures relatives au dépistage organisé (DO) des cancers. Il fixe un objectif à l'horizon 2013, de 65 % de participation au DO pour le dépistage du cancer du sein et de 60 % pour le dépistage du cancer colorectal.

En Bourgogne, 3 structures de gestion (SG) assurent la mise en œuvre des programmes de dépistage des cancers du sein et colorectal. L'ADECA 21-58 qui couvre deux départements : la Côte-d'Or et la Nièvre, l'ADEMAS 71 pour la Saône-et-Loire et l'AIDEC 89 pour le département de l'Yonne.

Le dépistage des cancers s'appuie très fortement sur les médecins libéraux tant généralistes que radiologues. L'impact des difficultés de démographie médicale sera particulièrement ressenti sur ce programme de dépistage.

Tableau 16 : taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein en 2009 et 2010 – Source INVS

Département	2009	2010	Moyenne des taux 2009 – 2010
Côte-d'Or	58,8	65,8	62,3
Nièvre	42,0	53,2	47,6
Saône-et-Loire	58,5	58,1	58,3
Yonne	63,8	58,0	60,9
Bourgogne	57,2	59,6	58,4
France entière	52,3	52,0	52,1

Tableau 17 : taux de participation au dépistage organisé du cancer colo-rectal (2009-2010)

Département	2009-2010
Côte-d'Or	54,9
Nièvre	*
Saône-et-Loire	55,6
Yonne	44,3
Bourgogne	52,4
France entière	34

* Début du dépistage organisé du cancer colo-rectal dans la Nièvre en octobre 2009

Pour réduire les inégalités d'accès et de recours au dépistage, des cartes ont été réalisées par commune, par l'Assurance Maladie. Elles portent sur le taux de participation au Dépistage Organisé (DO) du cancer du sein, sur le taux de mammographies réalisées par les femmes de 50 à 74 ans en dehors du DO. Ainsi l'utilisation de cette cartographie permet de repérer les communes où le DO est peu élevé, celles où le DO est faible mais le hors DO élevé et d'adapter la stratégie de communication selon le territoire.

Avec ce dispositif, le taux de couverture (DO et hors DO) pour le cancer du sein est de 74,4 % en Bourgogne en 2008, selon les données de l'Assurance Maladie. Quant au taux de participation au DO du cancer colorectal, il est pour la région, de l'ordre de 50 % en 2008, mais pour 3 des 4 départements, la Nièvre n'ayant débuté ce dépistage qu'en 2009.

↳ Le Plan Psychiatrie Santé Mentale de 2005-2008, et le Plan Régional de Santé Publique se sont donnés pour but d'améliorer la prévention, la détection et la prise en charge de la souffrance psychique ».

Dans le champ de la prévention, plusieurs actions sont menées afin de prévenir la souffrance psychique et sa conséquence la crise suicidaire.

Les actions menées ont fait appel à un vaste dispositif :

- de formations : pluridisciplinaires au « repérage et à la gestion de la crise suicidaire » au bénéfice de plus de 800 professionnels, pour certains spécifiques en milieu carcéral et au sein des réseaux gérontologiques
- de formations « au repérage précoce des manifestations de souffrance psychique et de troubles du comportement » en lien avec le réseau santé mentale de l'Yonne
- de guides départementaux sur les dispositifs de prise en charge actualisés et accessibles par voie électronique
- de journées régionales régulières d'échanges sur le risque suicidaire et communications.
- de dispositifs d'écoute et de soutien psychologique en place : SOS Amitié, EAC, AMAVIP, Papi, Mamie et Moi, UNAFAM, Paroles d'ados, Point d'écoute Chalon/Saône.

Par ailleurs, les maisons des adolescents ouvrent progressivement : Dijon (juin 2008) et Auxerre (septembre 2008) avec une antenne à Sens. Le projet de maison des adolescents de Saône-et-Loire, accepté suite à l'appel à projets 2010, fait l'objet d'un financement à partir de cette même année.

Enfin des cellules d'urgences sont mises en place par l'Éducation Nationale, en postvention.

↳ Afin d'améliorer la prévention, le dépistage et la prise en charge des troubles des apprentissages et des difficultés de langage chez l'enfant, un protocole d'accord sur le suivi des bilans médicaux scolaires des enfants de 6 ans a été conclu entre la DRASS de Bourgogne et le Rectorat en 2002.

Les actions et résultats montrent qu'en 2002, le nombre d'enfants bénéficiant du bilan à 6 ans était de 80 %. Le pourcentage de ceux ayant un suivi était estimé à 34 %.

Après la mise en place d'un suivi commun de la détection des difficultés d'apprentissage chez l'enfant, les données académiques de 2007 estimaient le taux de suivi à 64 % avec de fortes disparités départementales (39 % dans l'Yonne ; 62 % dans la Nièvre, 67 % en Côte-d'Or et 92 % en Saône-et-Loire).

↳ Le développement de l'éducation thérapeutique

L'Éducation Thérapeutique du Patient (ETHP) vise à rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. La loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » inscrit l'éducation thérapeutique dans le parcours de soins du patient.

L'éducation thérapeutique reconnue comme nécessaire par l'ensemble des professionnels de santé est particulièrement destinée à améliorer la prise en charge des maladies chroniques et des polyopathologies en structurant la prise en charge pluridisciplinaire. Les bénéfices attendus de l'éducation thérapeutique sont nombreux, tant sur le plan des résultats médicaux (meilleure observance des prises médicamenteuses et des recommandations hygiéno-diététiques), de la qualité de la prise en charge (réduction du nombre de complications, diminution du nombre d'hospitalisations) que sur le plan de la qualité de vie des patients.

En date du 1^{er} juin 2011, 66 programmes d'éducation thérapeutique ont été autorisés. Les pathologies concernées par ces programmes sont :

- le diabète (21 programmes)
- les maladies cardiaques (19 programmes)
- les maladies respiratoires (7 programmes)
- l'insuffisance rénale (12 programmes)
- l'infection par le virus de l'immuno déficience humaine (VIH) et les hépatites (4 programmes sur trois départements sont autorisés, la Nièvre n'a pas encore développé cette offre)
- l'hémophilie (1 programme)
- l'accident vasculaire cérébral (1 programme)
- les patients âgés présentant une polypathologie (1 programme)

↳ la prévention des infections sexuellement transmissibles

Au sein de la région Bourgogne, cette action de prévention est déléguée par l'ARS au CHU de Dijon pour la Côte-d'Or, aux CH d'Auxerre et de Sens pour l'Yonne, au CH de Chalon-sur-Saône pour la Saône-et-Loire et au Conseil Général 58 pour la Nièvre.

Outre les actions de dépistage menées dans les Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) dans les 4 départements et les Centres d'Information de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles CIDDIST dans 3 départements (pas dans la Nièvre), des actions de prévention sont déployées :

- Prévention universelle avec l'éducation à la sexualité en collège au minimum. Suivi quantitatif par les CESC.
- Prévention sélective auprès de populations vulnérables :
 - migrants : pas d'action systématique, variable selon les départements
 - usagers de drogues par voie veineuse : les centres de soins ont reçu une dotation pour le dépistage et la réduction des risques (dont vaccination contre l'hépatite B)
 - hommes ayant des relations homosexuelles : actions sur lieux de rencontres (extérieurs, saunas), par les pairs dont la promotion de la vaccination contre VHB. Acteurs associatifs : délégués SNEG, AIDES, CIGaLes.
 - Vaccination VHB des détenus et promotion de la vaccination du nourrisson par plaquette SOS Hépatites Bourgogne, diffusée aux services de PMI et aux pédiatres (2006-2007).

↳ la couverture vaccinale des Bourguignons

La couverture de la population pour les vaccinations obligatoires est sans réelle évolution entre 2000 et 2010 avec cependant des différences dans le taux de couverture en fonction des vaccins. Ainsi ce sont les vaccinations contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (vaccin ROR) et celle contre l'hépatite B, qui ont subi la plus forte baisse.

La couverture diminue avec l'âge, les personnes de plus de 65 ans étant les moins bien couvertes.

L'autre facteur de diminution de la couverture vaccinale est la précarité. Une attention particulière doit être apportée à ces populations, notamment par le biais d'une sensibilisation sur la vaccination des professionnels de santé accompagnant des personnes en situation de précarité.

Au final, si les systèmes de suivi des statuts vaccinaux pendant l'enfance amènent à une bonne couverture vaccinale de la population bourguignonne, des difficultés existent pour le suivi vaccinal des plus de 18 ans. La proportion d'adultes correctement immunisés est en décroissance, ce qui constitue un axe de réflexion pour l'amélioration de la couverture vaccinale chez les adultes.

La politique vaccinale s'appuie sur les centres de vaccination gérés pour la Côte-d'Or par le CHU de Dijon, pour l'Yonne par les CH d'Auxerre et de Sens, pour la Nièvre par le Conseil Général 58 et pour la Saône-et-Loire par le CH de Chalon-sur-Saône. On peut estimer à environ 10 000 individus, le nombre de bénéficiaires de ces centres.

De même, un appui des caisses d'assurance maladie est apporté, notamment dans le cadre de la vaccination contre la grippe saisonnière, par des campagnes de sensibilisation du public ou des médecins traitants à la vaccination.

Depuis 2007, la région Bourgogne participe à la semaine européenne de la vaccination. Celle-ci cible aussi bien le grand public par des opérations « portes ouvertes » ou conférences des centres de vaccinations, que les professionnels avec des interventions en Institut de Formation en Soins Infirmiers ou des Enseignements Post-Universitaires (EPU) médicaux.

2.3 L'offre hospitalière publique et privée

Une offre conséquente à lier à la configuration géographique.

2.3.1 Introduction

La Bourgogne disposait en 2008 de 50 établissements de soins publics (13 en Côte-d'Or, 11 dans la Nièvre, 19 en Saône-et-Loire et 17 dans l'Yonne) dont un CHU, 20 centres hospitaliers, 4 centres hospitaliers spécialisés, et 24 hôpitaux locaux.

En 2010, en raison de la suppression du terme « hôpital local » en relation avec la loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires du 21 juillet 2009, l'offre se répartit comme suit : un CHU, 44 hôpitaux et 4 centres hospitaliers spécialisés.

Les établissements privés étaient au nombre de 70 en 2008 (23 en Côte-d'Or, 10 dans la Nièvre, 23 en Saône-et-Loire et 14 dans l'Yonne), dont 19 établissements MCO, un centre de lutte contre le cancer et 21 établissements de soins de suite et de réadaptation.

Les **structures d'hospitalisation de courts séjours** sont nombreuses, de tailles et d'activités diverses (plusieurs centres hospitaliers ne réalisent pas de chirurgie par exemple, des hôpitaux de proximité disposent de quelques lits de médecine, 14 établissements dont seulement un privé disposent d'une maternité). Le secteur public est fortement investi dans l'activité de médecine avec 5 fois plus de lits que le secteur privé ; ce dernier par contre dispose d'un peu plus de lits et places de chirurgie. Par ailleurs le suivi de l'activité des établissements par le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) montre une relative stabilité de cette activité, pour le court séjour, depuis 2007.

Le taux d'équipements en région pour l'activité de médecine est de 2,55 lits et places pour 1 000 habitants alors que ce taux n'est que de 2,11 en France. Il atteint 2,89 en Côte-d'Or, 2,51 dans la Nièvre, 2,44 en Saône-et-Loire et 2,26 dans l'Yonne.

Le taux d'équipements pour l'activité de chirurgie, de 1,65 en région, est proche du taux national (1,62) mais le dépasse largement en Côte-d'Or (1,83), et en Saône-et-Loire (1,71).

Pour la gynécologie obstétrique, le taux régional de 1,64 est proche du taux national de 1,58 mais avec là aussi des disparités : 1,91 dans la Nièvre, 1,79 en Côte-d'Or.

2.3.2 Les activités nécessitant un plateau technique

2.3.2.1 La chirurgie

Le Schéma Régional de l'Organisation des Soins (SROS) 2006-2011 a orienté la structuration des activités de soins autour de la nécessité d'accessibilité géographique, en conformité avec les seuils réglementaires d'activité pour certaines spécialités.

La Bourgogne est ainsi dotée au 1^{er} août 2010 de 28 sites de chirurgie avec hospitalisation complète dont 2 ont vocation, à cette date, à intégrer de façon formalisée une structure de coopération (Le Creusot-Montceau et Paray-le-Monial, en Saône-et-Loire). Les établissements autorisés pour l'activité de chirurgie sont au nombre de 9 en Côte-d'Or, 4 dans la Nièvre, 6 et 4 en Saône-et-Loire nord et sud, deux et trois dans l'Yonne nord et sud.

Des unités individualisées d'Anesthésie et Chirurgie Ambulatoire (ACA) sont autorisées dans la quasi-totalité des établissements pratiquant la chirurgie avec hospitalisation complète, cependant, alors que dans certains pays étrangers, le recours à la chirurgie ambulatoire atteint 80 % pour plusieurs types d'interventions, la progression de cette modalité de soins a été modeste en France et en particulier en Bourgogne depuis le début des années 2000. En 2006, pour 18 gestes opératoires définis par les experts professionnels comme les plus favorables à la pratique de la chirurgie ambulatoire, 45,7 % des interventions correspondantes étaient effectivement réalisées selon cette modalité. Sous l'effet de la procédure de Mise Sous Accord Préalable (MSAP) généralisée par l'Assurance maladie pour ces gestes marqueurs (accord médical préalable nécessaire pour réaliser ces interventions en hospitalisation complète), et d'un plan régional d'actions, le taux de chirurgie ambulatoire a atteint 72 % en 2009 (65 % pour les structures publiques et 75 % pour les établissements privés).

2.3.2.2 La réanimation, les soins intensifs et la surveillance continue

La réanimation est autorisée dans 6 établissements publics de sites pivots (CHU, CH de Nevers, Chalon-sur-Saône, Mâcon, Auxerre et Sens). La surveillance continue est reconnue contractuellement dans 29 éta-



blissements, autorisés pour l'activité de chirurgie, ou liés à un tel établissement, ou bien autorisés pour l'accueil des urgences (8 établissements en Côte-d'Or, 5 dans la Nièvre, 6 et 3 en Saône-et-Loire nord et sud, 3 et 4 dans l'Yonne nord et sud). La démographie en médecins anesthésistes-réanimateurs est déficitaire en Bourgogne.

2.3.2.3 La cardiologie interventionnelle

La cardiologie interventionnelle est autorisée dans chacun des territoires du SROS 2006-2011, sous différentes modalités et chaque site pivot (Dijon, Nevers, Chalon-sur-Saône, Mâcon, Auxerre et Sens) dispose d'au moins une Unité de Soins Intensifs de Cardiologie (USIC). Ces USIC sont au nombre de deux en Côte-d'Or.

2.3.2.4 La prise en charge des urgences neurologiques

La prise en charge des urgences neurologiques est plus problématique, car la région ne compte que 42 neurologues, dont seulement un dans la Nièvre, 6 dans l'Yonne et 11 en Saône-et-Loire. La Côte-d'Or est en meilleure situation avec 24 praticiens de cette spécialité. Le déficit régional par rapport aux densités nationales est de 9 neurologues. D'autre part, sur le plan des structures, il n'existe actuellement qu'une Unité Neuro-Vasculaire (UNV) au CHU, une autorisation d'utiliser des lits d'USIC pour la prise en charge des AVC au CH de Chalon-sur-Saône et deux projets identiques pour les CH de Sens et Nevers, alors que le SROS prévoyait 6 UNV sur la région, 1 par site pivot.

Alors que 20 % des personnes présentant un AVC en France sont hospitalisées dans une UNV, ce n'est le cas que de 8,7 % des personnes présentant un AVC en Bourgogne, situant la région en avant-dernière position parmi les régions françaises.

Le réseau AVC, actif depuis 2004 pour l'homogénéisation et la standardisation de la prise en charge des urgences neurologiques dans les établissements de la région autorisés à recevoir des urgences, ainsi que pour la prévention des récurrences, élargit le dispositif hospitalier.

2.3.2.5 La cancérologie

Dans le domaine de la cancérologie, outre une offre hospitalière forte, un réseau s'est mis en place en 2003 et couvre aujourd'hui l'ensemble de la région. Avec la parution de textes réglementaires et recommandations successives depuis 2005, le SROS a reconnu la structure d'oncologie pédiatrique du CHU, a mis en place des Centres de Coordination en Cancérologie (3C) dans la plupart des structures autorisées en cancérologie et a autorisé l'activité de cancérologie selon différentes modalités (chirurgie, pour différentes disciplines, chimiothérapie et radiothérapie) sur 10 implantations en Côte-d'Or, 4 dans la Nièvre, 9 en Saône-et-Loire et 5 dans l'Yonne. Dans ce domaine, la démographie médicale limite la couverture exhaustive de la région pour certaines prises en charge.

2.3.2.6 L'obstétrique

Concernant l'obstétrique, la Bourgogne est dotée d'un réseau hospitalier inégal, avec 4 maternités et un Centre Périnatal de Proximité (CPP) en Côte-d'Or, 3 maternités et un CPP dans la Nièvre, 5 maternités en Saône-et-Loire, 2 maternités et 4 CPP dans l'Yonne. Pour conforter ce dispositif, un réseau régional et 6 réseaux de périnatalité de proximité sont opérationnels, sans toutefois couvrir la totalité du territoire pour ces derniers.

Au 1^{er} janvier 2008, 66 gynéco-obstétriciens libéraux et 53 salariés exclusifs exerçaient en Bourgogne : respectivement 23 et 22 en Côte-d'Or, 12 et 7 dans la Nièvre, 18 et 18 en Saône-et-Loire, 13 et 6 dans l'Yonne. La gynécologie-obstétrique fait partie des 10 spécialités, sur les 11 spécialités les plus représentées dans les établissements de Bourgogne, pour lesquelles le Bulletin d'information statistique de la DRASS de janvier 2009 notait une densité inférieure à la densité en France.

À la même date, les gynécologues médicaux libéraux étaient 23 : 11 en Côte-d'Or, 1 dans la Nièvre, 10 en Saône-et-Loire et 1 dans l'Yonne.

Aucun gynécologue médical n'exerçait en salariat exclusif.

500 sages-femmes exerçaient à cette date en Bourgogne (dont 306 ETP en établissements de soins publics et 52 en établissements de soins privés) : 190 en Côte-d'Or (dont 109 et 31), 64 dans la Nièvre (dont 42 et 5), 167 en Saône-et-Loire (dont 93 et 17) et 79 dans l'Yonne (dont 62 en établissement public, aucune en privé). Le bulletin DRASS de janvier 2009 indiquait une densité en sages-femmes parmi les personnels des établissements de Bourgogne supérieure de plus de 20 % à la densité française.

2.3.2.7 L'imagerie

L'équipement en matériel d'imagerie est conséquent en Bourgogne avec 30 autorisations de scanners (dont 5 non installés au 1^{er} juillet 2010), 11 appareils d'Imagerie en Résonance Magnétique nucléaire (IRM) 14 caméras à scintillations et 4 tomographes à émissions de positons. La permanence des soins est inégalement assurée dans les établissements accueillant des urgences.

2.3.2.8 La prise en charge de l'insuffisance rénale chronique

Chaque territoire du SROS 2006 dispose de l'ensemble des modalités de traitement de l'Insuffisance Rénale Chronique (IRC) terminale. Sont en effet autorisés 7 centres lourds (dont 2 en Côte-d'Or), 6 structures de prise en charge de la dialyse à domicile, 8 unités de dialyse médicalisée (dont 3 en Côte-d'Or) et 12 unités d'auto dialyse (dont 5 en Côte-d'Or). Tous les patients sont désormais pris en charge dans la région, sans nécessité de recourir aux régions voisines.

2.3.3 Les activités médicales

2.3.3.1 La prise en charge des soins palliatifs

La prise en charge des soins palliatifs en région Bourgogne depuis 2006 est marquée par l'accroissement important du nombre de Lits Identifiés de Soins Palliatifs (LISP) : 53 en Côte-d'Or, 17 dans la Nièvre, 24 en Saône-et-Loire nord, 28 en Saône-et-Loire sud, 16 dans le nord de l'Yonne et 17 dans le sud de l'Yonne. Cependant l'inégal déploiement de l'activité des 12 Équipes Mobiles de Soins Palliatifs (EMSP) réparties sur la région, la couverture incomplète du territoire régional par les quatre réseaux existants, la fragilité du fonctionnement effectif des LISP dans les établissements où ils sont moins de trois et l'absence de prise en charge significative des soins palliatifs au domicile des patients caractérisent cette activité.

2.3.3.2 La prise en charge des patients en hospitalisation à domicile

La prise en charge des patients en hospitalisation à domicile leur permet de bénéficier de soins dont la complexité est équivalente à ceux prodigués en milieu hospitalier.

En 2007, sur 84 % des journées d'HAD réalisées en France, 22,5 % l'étaient pour des soins palliatifs, 18,6 % pour des pansements complexes (escarres, ulcères, brûlures...), 9,6 % pour des soins de nursing lourds, 7,1 % pour nutrition entérale. Il s'agit de chimiothérapie, surveillance post-chimiothérapique, nutrition parentérale, assistance respiratoire, suite de traitements chirurgicaux ou encore traitements par voie veineuse (anti-infectieux ou autres) dans 3 à 5 % des cas.

Des freins persistent au développement de l'HAD, préconisé lors de l'élaboration du schéma régional d'organisation sanitaire 2006. L'HAD en effet nécessite un entourage familial ainsi qu'un logement adapté ; sur la zone d'intervention de l'HAD, l'environnement sanitaire, social et médico-social doit être suffisant ; l'adhésion des professionnels de santé libéraux médicaux et paramédicaux intervenant dans la prise en charge est indispensable.

En Bourgogne, le SROS 2006 prévoyait 15 autorisations, 5 autorisations supplémentaires ont été ajoutées à l'objectif lors de la révision de 2008 : le territoire de Côte-d'Or dispose ainsi de 123 places pour 8 autorisations, la Nièvre dispose de 45 places (2 autorisations), le nord de la Saône-et-Loire 70 places pour 3 structures autorisées, le sud de la Saône-et-Loire 18 places dans deux établissements autorisés, le nord de l'Yonne 25 places réparties sur 3 établissements et le sud de l'Yonne 80 places réparties entre 4 établissements.

Le total des autorisations au regard des préconisations nationales représente 361 places, l'objectif national en 2006 étant de 400.

Les difficultés de couverture des zones rurales sont cependant marquées dans la région (démographie médicale et paramédicale insuffisante et/ou mal répartie, problèmes pour assurer la permanence des soins, temps longs de déplacements des personnels...) d'où une mise en œuvre souvent partielle des autorisations, notamment en dehors des bassins de populations importants, et une activité souvent faible, avec en moyenne 4521 journées par structure en 2009 contre 9625 journées par structure au niveau national.

D'autre part, la plupart des structures sont de faible dimension (5, 10 ou 15 places) ce qui ne leur permet pas d'être autonomes financièrement.

2.3.3.3 La pédiatrie

La région dispose actuellement de 12 services médicaux de pédiatrie (4 en Côte-d'Or, 1 dans la Nièvre, 5 en Saône-et-Loire et 2 dans l'Yonne). Cependant les unités spécifiques aux adolescents n'ont pas été mises en place. La Bourgogne est confrontée au déficit de praticiens en pédiatrie, notamment libéraux : 38 pédiatres exerçaient au 1^{er} janvier 2008 en libéral (14 en Côte-d'Or, 3 dans la Nièvre, 14 en Saône-et-Loire et 7 dans l'Yonne) et 83 exerçaient comme salariés exclusifs ; 50 en Côte-d'Or, 4 dans la Nièvre, 17 en Saône-et-Loire et 12 dans l'Yonne. La densité des pédiatres dans les établissements de Bourgogne est moindre que la densité nationale.

2.3.3.4 Les soins de suite et réadaptation

En soins de suite et réadaptation, la Bourgogne se situe dans la moyenne nationale en matière d'équipement global par rapport à la population.

2.3.3.5 La psychiatrie

En psychiatrie les efforts ont porté ces dernières années sur l'augmentation du nombre d'internes formés à cette spécialité, la formation des personnels infirmiers, la création de réseaux, l'ouverture d'unités à orientation spécifique (gériatrique/pour adolescents/pour hospitalisations de courte durée), la création de places de MAS, de FAM et la création d'équipes mobiles spécialisées dans les domaines de la précarité, de la gérontopsychiatrie, et pour la prise en charge des détenus.

Un Centre Régional de ressources pour les Intervenants auprès d'Auteurs de Violences Sexuelles (CRIA VS) a été créé en 2010.

La difficulté principale dans le champ de la santé mentale est le déficit persistant de la démographie médicale particulièrement marqué dans 3 départements, épargnant la Côte-d'Or, et pesant notamment pour l'organisation des soins aux détenus et celle de la prise en charge des enfants et des adolescents dans la Nièvre. Ainsi, pour les adolescents en crise, l'objectif de 6 centres n'est pas atteint.

Au 1^{er} janvier 2008, 104 psychiatres libéraux exerçaient en Bourgogne (42 en Côte-d'Or, 9 dans la Nièvre, 31 en Saône-et-Loire et 22 dans l'Yonne).

Dans son bulletin d'information statistique de janvier 2009, la DRASS de Bourgogne notait que la densité de médecins psychiatres en établissements en Bourgogne présentait un écart négatif excédant 20 % par rapport à la densité nationale.

2.3.3.6 Les soins de longue durée

Les soins de longue durée ont fait l'objet d'une révision du volet correspondant du schéma en 2008. Le SROS prévoyait 29 à 36 implantations pour la région, 18 implantations sont effectives et seul le département de la Nièvre a atteint l'objectif de 7 implantations fixé par le schéma.

2.3.3.7 La prise en charge des personnes détenues

La prise en charge sanitaire des personnes détenues est confiée au service public hospitalier (loi du 18 janvier 1994) avec la création au sein des établissements pénitentiaires d'UCSA : Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (CHU pour la Maison d'Arrêt [MA] de Dijon, CH de Nevers pour la MA de Nevers, CH de Chalon/Saône pour le Centre de Détenation [CD] et la MA de Varennes le Grand et CH d'Auxerre pour la MA d'Auxerre et le CD de Joux la Ville).

Des Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales (UHSI) et des Unités d'Hospitalisation Spécialement Aménagées (UHSA), à vocation interrégionale complètent le dispositif.

Concernant la prise en charge psychiatrique, le Service Médico Psychologique Régional intervient avec les CHS et le CRIAVS (centre ressource pour les intervenants auprès des auteurs de violence sexuelle). Celui-ci est basé au CHS de la Chartreuse à Dijon, il a une vocation régionale.

2.3.4 Évolution de l'activité hospitalière en Bourgogne entre 2007 et 2009 (Source HospiDiag)

Le nombre de séjours (hors séances) produits par les établissements de Bourgogne a diminué de 1,27 % entre 2007 et 2009. Cette baisse concerne toutes les activités, médecine (-0,99 %), chirurgie (-1,19 %) et obstétrique (-3,79 %). Les territoires de la Côte-d'Or (-0,02 %) et de l'Yonne (+0,52 %) ont une activité stable alors que la Saône-et-Loire (-1,34 %) et surtout la Nièvre (-7,26 %) présentent une chute d'activité.

En médecine on note une augmentation des séjours d'hospitalisation complète et une baisse des séjours d'hospitalisation partielle pour la région. Cette tendance se retrouve pour les territoires de santé, avec pour la Nièvre une baisse d'activité en hospitalisation complète.

En chirurgie il existe une très forte hausse de la chirurgie ambulatoire (+11,98 %) en Bourgogne associée à une diminution de l'hospitalisation à temps complet. Cette tendance se retrouve pour les territoires de santé, sauf en Côte-d'Or où la chirurgie ambulatoire diminue de 2,24 % sur la période.

Le nombre de séances a progressé de 9,42 % sur la même période que ce soit pour la chimiothérapie (+6,25 %), la radiothérapie (+12,98 %, pour les établissements publics) ou la dialyse (+9,17 %). Dans les territoires l'évolution est également à la hausse avec des nuances ; baisse de la dialyse en Côte-d'Or (-6,93 %) et dans la Nièvre (-2,07 %) et diminution de la chimiothérapie en Saône-et-Loire (-1,15 %)

Cette analyse régionale et territoriale cache des disparités au niveau des établissements. Pour la majorité d'entre eux, compte tenu des variations de classifications et de l'impact des contrôles T2A, l'activité est considérée comme stable.

Certains ont vu leur activité croître entre 2007 et 2009 :

- Clinique Drevon (21) : +18,97 (+31 % en chirurgie)
- Centre orthopédique de Dracy le Fort (71) : +11,90 %
- CH de Semur-en-Auxois (21) : +11,00 % (croissance équilibrée entre médecine, chirurgie et obstétrique)

D'autres ont vu cette activité chuter :

- Clinique du Nohain (58) : -50,97 % (en médecine, chirurgie et obstétrique)
- CH Chatillon-Montbard (21) : -38,91 % (arrêt de la chirurgie et de l'obstétrique, mais également baisse de l'activité médicale)
- Clinique Sainte Marthe (21) : -20,00 % (en médecine, chirurgie et obstétrique)
- CH de Clamecy (58) : -18,96 % (arrêt de l'obstétrique et baisse de l'activité médicale)
- Clinique de la Roseraie (71) : -16,91 % (en médecine et chirurgie)
- SIH Montceau-les-Mines (71) : -12,42 % (en médecine, chirurgie et obstétrique).

2.4 La prise en charge des urgences

Un maillage régional assuré par les services hospitaliers des urgences mais une inégale effectivité de la permanence des soins.

La prise en charge des actes non programmés se fait par :

- La permanence des soins en médecine ambulatoire qui se définit comme une organisation mise en place avec les médecins libéraux afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés aux demandes de soins et consultations non programmés. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux soit de 20 h à 8 h, les dimanches et jours fériés et – éventuellement les samedis après midi. Le besoin de consultations exprimé en urgence qui justifie la présence d'un médecin dans un délai relativement rapide mais non immédiat, relève de la permanence des soins assurée par les médecins libéraux.
- Les services des urgences qui ont pour mission de prendre en charge en priorité les besoins de soins immédiats susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel. Ils exigent quels que soient l'endroit ou les circonstances, l'intervention d'un médecin formé à la prise en charge des urgences et des besoins de soins urgents.

Le décret 2010-809 du 13 juillet 2010 constitue le nouveau cadre réglementaire de l'organisation de la PDS.

Il définit les modalités de constitution et de fonctionnement des CODAMUPS TS (comités départementaux de l'aide médicale d'urgence, de permanence des soins et des transports sanitaires), organes de concertation qui regroupent tous les acteurs concernés.

2.4.1 Les gardes ambulatoires

Les secteurs de garde en médecine ambulatoire sont au nombre de 86 en Bourgogne (125 en 2003). Ils fonctionnent différemment selon les territoires de santé : l'Yonne par exemple est en difficulté pour un secteur sur deux ; et en Saône-et-Loire, la nuit profonde de minuit à 8 h du matin est exclue des horaires de la permanence des soins ambulatoires. La participation des médecins à la permanence des soins ambulatoires varie selon leur âge et leur département d'exercice. Ainsi, fin 2010, le nombre de médecins participant sur le nombre de médecins installés est de 214 sur 527 en Côte-d'Or, 153 sur 173 dans la Nièvre, 348 sur 469 en Saône-et-Loire et 111 sur 299 dans l'Yonne. Soit 56 % des médecins sur l'ensemble de la région.

La permanence des soins ambulatoires est aussi assurée par des points fixes de garde : 5 maisons médicales de garde répondant à un cahier des charges défini par circulaire (2 en Côte-d'Or et 3 dans la Nièvre), 6 autres structures participant au dispositif de permanence des soins (une en Côte-d'Or et 5 en Saône-et-Loire).

En 2008, hors structures de type « SOS médecins », 68 210 actes ont été réalisés par les médecins généralistes aux heures de PDSA. Les actes effectués en seconde partie de nuit représentent 3 % de l'activité de permanence de soins.

En établissements publics, pour 19 sites, 305 868 passages aux urgences non suivis d'hospitalisation ont été comptabilisés et facturés en 2008. En établissements privés, pour deux sites ce nombre de passages était de 18 906.

2.4.2 L'activité de soins de médecine d'urgence

Au total, 21 établissements de santé publics (19/21) et privés (2/21) sont autorisés pour l'activité de soins de médecine d'urgence en Bourgogne, dont 19 avec Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR). Des Services Aide Médicale Urgente (SAMU) sont effectifs dans chacun des 4 territoires, au CHU de Dijon, au CH de Nevers, au CH de Chalon-sur-Saône et au CH d'Auxerre.

Deux hélicoptères sont implantés en Bourgogne, un au CHU de Dijon, l'autre au CH d'Auxerre. Ils ont tous deux une vocation régionale et bénéficient d'un soutien financier par le Conseil Régional. Les périodes hivernales (brouillard) représentent l'obstacle principal à l'utilisation des secours hélicoptérés. Les appareils volent uniquement de jour ce qui constitue également une limite aux secours hélicoptérés.

La Bourgogne est en quatrième position des régions les mieux dotées en appareils avec plus d'un appareil par million d'habitant. Elle se situe dans la moyenne nationale si on prend en compte les appareils de la sécurité civile qui peuvent être utilisés pour les transports sanitaires sous conditions d'installation à bord du matériel nécessaire pour chaque mission.

2.4.3 Le SMUR pédiatrique

Un SMUR pédiatrique à vocation régionale pour les très jeunes enfants (jusqu'à deux ans) et des accueils spécialisés des enfants dans les services d'urgence des sites pivots ont été mis en place, de même qu'une unité régionale de réanimation et de soins continus pédiatriques. Au niveau régional, un centre spécialisé référent existe en chirurgie pédiatrique.

2.4.4 La régulation médicale

La régulation médicale des appels téléphoniques pour soins non programmés ou urgents est elle aussi organisée différemment selon le département, regroupée sur le même site dans la Nièvre et la Saône-et-Loire, effectuée séparément par une ligne hospitalière et une ligne libérale en Côte-d'Or (locaux partagés), effectuée par deux lignes et avec possibilité de transfert au domicile du médecin libéral dans l'Yonne.

2.4.5 Les gardes de pharmacie

La Bourgogne compte environ 630 officines participant à la permanence des soins. L'organisation des services de garde et d'urgence est réglée par les organisations représentatives de la profession dans le département.

2.5 L'offre médico-sociale

Un équipement global médico-social qui situe la Bourgogne en position très favorable en France, mais inégalement réparti.

La couverture globale de la région en équipements médico-sociaux est parmi les plus importantes des régions françaises, tant pour les enfants et adultes handicapés, que pour les personnes âgées mais avec de fortes disparités départementales.

2.5.1 Le secteur du handicap

Avec 59 établissements pour enfants et adolescents handicapés au 31/03/2011 représentant une capacité financée de 2 519 places et 42 Services d'Éducation Spécialisée et de Soins A Domicile (SESSAD) représentant 1076 places, la Bourgogne a un taux d'équipement de 9,74 ‰ jeunes de moins de 20 ans, supérieur à la France métropolitaine située à 9,2 ‰ (chiffre 2009) mais avec de fortes disparités départementales en taux d'équipement et selon le type de handicap.

Tableau 18 : Nombre de places financées en établissements et services pour jeunes handicapés au 31/03/2011 et taux d'équipements

départements	Projection 2011 de la population des 0 – 19 ans	Nombre d'établissements	SESSAD	Établissements + SESSAD	Taux équipement établissement pour 1 000	Taux équipement Total pour 1 000
Côte-d'Or	124 168	731	502	1233	5,89	9,93
Nièvre	43 572	414	142	556	9,50	12,76
Saône-et-Loire	121 578	699	313	1012	5,75	8,32
Yonne	79 713	675	119	794	8,47	9,96
bourgogne	369 031	2519	1076	3595	6,83	9,74
France ¹	15 315 215	103 989	36 586	140 575	6.8 (1)	9.2 (1)

Source : PRIAC actualisation DOSA au 31/03/2011

1 : source Statiss 2010 au 01.01.2009 et population au 01.01.2008

Pour ce qui concerne les adultes et lorsque les comparaisons sont possibles avec la France entière en 2010, la Bourgogne a un taux d'équipement (TE) supérieur en FAM, MAS et ESAT.

Tableau 19 : nombre de places financées en établissements et services pour adultes handicapés au 31/03/2011 et taux d'équipements

Départements	Projection Population 2011 20-59 ans	Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) – Maison d'Accueil Spécialisée (MAS)		Service de Soins Infirmiers À Domicile (SSIAD) – Service d'Accompagnement Social des Adultes Handicapés (SAMSAH)		Total établissements services		Établissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT)	
		Capacité	TE pour 1000	Capacité	TE pour 1000	Capacité	TE pour 1000	Capacité	TE pour 1000
21	277 251	444	1,60	96	0,35	540	1,95	1 034	3,73
58	103 938	176	1,69	39	0,38	215	2,07	458	4,41
71	271 345	468	1,72	107	0,39	575	2,12	1 028	3,79
89	171 166	286	1,67	85	0,50	371	2,17	636	3,72
Bourgogne	823 700	1 374	1,67	327	0,40	1 701	2,07	3 156	3,83
France	3 3180 265	37 912	1,15	10 903	0,33	48 815	1,48	111 174	3,35

TE : Taux d'Équipement

Le montant des dépenses 2009 d'Assurance Maladie et de l'État pour le financement des Établissements Sociaux et Médico-Sociaux (ESMS) pour personnes handicapées s'élève à 217.3 millions d'€. À noter que la dépense globale par habitant de 0-59 ans de la région (149 €) pour les personnes handicapées est inférieure à la moyenne nationale (160 €), alors que la région est bien dotée en équipements.

Les priorités du Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) depuis 2006 visent à réduire les écarts entre les départements, à diversifier les équipements avec notamment le développement des services pour l'accompagnement en milieu ordinaire, à adapter les équipements aux enfants souffrant d'autisme et de troubles du comportement ainsi qu'aux handicaps les plus lourds, à médicaliser partiellement les foyers de vie pour les adapter au vieillissement des résidents.

Intégrante à la qualité de la prise en charge, la qualification des personnels passe par celle des enseignants, des auxiliaires de vie en milieu scolaire donc relevant de l'Éducation nationale, des personnels des ESAT, des équipes polyvalentes capables d'accompagner tous les types de handicaps...

2.5.2 Le secteur des personnes âgées

Avec 351 établissements pour personnes âgées début 2011, offrant plus de 25 400 lits d'hébergement dont 21 900 en EHPAD et un dispositif important de maintien à domicile (SSIAD notamment), la Bourgogne se situe parmi les régions les mieux dotées toutes structures confondues mais avec de fortes disparités départementales surtout en EHPAD.

Ce sont la Saône-et-Loire et l'Yonne qui ont le taux global d'équipement le plus élevé par rapport à leur population de 75 ans et plus, la Nièvre ayant le taux le plus faible (123.7 ‰). Mais par rapport aux EHPAD, la Saône-et-Loire (116.4 ‰) et la Nièvre (102.7 ‰) sont les moins dotées.

Tableau 20 : taux d'équipement en lits pour 1000 personnes de 75 ans et plus au 31/03/2011

Type d'établissements	Côte-d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne	Bourgogne	France métropolitaine
Maison de retraite	128.59	102.76	118.48	135.87	122.30	
Logement foyer	5.17	12.76	27.82	0.84	13.65	
Unités de soins de longue durée	4.45	8.19	3.29	2.62	4.25	
Total	138.21	123.72	149.59	139.34	140.21	121.7
dont EHPAD	126.76	102.76	116.42	134.66	120.81	101,3

Source : révision du PRIAC 2011/2013 DOSA Organisation

Pour les SSIAD, ce sont la Saône-et-Loire et l'Yonne qui sont les moins bien dotées, la Nièvre étant la mieux équipée mais il faut noter qu'elle est déficitaire en Infirmier(es) Diplômé(es) d'État (IDE) libéraux et en places d'hébergement; certaines zones des départements ont une couverture insuffisante.

Pour l'accueil de jour, la Saône-et-Loire et surtout la Nièvre sont sous-dotées alors que pour l'hébergement temporaire, on retrouve la Nièvre et l'Yonne.

Tableau 21 : capacités financées et taux d'équipement en SSIAD, accueil de jour et hébergement temporaire au 31/03/2011

Département	pop de + de 75 ans en 2011(proj)	SSIAD	taux d'équipement 2011 + 75 ans	accueil de jour	taux d'équipement 2011	hébergement temporaire	taux d'équipement 2011	Taux d'équipement global de maintien à domicile
Côte-d'Or	48 542	970	19,98	162	3,34	161	3,32	26,62
Nièvre	29 301	627	21,40	53	1,81	7	0,24	23,58
Saône-et-Loire	65 317	1 202	18,40	143	2,19	263	4,03	24,6
Yonne	38 102	711	18,66	116	3,04	76	1,99	23,69
Bourgogne	181 262	3 510	19,36	474	2,61	507	2,80	24,8
France¹ au 1/1/2009	5 373 701	103 230	19,2	9043	1,69	8944	1,66	22,55

Source ARS Bourgogne Dosa Organisation, STATISS 2010

1 : STATISS 2010 données FINESS au 01.01.2009; données de population au 01.01.2008

Le maintien à domicile est une priorité partagée avec les schémas départementaux, avec notamment le développement des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire. À noter cependant les difficultés de prise en charge par les SSIAD de personnes relevant de l'HAD, tant au plan des modalités de la prise en charge qu'au plan financier.

Une meilleure articulation entre le domicile, le médico-social et l'hospitalisation est à rechercher au sein des réseaux pour faciliter la gestion des points de rupture dans les parcours de vie (recours aux services d'urgence, sorties d'hospitalisation, entrée en EHPAD...).

Par rapport aux EHPA, la réduction des écarts entre départements est une priorité du PRIAC mais les évolutions sont lentes. Par ailleurs, le Plan Alzheimer, dont le financement est jugé insuffisant par les promoteurs, propose des objectifs ambitieux (50 Pôles d'Activités et de Soins Adaptés : PASA et 9 Unités d'Hébergement Renforcées : UHR).

Il s'agit aussi d'apporter une réponse spécifique aux personnes handicapées vieillissantes, présentant des maladies chroniques, des troubles mentaux stabilisés, des handicaps psychiques...

Le montant des dépenses 2009 d'Assurance Maladie pour le financement des établissements et services pour personnes âgées s'élève à 321 millions d'€. La dépense globale par habitant (1848 €) est proche de la moyenne nationale (1829 €), avec là encore des disparités départementales.

Dans l'ensemble de la région se posent de réelles difficultés de recrutement de personnel qualifié tant en EHPAD que pour les services de soins à domicile (aides-soignants, AMP, IDE, kiné, psychologues, psychomotriciens, médecins coordonnateurs...). Or, la formation, qui doit aussi concerner les aidants naturels, est un levier d'action dans la prévention de la maltraitance, la qualité des prescriptions et des prises en charge, la diversification des références des professionnels trop souvent orientées vers le soin et la prise en charge hospitalière alors que le besoin est plutôt un accompagnement médico-social.

2.6 L'offre en maisons de santé, réseaux et centres de santé.

2.6.1 Les maisons de santé.

Les maisons de santé sont définies par la Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Elles assurent les activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et des actions sociales (...). Les professionnels médicaux et auxiliaires médicaux exerçant dans une maison de santé élaborent un projet de santé, témoignant d'un exercice coordonné et conforme aux orientations des schémas régionaux d'organisation des soins.

La finalité des maisons de santé est de proposer aux professionnels de santé un cadre et un mode d'exercice qui favorise le maintien des professionnels en milieu ambulatoire. Il s'agit de répondre à la désaffection des jeunes médecins pour la médecine générale et aux problèmes de démographie médicale. Les maisons de santé permettent de favoriser les coopérations, d'optimiser le temps médical, de répondre aux craintes d'isolement des jeunes médecins. De plus l'exercice coordonné des professionnels de santé, notamment dans le cadre du premier recours, permet d'apporter une meilleure réponse en termes de parcours, de continuité, de qualité de prises en charge des patients.

Le caractère prioritaire de cette démarche est affirmé par le Plan interministériel d'équipement en maisons de santé en milieu rural, lancé le 27 juillet 2010. Ce plan prévoit de cibler le développement de maisons de santé dans des territoires où la démographie médicale nécessite d'être confortée, et non dans des zones totalement dépourvues de médecins, afin de ne pas compromettre les chances de réussite des projets.

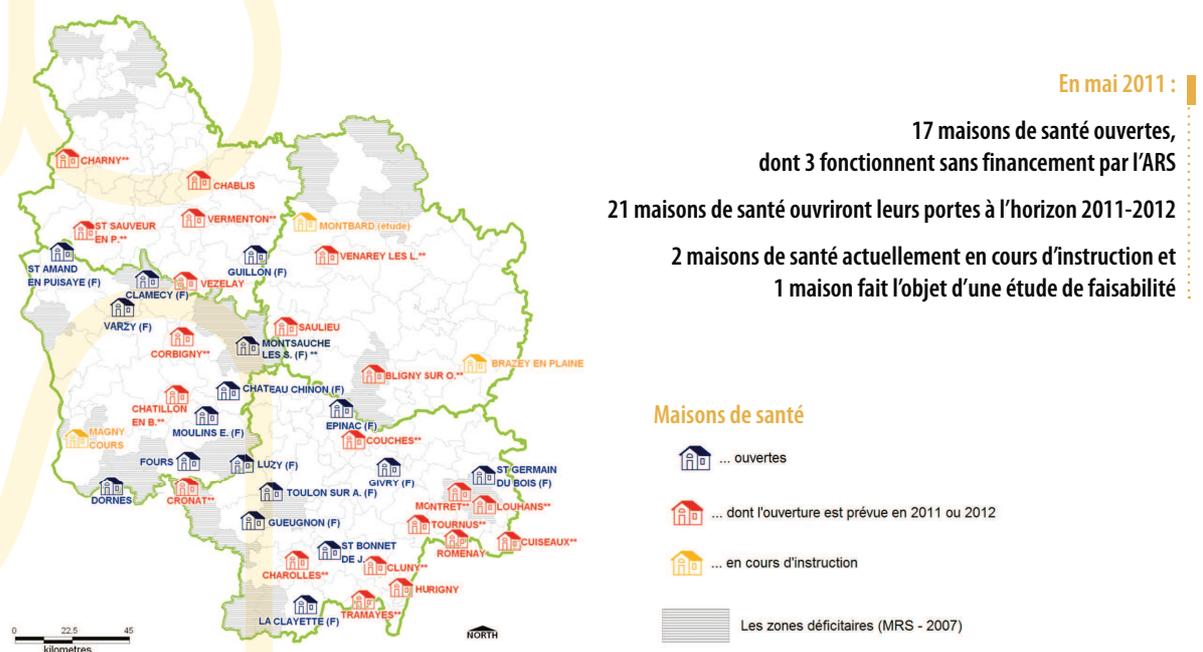
Ces actions destinées à favoriser le regroupement des professionnels de santé s'appuient sur la participation active des professionnels concernés et impliquent souvent de nombreux partenaires.

Par ailleurs, la Bourgogne a développé en 2010 deux types d'orientations appliqués à la gestion du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) pour favoriser le développement des maisons de santé : la consolidation d'un guichet unique pour l'accompagnement et l'évaluation des projets, et l'appui au développement de groupes qualité.

Ces groupes qualité sont des groupes de professionnels de santé qui réfléchissent en lien avec la Haute Autorité de Santé (HAS) sur leurs pratiques et les difficultés rencontrées au quotidien. Ces groupes de pairs, instaurés par l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Bourgogne, sont constitués de professionnels de santé volontaires.

Outre l'amélioration de la qualité des soins, ils se veulent une aide aux médecins généralistes leur permettant de rompre l'isolement fréquent dans leur pratique.

Carte 18 : Les maisons de santé pluri professionnelles – mai 2011



2.6.2 Les réseaux

Pour répondre aux problèmes de démographie sanitaire, améliorer l'accès aux soins de premier recours et décloisonner le système de santé, la Bourgogne a porté une attention particulière aux réseaux de santé.

Le SROS 2006-2011 préconisait l'existence de réseaux dans les domaines suivants : périnatalité, cancérologie, néphrologie, Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC), infarctus du myocarde, maladie d'Alzheimer, urgences, psycho-gériatrie et autisme au niveau régional, périnatalité et suivi des grossesses autour des maternités, soins palliatifs, gérontologie, santé mentale, alcoolisme, santé bucco-dentaire, maladies chroniques des enfants et des adolescents et urgences vitales de l'enfant au niveau des territoires.

Par ailleurs le SROS encourageait les réseaux ville-hôpital de proximité polyvalents pour préparer les entrées et les sorties d'établissements.

En juin 2011, 40 réseaux sont financés en Bourgogne :

- 8 réseaux polyvalents de proximité
- 12 réseaux régionaux déclinant les plans de santé publique (AVC, Alzheimer, cancer, tabac)
- 8 réseaux thématiques à vocation départementale : soins palliatifs, diabète, addictions...)
- 12 réseaux infra départementaux mono thématiques (périnatalité, gérontologie...)

Concernant les thèmes prévus par le SROS pour les réseaux de proximité on note l'absence de réseau de soins palliatifs en Côte-d'Or et sud Saône-et-Loire, l'absence de réseau périnatalité sur le territoire nord de l'Yonne et sur le territoire sud Saône-et-Loire, peu de couverture de réseau gérontologique sur l'Yonne (surtout sur le nord), pas de réseau de santé mentale sauf dans l'Yonne et l'absence de réseau addiction de proximité dans l'Yonne et dans la Nièvre.

En 2010, 23 700 patients ont été pris en charge par les réseaux de la région (en 2009 12 700 soit une hausse de 87 %) avec un nombre moyen par réseau de 580 patients.

En moyenne 46 médecins généralistes et 14 établissements adhèrent à chaque réseau.

Les équipes passent de 3.2 à 3.4 ETP en moyenne d'une année sur l'autre.

Les évaluations réalisées montrent que la majorité des réseaux répond aux objectifs fixés en termes de nombre de patients et d'objectifs qualitatifs (réalisation de formations, implication des professionnels dans le plan de soins personnalisé...)

Au regard des données nationales, les réseaux bourguignons sont plus petits et moins coûteux que la moyenne. Le montant moyen versé par patient passe de 506 € à 374 € entre 2009 et 2010 (moyenne nationale 2009 : 679 €).

L'ARS continue de déployer sa stratégie d'audit en direction des structures financées.

Après avoir augmenté de manière constante jusqu'en 2006, le nombre de réseaux a diminué ensuite de manière régulière.

La disposition sur une carte géographique des aires de recrutement des réseaux de proximité et des maisons de santé existantes montre des zones non couvertes, essentiellement à l'est de la Côte-d'Or, à l'ouest de la Nièvre et au nord de l'Yonne.

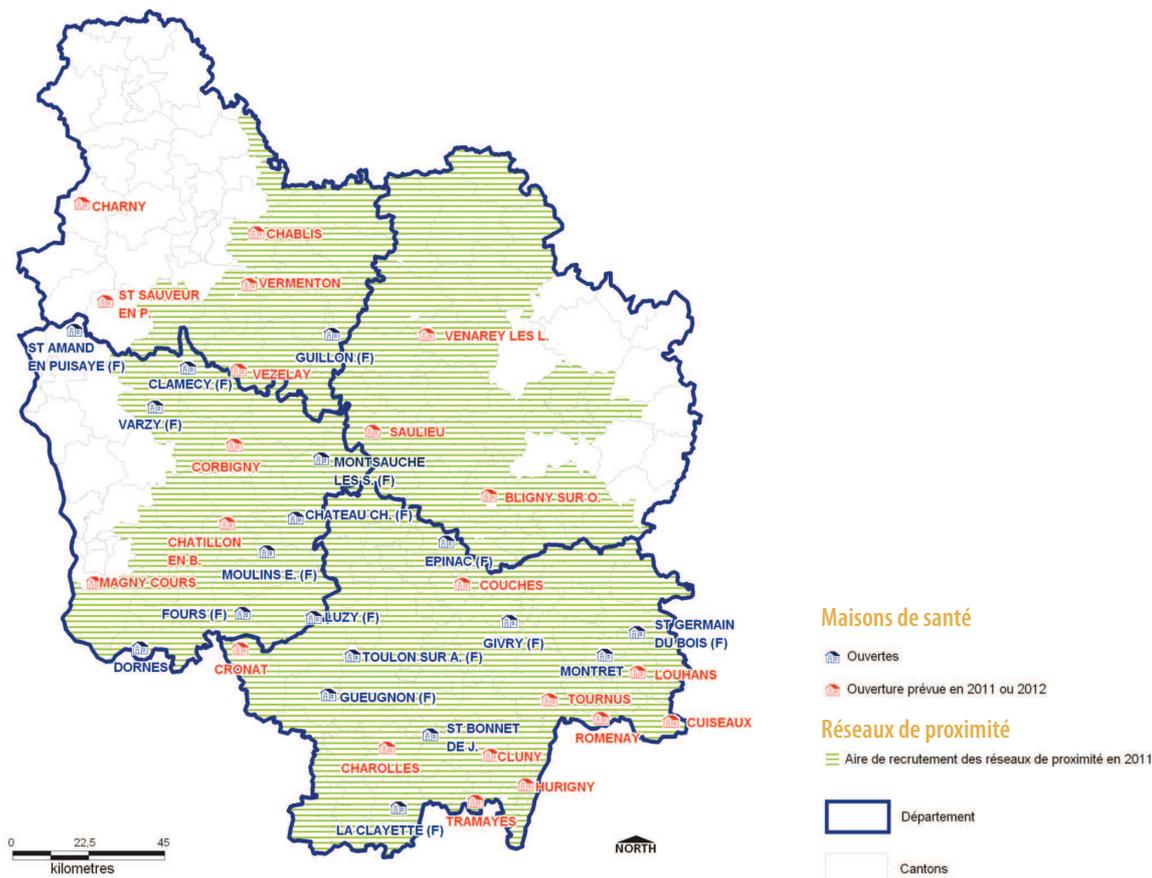
40 % de la population de la région vit dans une zone dépourvue de ces structures de santé. Certaines zones échappant à cette couverture sont pourtant des zones déficitaires définies par la MRS en 2007.

La multiplication des projets et des thématiques retenus, tant au niveau national que local, ont amené les instances nationales à proposer des orientations stratégiques avec trois principes de financement pour les réseaux :

- l'amélioration de la qualité de la prise en charge par le développement de pratiques pluridisciplinaires sur des territoires ciblés
- l'inscription des thématiques au sein des plans de santé publique
- l'amélioration de l'efficacité de l'offre de soins.

La déclinaison de ces orientations nationales en Bourgogne a amené à s'engager dans le développement de réseaux de santé pluridisciplinaires, à recentrer les réseaux sur leur cœur de mission : le décroisement et la coordination des acteurs sans se substituer aux fonctions des professionnels de santé et à réorienter les financements vers ces projets de réseaux globaux en veillant à préserver les réseaux existants qui ont une ambition forte d'efficacité.

Maisons de santé et aires de recrutement des réseaux de proximité en 2011



2.6.3 Les centres de santé

Les centres de santé sont définis par le code de santé publique, dans l'article L.6323-1 : ce sont « des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours. Ils assurent des activités de soins sans hébergement et mènent des actions de santé publique ainsi que des actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients et des actions sociales (...) Ils sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par des collectivités territoriales, soit par des établissements de santé publics ou des établissements de santé d'intérêt collectif (...) »

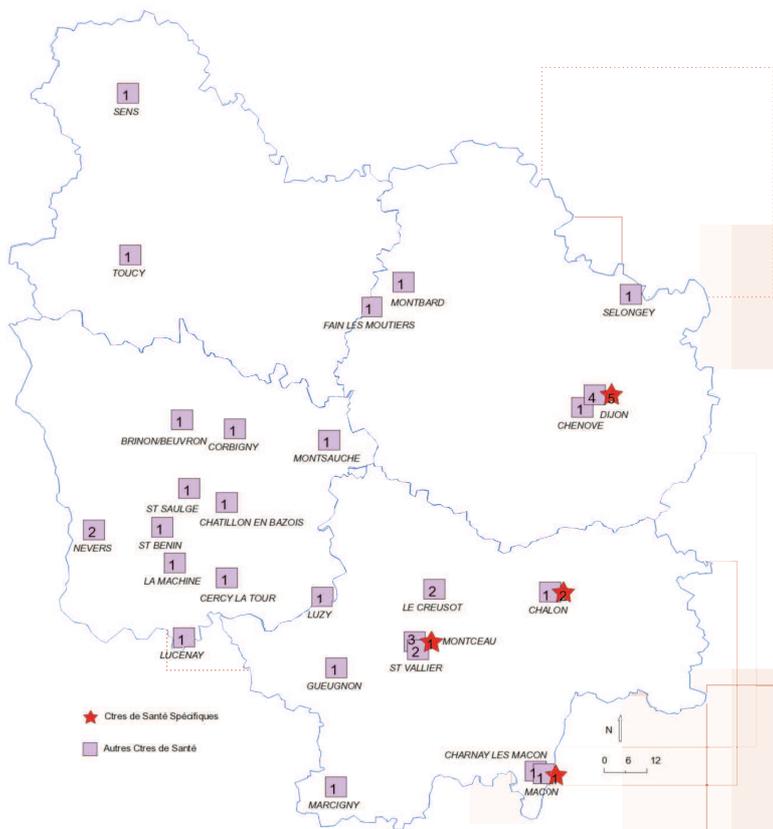
Les centres de santé peuvent faire partie des pôles de santé (article L 6323-4 du CSP)

Ils sont orientés vers les soins infirmiers, dentaires, médicaux ou polyvalents, avec pour la plupart une mission d'accueil de premier recours.

Certains centres cependant, médicaux ou polyvalents sont spécialisés (Établissement français du sang par exemple, ou prise en charge de patients insuffisants rénaux chroniques). Ils sont alors qualifiés « centres de santé spécifiques » et n'assurent pas la prise en charge de premier recours.

44 centres de santé sont autorisés en Bourgogne. 13 en Côte-d'Or dont 3 centres de soins infirmiers, 4 dentaires, 3 médicaux et 3 polyvalents ; 13 dans la Nièvre dont 1 polyvalent, 2 dentaires et 10 centres de soins infirmiers ; 16 en Saône-et-Loire dont 4 médicaux, 6 dentaires, 4 polyvalents et 4 centres de soins infirmiers. Enfin 2 centres de santé sont ouverts dans l'Yonne, un polyvalent et un centre de soins infirmiers.

Carte 20 : implantations des centres de santé en Bourgogne en 2011



Sources : FINESS et CPR des Centres de Bourgogne
Pôle Pilotage – C & D (mars 2011)

2.7 L'accessibilité

L'accessibilité à l'offre de soins est inégale.

2.7.1 Accessibilité géographique à l'offre de soins de premier recours.

Pour le législateur (article 36 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires) :

« L'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. Ils sont organisés par l'agence régionale de santé au niveau territorial défini à l'article L. 1434-16 et conformément au schéma régional d'organisation des soins prévu à l'article L. 1434-7. Ces soins comprennent :

- la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients;
- la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique;
- l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social;
- l'éducation pour la santé.

Les professionnels de santé, dont les médecins traitants cités à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, ainsi que les centres de santé concourent à l'offre de soins de premier recours en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux».

Or la région se caractérise par une densité de professionnels de santé libéraux (notamment les médecins généralistes, les chirurgiens dentistes, les infirmiers libéraux, les masseurs-kinésithérapeutes et les orthophonistes) inférieure à la densité nationale, aggravée par leur inégale répartition, et l'accroissement progressif de leur âge moyen.

Le développement des maisons de santé pluriprofessionnelles participe à la meilleure accessibilité au premier recours, mais ne concerne pas toutes les zones en difficulté.

Quant aux zones déficitaires ouvrant droit à des aides à l'installation ou à la pratique pour les professionnels de santé, de nouvelles modalités de définition sont en cours actuellement.

D'autre part, la permanence des soins ambulatoires, elle aussi impactée par la démographie médicale et son inégale répartition, ne peut répondre à la totalité de la demande de soins non programmés : les secteurs de garde en médecine ambulatoire sont au nombre de 86 (125 en 2003). Ils fonctionnent différemment selon les départements : dans l'Yonne par exemple, les deuxièmes parties de nuit ne sont pas toujours assurées, en raison du faible nombre de médecins participant ; et en Saône-et-Loire, la nuit profonde de minuit à 8 h du matin est exclue des horaires de la permanence des soins ambulatoires.

Sur la région, pendant la période de nuit profonde, 55 % des secteurs n'ont pas accès à un médecin libéral effecteur.

2.7.2 Accessibilité à l'offre de médecins aux tarifs conventionnels de secteur I *

Le secteur 1 est le secteur d'exercice majoritaire des médecins généralistes et spécialistes de Bourgogne.

89,5 % des médecins généralistes et 61,6 % des médecins spécialistes exercent en secteur 1.

Du côté des généralistes, le secteur 1 est majoritaire dans les quatre départements avec des taux allant de 83,2 % dans l'Yonne à 95,1 % dans la Nièvre (90,0 % en Côte-d'Or et 90,9 % en Saône-et-Loire).

Du côté des spécialistes, le constat est moins homogène avec 54,1 % en Côte-d'Or et de 75,9 % dans la Nièvre (65,4 en Saône-et-Loire et 61,1 % dans l'Yonne).

Environ 40 % des médecins spécialistes de Bourgogne exercent en secteur 2 contre 9,5 % des généralistes.

La Côte-d'Or et l'Yonne avec des taux respectifs de 45,4 % et de 37,4 % regroupent la plus forte proportion de spécialistes de secteur 2.

Les professionnels du secteur 1 avec dépassement permanent et non conventionnés restent très minoritaires en Bourgogne : 15 omnipraticiens et un spécialiste.

Pour mémoire, les consultations et actes pratiqués durant les consultations publiques des praticiens des établissements hospitaliers publics sont facturés aux tarifs conventionnels de secteur 1.

2.7.3 Accessibilité aux soins pour les personnes en situation de précarité et d'exclusion, le PRAPS :

La Bourgogne s'est dotée de son second Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) en 2004. Plusieurs actions ont été mises en œuvre : agents de santé, psychologues dans les missions locales, modules santé, actions d'hygiène bucco-dentaire auprès des gens du voyage, déclinaisons particulières du Plan National Nutrition Santé, du Schéma Régional d'Éducation et de Prévention pour la Santé (SREPS), création d'un Pôle d'Accueil en Réseau pour l'Accès aux Droits Sociaux (PARADS) par département et création de 10 PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) dans des établissements hospitaliers.

Le PRSP (Programme Régional de Santé Publique) a intégré la problématique de la cohésion sociale en transversalité dans ses objectifs, sans l'individualiser au sein d'un PRAPS 3.

L'articulation ARS/Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS) est nécessaire pour la promotion de la santé dans le cadre de la politique de la ville.

2.7.4 Télémédecine

La pratique médicale se caractérise par la complexification liée aux progrès technologiques, le morcellement des prises en charge, l'augmentation des pathologies liées à l'âge et par l'évolution de la population médicale, en terme d'effectifs et de répartition.

La télémédecine est définie par l'article 78 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009

« La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.

* Source : Urcam de Bourgogne, état des lieux de l'offre de soins libérale au 1er janvier 2010

Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients. La définition des actes de télémédecine ainsi que leurs conditions de mise en œuvre et de prise en charge financière sont fixées par décret, en tenant compte des déficiences de l'offre de soins dues à l'insularité et l'enclavement géographique. »

La télémédecine regroupe plusieurs pratiques :

- **La téléconsultation** : acte médical réalisé en présence du patient qui dialogue avec le médecin requérant et le médecin télé consultant requis (exemple : téléconsultation en milieu pénitentiaire...).
- **La télé expertise** : acte diagnostique et thérapeutique réalisé en dehors de la présence du patient
Exemple : transfert de clichés de scanner cérébral pour interprétation à distance par un neurologue, en lien avec un urgentiste suspectant un AVC, télé expertise pour les cardiopathies rares de l'enfant...
- **La télé surveillance** : acte médical qui découle de la transmission puis de l'interprétation par un médecin d'un indicateur clinique, radiologique ou biologique recueilli par le patient lui-même ou par un professionnel de santé (exemple : le télé – monitoring fœtal...).
- **La télé assistance** : assistance à distance par un médecin d'un autre médecin réalisant un acte médical ou chirurgical.

« La réponse médicale qui est apportée dans le cadre de la régulation médicale » constitue la dernière forme de télémédecine reconnue dans le décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine qui précise les conditions de son utilisation.

En Bourgogne, l'essentiel des démarches structurées en télémédecine en 2010 s'appuie sur le réseau régional *Clonysanté*.

Il s'agit d'un groupement de commandes pour la « gestion d'un réseau à haut débit et l'achat d'équipements de visioconférence » dont le CHU de Dijon était le coordonateur initial, mais qui a été transféré depuis 2010, dans le champ de compétence du GCS eSanté Bourgogne.



Les principaux outils utilisés dans le cadre de Clonysanté sont les suivants :

- **la visioconférence** : utilisée par les professionnels de santé des établissements et des réseaux bourguignons notamment pour les RCP (Réunions de Concertation Pluridisciplinaires) en cancérologie (réseau OncoBourgogne)
- **le réseau périnatalité** utilise également la visioconférence pour organiser des réunions entre gynécologues et sages-femmes des établissements bourguignons.
- **Le transfert d'Electro-CardioGramme (ECG) et d'EncéphaloGramme (EEG)** est réalisé dans le cadre de la télé expertise, respectivement pour la surveillance en néonatalogie et pour la surveillance neurologique.
- **Le réseau REBON** (REseau BOurgogne urgences Neurologiques) pour la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux, utilise un système permanent (H24) de télé expertise en radiologie, basé sur l'envoi d'images scanographiées associées à des données descriptives du contexte clinique du patient. Ce système est mis en œuvre dans le cadre de protocoles préétablis organisant les modalités par lesquelles les praticiens des centres hospitaliers généraux sollicitent l'avis d'un praticien d'un des services de neurosciences du CHU de Dijon, et les modalités de la réponse proposée par ces derniers.

À ce jour, 11 établissements utilisent ce système : le CH Auxerre, le CH Beaune, le CH Chalon-sur-Saône, le CHU Dijon, le CH Nevers, le CH Mâcon, le CH Montceau-le-Creusot, le CH Paray-le-Monial, le CH Semur-en-Auxois, le CH Sens, le CH Decize.

2.8 La qualité des soins

L'amélioration constante de la qualité des soins est une nécessité pour l'ensemble des structures et des professionnels de santé de ville. La région ne dispose actuellement que d'indicateurs issus des bilans de suivi et de certification institutionnels.

2.8.1 Établissements de santé

2.8.1.1 Bilan des certifications HAS

L'ensemble des établissements sanitaires de la région s'est conformé à la visite de la deuxième procédure de certification (V2 ou V 2007). Les résultats sont positifs puisque 96 % des établissements sont certifiés, néanmoins 71 % d'entre eux l'ont été après une mesure de suivi.

Douze établissements sont encore en attente de leurs résultats.

Les thématiques sur lesquelles la région Bourgogne obtient des résultats satisfaisants concernent l'accueil du patient et de son entourage, la sortie du patient, la prise en charge aux urgences, la sécurité des biens et des personnes, la prise en charge en soins palliatifs et la politique de communication.

Les principales difficultés constatées portent sur :

- Le circuit du médicament, notamment la prescription et l'administration
- La gestion des risques
- Le dossier du patient
- Le projet thérapeutique du patient
- Le management de la qualité.

Les résultats des établissements bourguignons ayant passé la certification version 2010 (dite aussi V3) font apparaître les champs d'amélioration suivants :

- La démarche qualité du circuit du médicament
- La gestion du dossier patient
- L'identification du patient à toutes les étapes de prise en charge
- La politique et l'organisation des Évaluations de Pratiques Professionnelles (EPP)
- La prise en charge de la douleur.

2.8.1.2 Bilan des Indicateurs de Qualité 2010

La participation des établissements n'est pas totalement exhaustive en Bourgogne, 1 à 3 établissements n'ont pas répondu à certains indicateurs en 2010.

Le Dossier du patient :

- **En MCO et SSR**, la Bourgogne se classe en dessous de la moyenne nationale, notamment sur la traçabilité de l'évaluation de la douleur et le dépistage des troubles nutritionnels.
- **En Psychiatrie** : les résultats sont égaux ou supérieurs à la moyenne nationale sur le délai d'envoi du courrier en fin d'hospitalisation.
- **En HAD** : la Bourgogne obtient des résultats médiocres excepté pour le suivi du poids des patients.

La réunion de concertation pluridisciplinaire en Médecine Chirurgie Obstétrique :

- **Niveau 1** : seulement 13 % d'établissements répondent de manière satisfaisante à cet indicateur et 30 % sont en dessous de la moyenne nationale
Niveau 1 : La trace d'une réunion de concertation pluridisciplinaire datée comportant la proposition de prise en charge est retrouvée dans le dossier du patient (RCP1).
- **Niveau 2** : 17 % d'établissements ont un résultat positif contre 43 % inférieurs à la moyenne nationale
Niveau 2 : La trace d'une réunion de concertation pluridisciplinaire datée comportant la proposition de prise en charge et réalisée avec au moins trois professionnels de spécialités différentes est retrouvée dans le dossier du patient (RCP2).

La tenue du dossier d'anesthésie :

Une disparité des résultats est constatée en Bourgogne, puisque 39 % d'établissements sont au-dessus de la moyenne nationale, mais 39 % en dessous.

Concernant la prise en charge hospitalière de l'infarctus du myocarde après la phase aiguë MCO, la Bourgogne se classe dans la moyenne nationale.

2.8.1.3 Bilan de la prévention des infections associées aux soins

Le plan stratégique national 2009-2013 de prévention des Infections Associées aux Soins (IAS) fixe le cadre des actions de prévention tout au long du parcours de soins des patients. Il couvre donc les trois secteurs de soins : établissements de santé, établissements médico-sociaux et soins de ville ; qui font aussi l'objet pour chacun d'entre eux d'un programme national spécifique ayant vocation à définir le contenu de la prévention des IAS.

Au sein des établissements de santé, les actions menées comprennent :

- le recueil des indicateurs du tableau de bord des activités de lutte contre les infections liées aux soins dans chacun des 95 établissements bourguignons
- la constitution d'une base de données régionale de ces indicateurs (fiabilisée par un contrôle des déclarations des établissements et un contrôle annuel sur sites pour 10 % d'entre eux avec la collaboration d'infirmiers de santé publique)
- l'élaboration et la diffusion d'une synthèse régionale annuelle des indicateurs des établissements de santé
- l'établissement et la mise en œuvre en partenariat avec l'ARLIN de formations médicales et paramédicales et d'un dispositif d'aide personnalisée sur site.
- l'incorporation d'objectifs ciblés dans les avenants aux CPOM des établissements selon les résultats obtenus par l'établissement.
- La mutualisation infra-départementale des équipes opérationnelles d'hygiène.

Le tableau de bord annuel des indicateurs de Lutte contre les Infections Nosocomiales (LIN) comporte 4 indicateurs composites :

- **ICALIN** : Indicateur Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales. Il reflète le niveau d'engagement de l'établissement de santé dans la LIN, au travers de l'organisation, des moyens, des activités qu'il met en place. C'est le plus ancien des indicateurs, il existe depuis six ans et a donc connu la plus importante progression puisqu'en 2009, le nombre d'établissements en classes A ou B est de 87 % versus 92 % au niveau national.
- **ICSHA** : Indicateur de Consommation des Solutions Hydro-Alcooliques. Une augmentation d'un facteur 2.5 a été observée en 2009. Ces chiffres restent toutefois inférieurs à ceux obtenus au niveau national.
- **ICATB** : Indicateur Composite de bon usage des AnTiBiotiques. Une nette amélioration a été observée entre 2008 et 2009 avec désormais 1/3 des établissements classés en A, 1/3 en B et 1/3 en C. Il reste toutefois une marge de progression encore importante pour atteindre la moyenne nationale : 80 % des établissements sanitaires sont en classe A ou B.
- **SURVISO** : Indicateur de réalisation d'une SURVeillance des Infections du Site Opératoire. En 2009, deux établissements bourguignons n'organisent pas cette surveillance sur un total de 14 dans la même situation au plan national. Tous les autres établissements concernés, soit 29 ont satisfait à cette obligation.

Par ailleurs, un programme d'inspections sur les conditions de désinfection des endoscopes dans les établissements de santé bourguignons a été initié début 2007.

Il s'agit d'un programme, mené sur trois ans incluant 33 établissements MCO. Il a donné lieu à un rapport de synthèse régional précisant les mesures correctives préconisées aux établissements au regard des nombreux dysfonctionnements constatés, parfois de nature à remettre en cause l'efficacité de la désinfection.

D'autre part, ce rapport insiste sur la nécessité d'une démarche de centralisation de la désinfection qui faciliterait l'investissement du Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) et de l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH), la désignation d'un responsable formé encadrant un personnel dédié à cette activité, ainsi que la réalisation d'audits de pratique à intégrer dans le programme Qualité et Gestion des Risques des établissements.

Sur le plan des moyens spécifiques en matière de lutte contre les infections nosocomiales :

Dans les établissements de santé : un quart d'entre eux n'ont pas d'EOH conforme et 56 % ont une EOH insuffisante. Dans le secteur médico-social, hormis les structures rattachées en gestion à un établissement de santé et qui de ce fait peuvent bénéficier d'un appui technique de l'équipe opérationnelle d'hygiène, les établissements médico-sociaux sont dépourvus de compétences de ce type.

En ambulatoire, deux actions ont été menées auprès du secteur ambulatoire ciblant respectivement :

- **les chirurgiens-dentistes** : des actions coordonnées avec les professionnels (Ordre, syndicats, praticiens hospitaliers) ont été engagées dès 2005 sur la maîtrise du risque infectieux en cabinet dentaire sous la forme notamment d'une aide personnalisée aux chirurgiens-dentistes libéraux volontaires. À cette occasion, des plaquettes d'information ont été élaborées sur les thèmes suivants : accident d'exposition au sang, classification et utilisation des stérilisateur; complétées en 2010 par une plaquette sur les masques et gants utilisés.
- **les ophtalmologistes** : sous l'impulsion des ophtalmologistes du CHU et du syndicat national des ophtalmologistes français, la DRASS a conduit en 2006 une étude du risque infectieux en cabinets d'ophtalmologie.

Celle-ci a permis de souligner que si la perception du risque infectieux par les praticiens libéraux est réelle, les pratiques mises en œuvre pour lutter contre la transmission des infections liées aux soins méritent d'être améliorées tant au niveau de l'hygiène des mains que des procédés de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux utilisés. Un EPU (enseignement post-universitaire) a été organisé sur ce sujet en novembre 2006, une plaquette a été adressée à tous les ophtalmologistes de la région et un article publié dans le Journal Français d'Ophtalmologie (2007, 30, 7, 721-727).

2.8.1.4 Les Contrats de Bon Usage du médicament (CBU)

Les contrats de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux engagent les établissements de santé soumis à la tarification à l'activité à améliorer et à sécuriser les circuits des médicaments et des dispositifs médicaux. Ils sont signés par la direction de l'établissement, le médecin conseil régional de l'assurance maladie et la directrice générale de l'ARS.

En Bourgogne, 40 établissements de santé ont signé un CBU en 2006 pour une durée de quatre ans, dont une structure d'hospitalisation à domicile et une de traitement de l'insuffisance rénale chronique. Les CBU ont été prorogés d'un an en 2010. Ce sont désormais 38 établissements qui sont concernés.

Les CBU déclinent des objectifs assortis d'indicateurs portant sur :

➤ **Le développement de l'informatisation du circuit du médicament depuis la prescription, l'analyse pharmaceutique par la pharmacie, ainsi que le déploiement de modalités de dispensation plus sécurisées ;**

En Bourgogne, en 2006, 14 établissements disposaient d'un logiciel permettant la prescription médicamenteuse informatisée; ils étaient 21 établissements en juin 2009. Le développement de l'informatisation de la prescription médicamenteuse en Bourgogne est comparable à la moyenne française, avec une informatisation complète de la prescription pour 26 % des lits MCO (24 % en France) et pour 29 % des lits tous secteurs compris (27 % en France).

En secteur MCO, la transmission des prescriptions complètes à la Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) pour analyse pharmaceutique a été multipliée par trois depuis le début du contrat : 630 lits MCO en 2006 et 1823 lits MCO en juin 2009. Une forte marge de progression existe, car le nombre de lits MCO de Bourgogne était de 7115 à fin 2009. Cet indicateur est cependant superposable à la moyenne nationale.

La dispensation à délivrance nominative reste néanmoins une activité peu développée en secteur MCO (6 % de lits pour une prévision régionale initiale de 28 %).

➤ **La centralisation de la préparation des chimiothérapies injectables dans une unité de reconstitution sous responsabilité du pharmacien ;**

En Bourgogne, 25 établissements sont recensés, depuis 2006, pour l'administration des chimiothérapies anticancéreuses.

Six de ces établissements avaient une Unité de Reconstitution des Cytotoxiques (URC) informatisée en 2006, et 10 en 2009.

Le taux de préparation des chimiothérapies en URC était de 82 % en Bourgogne en 2006, il atteint 96 % en 2009 (90 % en France)

➤ **Le développement des systèmes d'assurance de qualité du circuit des produits de santé, reposant sur le respect de règles de traçabilité, de réalisation d'audits, d'activité de la commission des produits de santé ;**

Le taux de traçabilité des Dispositifs Médicaux Implantables (DMI) est de 97 % en Bourgogne. D'autre part, en 2009, au moins 35 établissements sur les 38 avec contrat font au moins un audit annuel d'un circuit des produits de santé. Enfin, plus des trois quart des établissements signataires d'un CBU réalisent des réunions de COMEDIMS conformes aux recommandations, actualisent périodiquement leur livret du médicament et émettent des avis de bon usage : ils ne sont par contre que 16 à évaluer les avis de bon usage.

➤ **Le développement des pratiques pluridisciplinaires, en particulier dans le champ de la cancérologie ;**

Tous les établissements de Bourgogne adhèrent au réseau régional de cancérologie, OncoBourgogne, à l'exception d'un établissement adhérent à un réseau d'Auvergne.

La pratique des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire est passée de 82 % en 2006 à 94 % en juin 2009. Cependant ces chiffres seraient à comparer à la mesure de l'indicateur national selon la HAS et l'INCa qui doit se faire sur la base d'une enquête de dossiers.

Le recours aux centres de référence ou de compétences est respecté par tous les établissements en Bourgogne, pour la prise en charge de patients atteints d'une maladie orpheline.



↳ **Le respect des référentiels thérapeutiques des agences nationales, en particulier sur les produits facturés en sus des Groupes Homogènes de Séjours (GHS).**

Les évolutions des dépenses des produits de santé hors GHS 2009 /2008 puis 2010/2009 ont été respectivement de + 0.9 % et de + 3.8 % en Bourgogne, très inférieures aux évolutions nationales.

Les établissements de santé s'engagent à utiliser ces produits de santé conformément aux référentiels nationaux. Les données des établissements dans ce domaine sont déclaratives.

Le suivi des CBU sur la période 2006 – 2009 montre sur l'ensemble des indicateurs régionaux des résultats comparables à la moyenne nationale, ils sont cependant inférieurs aux attentes des négociations régionales initiales.

Arrivé en fin de période, le nouveau CBU qui sera déployé en 2011, intègre les changements règlementaires récents de la Loi HPST (politique des produits de santé dans les établissements, gestion des évènements indésirables), de la certification HAS V2010 et de l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse.

2.8.1.5 Bilan de l'hémovigilance :

La Bourgogne a vu s'accroître la consommation des Produits Sanguins Labiles (PSL) au cours de l'année 2010 dans ses établissements de santé, comme dans les autres régions françaises. Tous produits confondus, la Bourgogne a eu besoin de 83 461 unités de PSL, soit + 5.56 % par rapport à 2009. Les PSL peuvent se diviser de façon schématique en 3 catégories : Concentrés de Globules Rouges ou CGR (utilisés dans la correction des anémies), plaquettes sanguines (utilisées pour les thrombopénies observées souvent dans le cadre des chimiothérapies) et le plasma (pour corriger les troubles hémorragiques).

La consommation de CGR s'est accrue de +3.72 % (+2430 CGR). L'augmentation de la consommation est constante depuis 3 ans et se confirme en 2011 avec une augmentation encore plus importante sur les 5 premiers mois.

L'augmentation de la consommation de plaquettes sanguines est encore plus importante : +19.1 % (7746 unités au total, consommées majoritairement en Côte-d'Or).

La consommation du plasma est elle aussi en accroissement avec + 10 % (8029 unités au total).

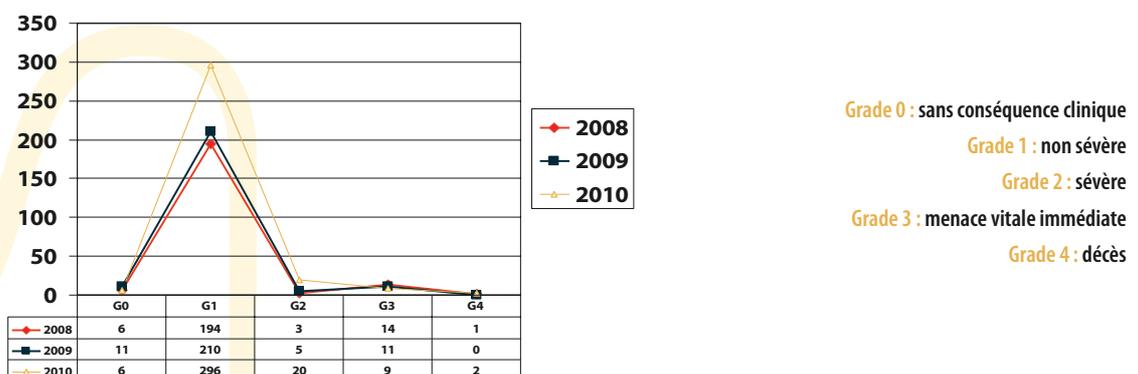
L'activité d'hémovigilance comporte le suivi de la déclaration des :

↳ **Effets Indésirables Receveurs (EIR) :**

Il s'agit de toute manifestation clinique et (ou) biologique, apparemment anormale, observée au cours ou au décours d'une transfusion. Ces EIR sont de gravité différente et classés selon 4 grades. Du grade 1 (manifestation modérée, sans conséquence ultérieure) au grade 4 (décès du patient). À cette notion de grade est associée une notion d'imputabilité qui correspond à la probabilité que l'EIR observé soit bien en rapport avec le produit sanguin transfusé. Elle varie de 0 (exclue) à 3 (certaine). Les déclarations sont obligatoires (obligation règlementaire sur décision de l'AFSSAPS) mais il continue à exister une non exhaustivité des déclarations transmises due soit à des réticences (peur de sanctions, peur d'être mal jugé...) ou des banalisations des signes observés et jugés insignifiants alors qu'ils peuvent entraîner dès ce stade des précautions transfusionnelles pour éviter une récurrence, souvent plus grave, lors de nouvelles transfusions.

La région Bourgogne se caractérise par un accroissement régulier du nombre de déclarations.

Tableau 22 : évolution de la déclaration des effets indésirables receveurs 2008-2010



Il existe une 5^e catégorie dans les grades. Il s'agit du grade 0 qui correspond à la transfusion d'un produit inapproprié à un patient mais sans conséquences cliniques pour ce patient.

Les chiffres très bas de l'année 2006 correspondent à l'absence de médecin CRH dans la région Bourgogne depuis 20 mois. Avec la reprise de l'activité début 2007, un effort important de sensibilisation et de formation a été développé par la cellule CRH et a permis la reprise des déclarations. En 2010, le taux est de 3.99/1000 transfusions. La moyenne nationale est de 2.54 la même année mais le taux observé en Franche-Comté est supérieur à 5/1000. Il est important de souligner qu'un taux élevé de déclaration n'a aucun caractère péjoratif mais traduit au contraire une surveillance efficace des patients pendant la transfusion et après. Parmi les EIR, le développement d'anticorps post transfusionnel est notable (141). Le chiffre était inférieur à 10 en 2006, car le suivi post transfusionnel des patients n'était pas fait correctement (recherche d'anticorps dans les 6 semaines à 3 mois après transfusion). Suivent les réactions fébriles non hémolytiques (43) et les allergies (38) (nombre de déclarations en augmentation régulière chaque année des incidents graves de grade 3, mise en danger immédiate de la vie du patient, 3 en 2010).

Les produits associés le plus fréquemment à un EIR sont tout d'abord les plaquettes (20.1 EIR pour 1000 transfusions de plaquettes de type MCP). Le taux n'est que de 3.1 pour 1000 transfusions de concentrés de globules rouges.

Deux nouveaux indicateurs font l'objet d'un suivi rendu obligatoire sur décision de l'AFSSAPS.

↳ Effets Indésirables Graves Donneurs (EIGD)

Ce sont les manifestations cliniques anormales graves (intervention d'un médecin extérieur, hospitalisation...) survenues au cours du don ou dans les suites rapprochées.

Les déclarations sont faites essentiellement par l'EFS :

75 déclarations ont été reçues pour l'année 2010. Il est important de séparer les données :

- associées au prélèvement de sang total avec 47 EIGD pour 73 610 prélèvements, soit un EIGD pour 1566 prélèvements
- associées aux aphérèses (plaquettes et plasma) avec 28 EIGD soit un EIGD pour 851 prélèvements

Ces données doivent maintenant faire l'objet d'une analyse pour proposer des améliorations des pratiques

↳ Les Incidents Graves de la Chaîne Transfusionnelle (IG ou IGCT)

Ce sont les incidents observés avant la pose du PSL et qui concernent toutes les étapes de collecte, de contrôle, de préparation de délivrance des PSL. Cela concerne aussi les examens pré transfusionnels, les contrôles avant transfusion, la préparation du patient. Le plus souvent, ces anomalies sont observées rapidement et le PSL ne sera pas transfusé au patient mais dans d'autres circonstances cela aurait pu conduire à un EIR grave.

Les déclarations ont commencé lentement, toujours à cause des réticences ou des négligences mais elles sont essentielles pour pouvoir adapter les procédures et créer des conditions de sécurisation de l'acte transfusionnel pris dans sa globalité.

En 2010 l'ARS a reçu 19 déclarations d'IGCT dont 6 au niveau de la délivrance (EFS ou dépôt de PSL d'un ES) et 13 dans les établissements transfuseurs.

2.8.2 Établissements médico-sociaux

L'enquête nationale « Bientraitance dans les EHPAD » réalisée au titre de l'année 2010 est en cours d'exploitation par l'ANESM. Les premières tendances observées pour la Bourgogne, à partir d'un taux de participation exploitable de 88 %, donnent les indications suivantes :

- l'évaluation initiale du résident est pratiquée par 64 % des EHPAD pour l'ensemble des résidents.
- L'élaboration d'un projet de vie personnalisé par l'équipe pluridisciplinaire, tant avec la personne accueillie qu'avec son entourage, n'est pas encore une pratique répandue.
- Des protocoles de prise en charge physique des personnes des faits de maltraitance existent dans 71 % des EHPAD.



- Le recours à la contention physique des personnes fait l'objet de procédures de bonnes pratiques dans 87 % des structures.
- La formation des personnels à l'accompagnement des personnes âgées dépendantes se développe, mais pour près d'un quart des EHPAD le personnel formé est inférieur à 30 %.
- Une pratique d'écoute et de partage interprofessionnels s'est installée dans une majorité d'établissements, entrant ainsi dans le cadre des procédures qualité.

En 2007, les établissements médico-sociaux se sont engagés dans une démarche d'évaluation interne intégrant de façon prioritaire l'examen des risques de maltraitance. Une actualisation de ce bilan a été effectuée en 2009 pour le secteur handicap, dans la Nièvre. Les risques identifiés sont liés aux conditions de prises en charge (dignité, intimité, soins...), aux conditions d'installation (adéquation des locaux, surveillance des accès...), à l'activité quotidienne et aux conditions d'organisation. Chacun de ces risques est repéré dans environ 1/5 des structures.

Par ailleurs, l'analyse du parcours de vie des personnes âgées indique la difficulté à prendre en charge les troubles du comportement en USLD ou EHPAD, et l'insuffisance d'informations consolidées et partagées sur l'état de santé de la personne entre les intervenants.

Pour les personnes en situation de handicap, l'analyse a mis en évidence la problématique de la ré-hospitalisation d'un résident d'un ESMS (insuffisance fréquente d'informations médicales) et celle de la continuité de la prise en charge des personnes en situation de handicap vieillissantes.

Enfin, la désignation d'une personne de confiance par les résidents en EMS reste rare malgré la loi.

2.8.3 Les Commissions des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQ ou CRUQPC)

Conformément à la réglementation, les ARS sont chargées d'élaborer une synthèse des rapports annuels des « Commissions des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge » mises en place dans les établissements sanitaires.

Les principaux constats de la synthèse effectuée par l'ARS Bourgogne et portant sur l'année 2009 sont résumés comme suit :

Sur les 95 établissements sanitaires que compte la région, 71 ont fait parvenir le rapport de leur CRUQ, soit un taux de retour de 74,7 % en baisse par rapport à l'année précédente (75,5 %).

Cette légère baisse peut s'expliquer par un contexte de modification de la gouvernance des établissements publics, avec notamment la mise en place des conseils de surveillance.

Le bilan est globalement positif

- 88 % des CRUQ se réunissent au moins une fois par trimestre ;
- leur composition est dans l'ensemble conforme aux préconisations : 86 % de taux de conformité quant au nombre de représentants d'usagers dans l'instance et 75 % pour le nombre de médiateurs ;
- le rapport élaboré par ces instances respecte la trame de rédaction et les préconisations nationales ;
- le taux de conformité quant au délai d'envoi des dossiers médicaux est satisfaisant (81 %) ;
- la communication aux usagers sur la CRUQ est effective, avec des vecteurs d'information nombreux et variés ;
- l'analyse des questionnaires de sortie : 70 % des établissements les prennent en compte pour l'amélioration de leur prise en charge et le respect des droits.

Certaines données des rapports demeurent à améliorer, notamment les recours en Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux (CRCI) et les motifs de demande de dossiers médicaux.

Il ressort également de cette synthèse que la formation des professionnels sur le droit des usagers est à renforcer : seulement 25 % des répondants déclarent qu'au moins un membre de leur personnel en a bénéficié.

2.9 Effort financier consacré aux prises en charge en région Bourgogne : montants, répartition et évolution (champs ambulatoire et établissements, approche en prévention)

* Sources : URCAM de Bourgogne, Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation, Mutualité Sociale Agricole et Régime Social des Indépendants.

Chaque année, le Parlement fixe l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM). Pour 2009, celui-ci était de 3,3 %, pour 2010, de 3,0 % et il est de 2,9 % en 2011.

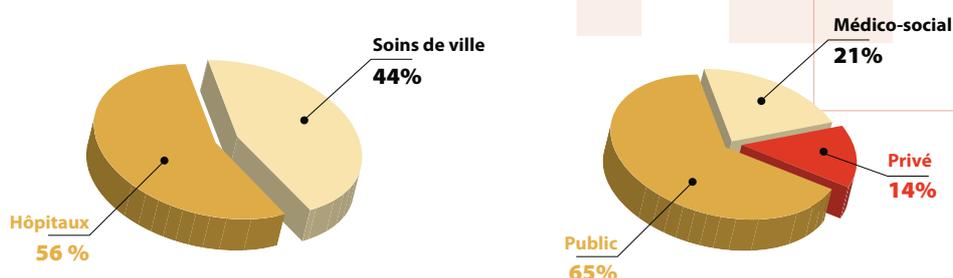
Sur le champ de l'ONDAM Bourgogne, 44 % des dépenses sont liées aux soins de ville et 56 % aux établissements de santé.

73 % des dépenses de soins de ville correspondent à des prescriptions (médicaments pour moitié, transports, indemnités journalières, auxiliaires médicaux...) et 27 % à des honoraires.

Pour les établissements de santé, 65 % de la dépense correspond aux établissements ex dotation globale et à but non lucratif, 14 % aux établissements ex Objectif Quantifié National, et 21 % aux établissements médico-sociaux.

Les établissements de courts séjours génèrent l'essentiel de leurs recettes par leur activité : 65 % pour les établissements ex dotation globale et 79 % pour les établissements ex Objectif Quantifié National.

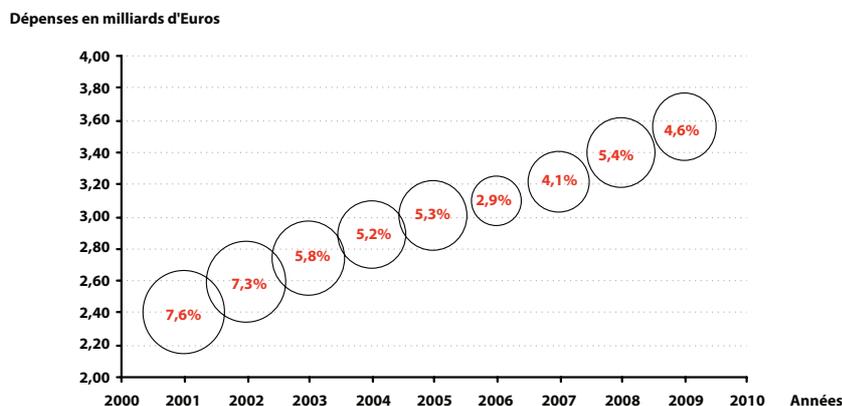
Graphique 7 : Répartition des grandes enveloppes du champ ONDAM 2009



Le régime général de l'Assurance Maladie en Bourgogne, en 2009, a consacré 3,551 milliards d'euros à la dépense de santé, dont 3,3 milliards sur le champ de l'ONDAM, soit une progression de 4,6 % par rapport à l'année 2008.

L'évolution globale des dépenses en Bourgogne, depuis 2007 oscille entre + 4 et + 5,5 %

Graphique 8 : évolution des montants de dépenses de santé en Bourgogne depuis 2001



Pour 2009, sur le champ ONDAM : 1,447 milliards d'euros sont liés aux soins de ville (44 %) et 1,827 milliards aux établissements de santé (56 %).

La progression des dépenses de soins de ville est contenue depuis 2007.

En 2009, elle a été de +1,8 % par rapport à 2008. Les postes de dépenses les plus évolutifs sont les forfaits pour scanner et Imagerie en Résonance Magnétique (IRM) (+ 12,9 %), les soins infirmiers (+ 8,2 %) et les frais de transports des malades (+ 6,1 %). Ces chiffres sont pour la France de 12,9 %, 6,1 % et 6,5 %.

Pour les établissements sanitaires du secteur public, l'évolution 2009 /2008 des versements du régime général est de + 7,8 % et atteint près de 1,2 milliards d'euros (+ 4,3 % en France).

Pour les établissements sanitaires privés, l'évolution 2009 /2008 des versements du régime général est de + 3,6 % (+3,2 en France) et atteint près de 250 millions d'euros.

L'évolution pour les établissements médico-sociaux est de + 8,5 % et le versement du régime général est de l'ordre de 380 millions d'euros en 2009 ; cependant cette évolution et les montants correspondants diffèrent selon les secteurs : enfance inadaptée : - 3,3 % et 125 millions d'euros ; adultes handicapés + 14,2 % et 51 millions d'euros ; personnes âgées : + 15,7 % et 205 millions d'euros.

L'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) a de son côté relevé pour la Bourgogne, sur l'ensemble de l'activité hospitalière de médecine, chirurgie, obstétrique hors HAD et hors suppléments journaliers tous régimes confondus, une évolution de la dépense correspondant aux séjours de +3,5 % dans le secteur ex dotation globale et de - 2,7 % dans le secteur ex Objectif quantifié national.

En France, cette évolution a été de + 4,0 % et + 2,7 %. Il convient de préciser qu'une partie de ces évolutions est à rapporter à un changement de version de la classification des séjours MCO (version 11) avec notamment une déformation de la structure d'activité dans la répartition des séjours par niveaux de sévérité.

➤ La Mutualité Sociale Agricole (MSA) de Bourgogne a remboursé en 2009, dans le cadre de l'ONDAM, 395 millions d'euros à environ 132 300 personnes relevant de son régime de protection sociale. La croissance par rapport à 2008 est de 2,4 % (1,7 % en France).

La répartition est la suivante : 39 % de la dépense correspond aux soins ambulatoires (honoraires 9,0 % et prescriptions 30 %) ; 61 % de la dépense correspond aux prestations aux établissements : 41 % établissements ex dotation globale, 7 % cliniques privées et 13 % établissements médico-sociaux.

La dépense de la MSA pour l'ensemble des soins hors financement des établissements ex dotation globale, est stable depuis plusieurs années (+ 1 % en 2007, + 0,2 % en 2008, +0,1 % en 2009).

Les postes de dépenses les plus évolutifs (hors établissements ex dotation globale) sont les actes techniques médicaux (+ 7,9 %), les remboursements de frais de déplacements des médecins (+13,8 %) et des auxiliaires médicaux (+ 5,6 % et + 6,5 % pour les infirmiers), les indemnités journalières (+ 6,9 %) et dans une moindre mesure les transports des patients (+ 4,2 %) et les remboursements pour les auxiliaires médicaux (+3,2 % dont 4,4 % pour les infirmiers).

Le nombre de visites à domicile étant en diminution, la MSA attribue l'augmentation des coûts des déplacements des médecins à un éloignement croissant, conséquence en partie de la baisse de la démographie médicale et peut-être de la mise en place de la permanence des soins.

La dépense en établissements hospitaliers privés est marquée, pour ce régime, par une forte augmentation des dépenses de soins en établissements de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation (+ 23,4 %). Pour ces dernières, l'augmentation des durées de séjour explique aux deux tiers l'augmentation de la dépense.

Une des particularités du régime agricole est de protéger deux populations distinctes qui évoluent différemment et présentent des caractéristiques de consommation des soins différentes : les salariés agricoles, relativement jeunes et stables en nombre, dont les dépenses de soins de ville croissent de 2,1 %, ce qui est assez proche des évolutions constatées dans le régime général ; et les non salariés agricoles essentiellement des exploitants agricoles dont les dépenses décroissent de 1 % en raison d'une baisse de la population protégée de 3,4 %, en partie compensée par le vieillissement.

Les disparités départementales constituent une autre caractéristique de ce régime : le département de la Côte-d'Or est le seul à enregistrer une augmentation de la population protégée (+ 2,4 % en 2009) et une

croissance positive de la dépense de soins de ville n (+ 4,5 % en 2009). Tous les autres départements présentent des évolutions négatives (Nièvre : - 3,6 % en population protégée et - 0,5 % en dépenses de soins de ville ; Saône-et-Loire : - 2,2 % et - 0,3 % ; Yonne : -4,2 % et - 3,7 %).

✎ Le Régime Social des Indépendants de Bourgogne, dispose des montants remboursés en soins de ville pour 2009 et relève un total approchant 6 740 000 euros.

✎ Dans le domaine de la prévention, le Groupement Régional de Santé Publique (GRSP) créé par la loi de Santé publique du 09 août 2004 a permis aux partenaires de la prévention de la région de mettre en œuvre de façon coordonnée le Plan Régional de Santé Publique. Dans ce cadre, 5 500 000 à 6 millions d'euros ont été consacrés chaque année à des actions de prévention : 5 838 000 euros en 2007, 5 576 000 euros en 2008 et 5 750 000 euros en 2009.

Les postes principaux sont la prévention du développement des maladies infectieuses (plus d'un tiers du total) et l'amélioration du dépistage des cancers (un cinquième). Les actions sur les comportements à risque, les conduites addictives, les actions sur les comportements alimentaires et les modes de vie, celles visant la diminution de la consommation de tabac ainsi que l'amélioration de la prévention, de la détection et de la prise en charge de la souffrance psychique sont des thèmes auxquels sont consacrés actuellement, pour chacun, de l'ordre de 5 % du montant des crédits du GRSP.

En 2010, l'État abonde le financement de ces actions pour 79 % et l'Assurance maladie pour 21 %.

3 Une problématique transversale : les inégalités territoriales

3.1 La situation de la Bourgogne par rapport à la France

Dans un contexte d'amélioration générale de la santé en France, on note une dégradation relative de la situation de la région. Des disparités infrarégionales se sont accrues au cours des dernières décennies selon un gradient est/ouest.

Les facteurs sociaux ont un impact important sur l'état de santé. Les relations entre caractéristiques sociales, accès à l'offre de soins et état de santé sont plus complexes.

Une analyse statistique des disparités cantonales de santé réalisée dans le cadre de la Fédération nationale des ORS en 2005¹⁸ a été renouvelée en 2010 à partir de 50 indicateurs sociodémographiques, d'offre de soins, et de mortalité : les données ont été actualisées et les cantons ultramarins inclus dans l'analyse statistique. L'objectif de ces analyses statistiques est de faire ressortir des groupes de territoires (au-delà des frontières administratives régionales et départementales) au sein desquels les cantons ont le plus de caractéristiques en commun (ou proches les unes des autres) et dans le même temps se distinguent le plus des autres groupes (au travers des indicateurs pris en compte).

Il ressort de l'analyse 2010 que la situation d'un grand nombre de cantons bourguignons s'est relativement détériorée par rapport à la moyenne nationale et que les différences à l'intérieur de la région se sont accrues en une dizaine d'années.

La classe de cantons la plus fréquente en Bourgogne (61 % des cantons, qui regroupent 34 % de la population régionale) est constituée de « zones rurales avec des proportions d'ouvriers et d'agriculteurs exploitants élevées, de faibles densités de professionnels de santé, en surmortalité générale, prématurée et accidentelle au sens large » (en orange sur la carte 21).

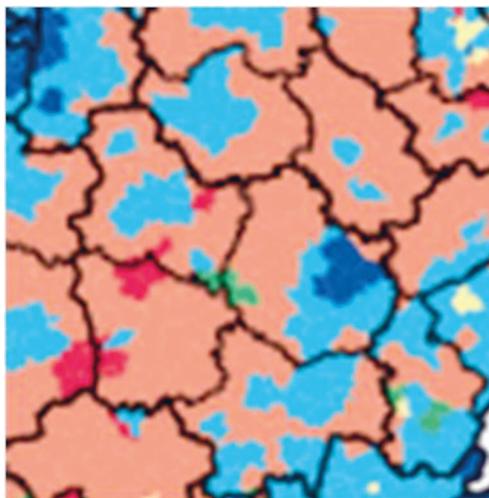
Vient ensuite une classe de cantons relativement peuplés (29 % des cantons et 41 % de la population) constituée de « zones périurbaines, en situation moyenne par rapport au niveau national, tant pour la situation sociale (un peu meilleure) que pour la mortalité (sous-mortalité pour quelques causes), relativement peu dotées en services de soins libéraux » (en bleu ciel).

Une classe de cantons (3 % des « cantons » et 18 % de la population), principalement des pôles urbains et leurs périphéries, est ainsi caractérisée « zones urbanisées, socialement favorisées, à proximité des services hospitaliers, en sous-mortalité » (en bleu roi).

¹⁸ Trugeon A ; Fontaine D. ; Lémery B. Inégalités socio-sanitaires en France, de la région au canton. Coll. Abrégés. 1re édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2006, 176 p.

Enfin 5 % des cantons de la région (6 % de la population) figurent parmi les « zones industrielles avec une proportion importante d'ouvriers, des situations de précarité fréquentes, en surmortalité générale et prématurée » (en rouge) et 2 % des cantons (et 1 % de la population) se retrouvent dans le groupe des « zones rurales avec de fortes proportions d'agriculteurs exploitants et de personnes âgées, connaissant une certaine précarité, éloignées de services de soins, en sous-mortalités générale et prématurée, hormis pour les causes accidentelles » (en vert).

Carte 21 : Typologie socio-sanitaire des cantons en France (2010). Zoom sur la Bourgogne



Source : Fnors, Inégalités socio-sanitaires en France. De la région au canton

La Bourgogne conserve, relativement à l'ensemble des cantons français (et à la précédente analyse nationale), une majorité de cantons en situations socio-sanitaires difficiles : situations sociales défavorisées, éloignement de l'offre de proximité ou/et des services hospitaliers de courte durée, surmortalité générale, prématurée et traumatique.

3.2 Une approche des disparités socio-sanitaires à l'intérieur de la Bourgogne

Les cinq profils socio-sanitaires des cantons et villes de Bourgogne

Une analyse du même type a été menée, en la centrant sur la région : les groupes de cantons se caractérisent relativement à la moyenne régionale à partir de 52 indicateurs sociaux et sanitaires dont 17 sont les variables principales pour caractériser les 177 cantons bourguignons.

Ce traitement statistique d'indicateurs inclut en plus des indicateurs pris en compte dans l'analyse nationale précédemment citée, d'autres ayant trait à la morbidité (taux d'admissions en ALD, d'hospitalisation en soins de courte durée, de bénéficiaires de l'APA à domicile) et au recours aux soins (consommation d'actes de soins libéraux).

Les variables principales sont les suivantes : part des 75 ans et plus, part des ouvriers/employés, taux de chômage, part des bénéficiaires de minima sociaux, taux de bénéficiaires de la CMU-C, part des familles monoparentales, taux standardisés de mortalité prématurée, de mortalité par cancers, maladies cardio-vasculaires, traumatismes et empoisonnements et liée à l'alcool, densités de médecins généralistes, chirurgiens dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes libéraux, temps d'accès aux urgences et aux maternités.

Pour approcher la réalité des inégalités de santé, 52 indicateurs ont été choisis et combinés pour aboutir à une classification des 177 cantons bourguignons.

Ces indicateurs peuvent être regroupés en 5 thèmes portant sur :

- la population : densité globale, part des moins de 20 ans, part de la population active, des 75 ans et plus...
- les conditions de vie : structure de la population active (part des diplômés, cadres, ouvriers, chômeurs...) minimas sociaux, personnes vivant seules...

- les indicateurs de santé : mortalité prématurée et causes (cancers, maladies cardiovasculaires, suicides, alcool...), taux d'hospitalisation, taux d'ALD, APA...
- les dispositifs de prises en charge sanitaire et médico-sociale : densité de professionnels de santé, temps d'accès aux soins ambulatoires et aux établissements...
- le recours aux soins : taux de recours aux professionnels de santé.

Il convient de noter que ces indicateurs ne prennent pas en compte les données spécifiques sur le handicap physique et mental hors vieillissement, car les données sont encore rares et incomplètes.

👉 5 classes de cantons ont ainsi été définies :

- **Classe 1** : cantons ruraux peu peuplés, avec une population âgée, socialement peu favorisée, éloignée des équipements de santé, avec des taux de mortalité générale et prématurée supérieurs à la moyenne.
- **Classe 2** : cantons ruraux avec une population relativement âgée, éloignée des équipements de santé, avec des taux de mortalité de causes traumatiques plus élevés.
- **Classe 3** : cantons très peuplés, avec de fortes proportions de situations de précarité, un mode de vie isolé fréquent, une offre de soins libéraux élevée, proches des services de soins hospitaliers, avec une mortalité prématurée supérieure à la moyenne.
- **Classe 4** : cantons relativement favorisés, avec des densités de professionnels de santé réduites mais assez proches des services de soins, présentant une sous-mortalité générale et prématurée.
- **Classe 5** : cantons socialement les plus favorisés, avec une population jeune, un recours et une offre de soins libéraux de proximité importants, à proximité des équipements de santé, présentant une sous-mortalité générale et prématurée.

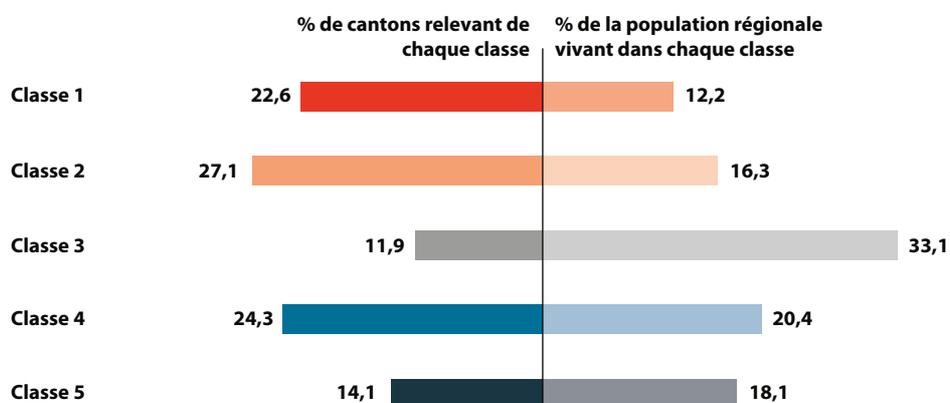
Le nombre de cantons et d'habitants concernés sont détaillés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 23 : Répartition des cantons et de la population de la Bourgogne selon la classe

	Nombre de cantons	Population (RP06)
Classe 1	40	198 506
Classe 2	48	265 651
Classe 3	21	538 709
Classe 4	43	331 528
Classe 5	25	294 442

Source : ORS Bourgogne, 2010

Graphique 9 : Poids de chaque classe dans la région



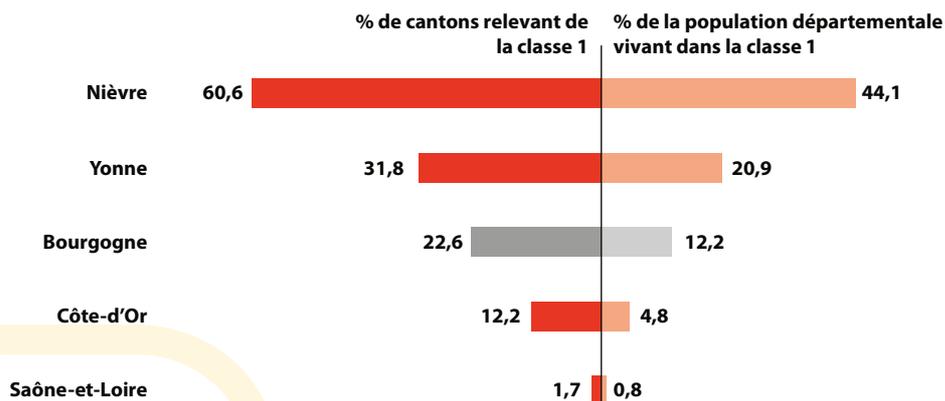
Source : ORS Bourgogne, 2010

3.2.1 La classe 1 : cantons ruraux peu peuplés, avec une population âgée, socialement peu favorisée, éloignée des équipements de santé, avec des taux de mortalité générale et prématurée supérieurs à la moyenne.

Elle concerne 40 cantons (soit 22.6 % des 177 cantons) et 198 504 habitants (soit 12.2 % de la population bourguignonne).

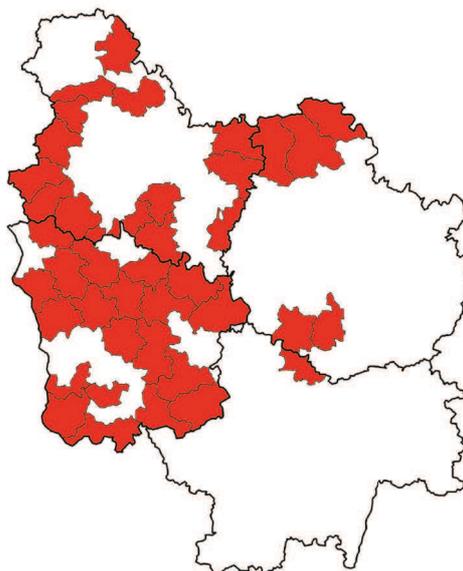
Peu peuplés, les cantons de cette classe sont en zone rurale surtout dans la Nièvre, l'Yonne et le nord Côte-d'Or. Près d'un Icaunais sur 5 et plus de 2 Nivernais sur 5 vivent dans un canton de cette classe qui est quasi inexistante en Saône-et-Loire, comme le montre le graphique ci-dessous.

Graphique 10 : Poids de la classe 1 dans chaque département



Source : ORS Bourgogne, 2010

Carte 22 : Répartition des cantons de la classe 1



Source : ORS Bourgogne, 2010

La surmortalité y est marquée, aussi bien prématurée que générale. Pour toutes les causes de décès, les taux sont les plus élevés de toutes les classes, à l'exception de la mortalité par traumatismes et empoisonnements. Le taux d'affections de longue durée (ALD) est le plus élevé.

Le vieillissement y est très marqué (14 % de 75 ans et plus) et le taux de natalité ainsi que la part des moins de 20 ans les plus faibles de toutes les classes.

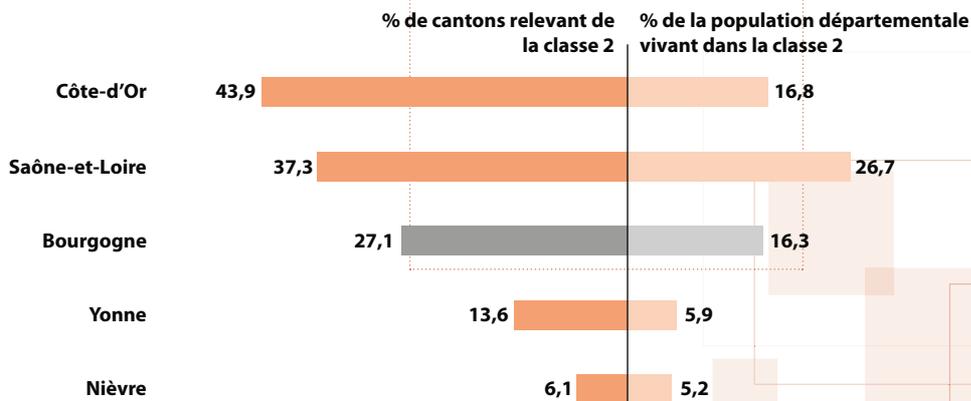
Au plan économique, le taux d'activité est inférieur à la moyenne et le chômage légèrement supérieur. La part des foyers fiscaux non imposés est la plus importante de toutes les classes et les bénéficiaires de minima sociaux nombreux.

On note aussi l'éloignement des principaux centres hospitaliers (notamment des maternités) un temps d'accès élevé aux médecins généralistes, un faible recours aux spécialistes (pédiatres et autres) et une faible densité d'infirmiers libéraux.

3.2.2 La classe 2 : cantons ruraux avec une population relativement âgée, éloignée des équipements de santé, avec des taux de mortalité de causes traumatiques plus élevés.

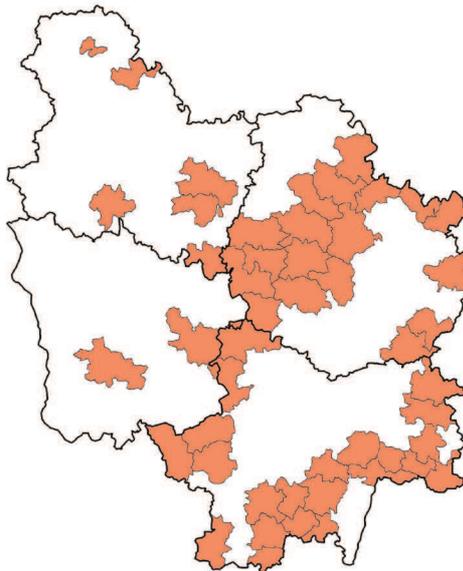
Elle concerne 16 % de la population et 48 cantons, assez peu peuplés, surtout ruraux et situés en Côte-d'Or et en Saône-et-Loire.

Graphique 11 : Poids de la classe 2 dans chaque département



Source : ORS Bourgogne, 2010

Carte 23 : Répartition des cantons de la classe 2



Source : ORS Bourgogne, 2010

Plus d'un quart de la population de Saône-et-Loire vit dans un canton de cette classe.

La surmortalité par traumatismes et empoisonnements y est la plus élevée (suicides et accidents de la route notamment). Le taux d'hospitalisation et le taux d'ALD sont les plus réduits.

/// Une problématique transversable : les inégalités territoriales ●●●●

Les cantons de cette classe ont une part importante de personnes âgées (12 % de 75 ans et plus). La part des familles monoparentales y est faible.

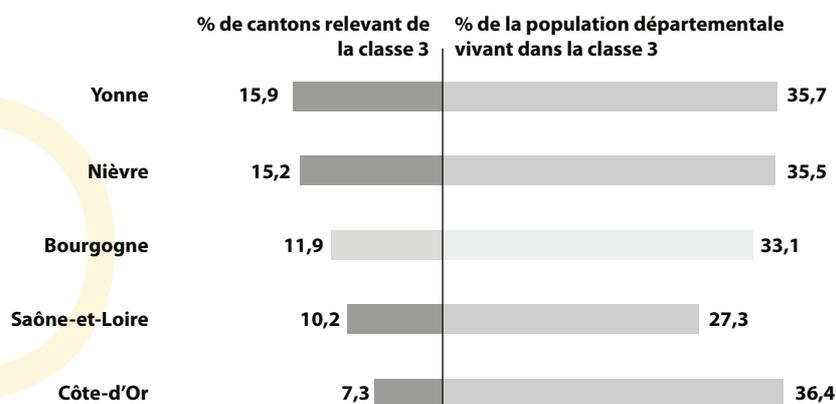
Au plan économique, si la part des foyers fiscaux non imposés est au-dessus de la moyenne régionale, la part des bénéficiaires des minima sociaux est en dessous, comme le taux de chômage.

L'accès aux services hospitaliers (urgences, maternités, court séjour) et aux pharmacies est moins aisé. Malgré l'éloignement, le taux de recours aux médecins généralistes est dans la moyenne régionale. Le recours aux spécialistes (pédiatres, gynécologues) est plus faible. La densité d'infirmiers est plus élevée, avec un taux de recours important.

3.2.3 La classe 3 : cantons très peuplés, avec de fortes proportions de situations de précarité, un mode de vie isolé fréquent, une offre de soins libéraux élevée, proches des services de soins hospitaliers, avec une mortalité prématurée supérieure à la moyenne.

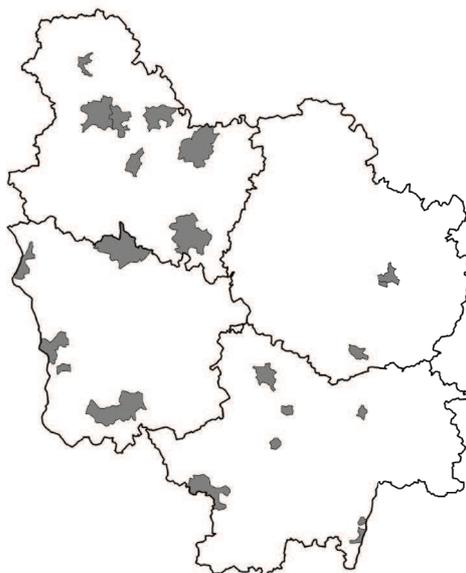
C'est la plus représentée en Bourgogne, car elle regroupe 33 % de la population dans 21 cantons qui correspondent aux villes les plus importantes et à certains pôles d'emploi de l'espace rural. Tous les départements sont concernés.

Graphique 12 : Poids de la classe 3 dans chaque département



Source : ORS Bourgogne, 2010

Carte 24 : Répartition des cantons de la classe 3



Source : ORS Bourgogne, 2010

Dans cette classe, la précarité est relativement présente avec des parts élevées de bénéficiaires de minima sociaux (plus de 9 %), de bénéficiaires de la CMU-C (8 %), de 20-29 ans non diplômés (19 %) et d'ouvriers/employés (62 %). Le taux de chômage atteint 14 %. Le mode de vie isolé est fréquent : les proportions de familles monoparentales (environ un quart des familles) et de personnes âgées vivant seules (41 %) sont les plus élevées de toutes les classes.

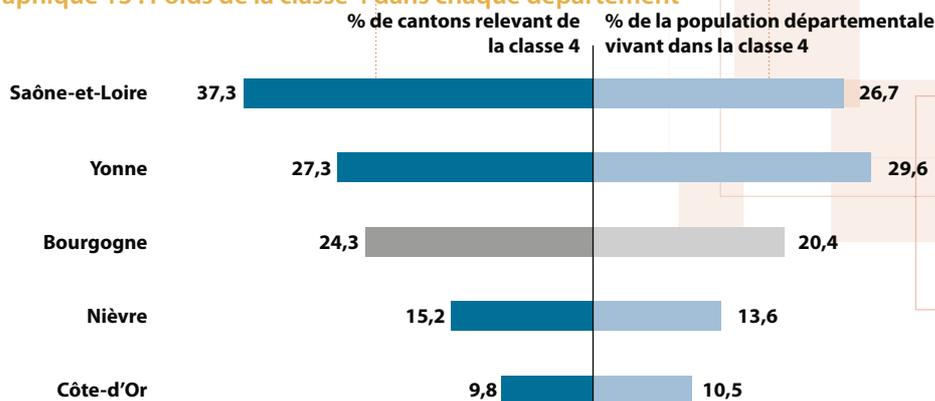
La mortalité prématurée et celle liée à l'alcool sont supérieures à la moyenne régionale. En revanche, on observe une sous-mortalité par maladies cardio-vasculaires. Les taux d'hospitalisation pour l'ensemble des motifs sont les plus importants de toutes les classes.

Ces cantons se caractérisent aussi par une offre de soins importante : les densités des professionnels de santé libéraux sont supérieures à la moyenne régionale. Les temps d'accès aux services hospitaliers étudiés sont faibles. Le taux de recours aux pédiatres est le plus élevé de toutes les classes, en lien avec un taux de natalité élevé (près de 12 ‰).

3.2.4 La classe 4 : cantons relativement favorisés, avec des densités de professionnels de santé réduites mais assez proches des services de soins, présentant une sous-mortalité générale et prématurée.

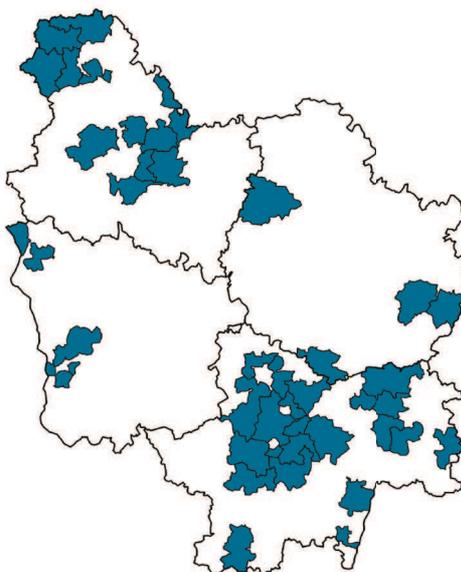
Cette classe concerne 43 cantons et 20 % de la population. Elle est particulièrement représentée en Saône-et-Loire et dans l'Yonne.

Graphique 13 : Poids de la classe 4 dans chaque département



Source : ORS Bourgogne, 2010

Carte 25 : Répartition des cantons de la classe 4



Source : ORS Bourgogne, 2010

/// Une problématique transversable : les inégalités territoriales ●●●●

Cette classe se caractérise par un dynamisme démographique lié à une population jeune (moins de 20 ans) importante (près de 25 %) et une proportion de plus de 75 ans inférieure à la moyenne. La proportion de la population en âge d'activité est élevée (63 %). Le taux de natalité est un des plus élevés de ceux observés dans les classes (11 ‰).

Les mortalités générale et prématurée sont inférieures à la moyenne régionale, il en est de même pour la mortalité par cancers, par traumatismes et empoisonnements et pour celle liée au tabac. En revanche, on observe un taux d'hospitalisation, tous motifs confondus, assez élevé, notamment pour les hospitalisations pour tumeurs et maladies de l'appareil circulatoire.

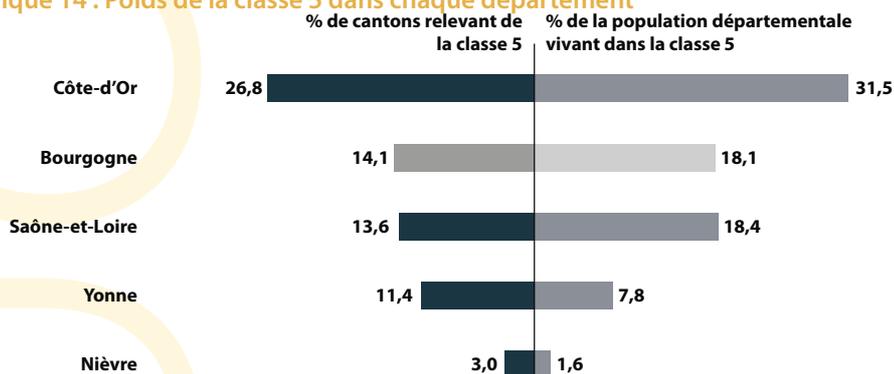
La situation sociale de cette classe semble plus favorisée que la moyenne régionale avec un taux d'activité professionnelle parmi les plus élevés. La part des foyers fiscaux non imposés et celle des bénéficiaires de minima sociaux (dont bénéficiaires de la CMU-C) sont inférieures à la moyenne (moins de 4 %). La part des familles monoparentales (12 %) est la plus faible de toutes les classes.

En ce qui concerne l'offre de soins, les cantons de cette classe sont relativement bien dotés en équipements de santé. Cependant, les densités des professionnels de santé libéraux étudiés sont inférieures à la moyenne des cantons. Les recours aux généralistes, masseurs-kinésithérapeutes et aux soins infirmiers sont plus réduits mais ceux des soins de gynécologie et de pédiatrie sont plus importants, peut être en lien avec le taux de natalité élevé.

3.2.5 La classe 5 : cantons socialement les plus favorisés, avec une population jeune, un recours et une offre de soins libéraux de proximité importants, proches des équipements de santé, présentant une sous-mortalité générale et prématurée.

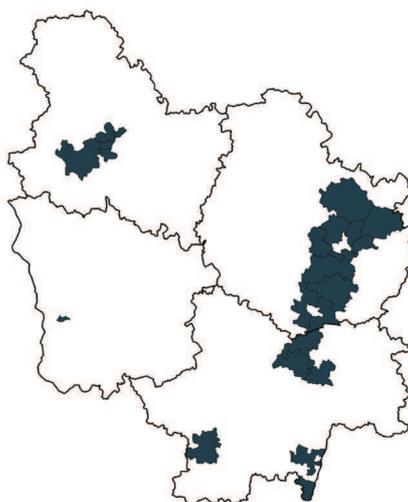
Cette classe concerne 18 % de la population et 25 cantons situés dans la couronne périurbaine des grandes villes surtout en Côte-d'Or et au nord de la Saône-et-Loire. La Nièvre n'est pratiquement pas concernée.

Graphique 14 : Poids de la classe 5 dans chaque département



Source : ORS Bourgogne, 2010

Carte 26 : Répartition des cantons de la classe 5



Source : ORS Bourgogne, 2010

La population de ces cantons est jeune. La part des 75 ans ou plus est réduite (8 %). La situation des personnes âgées semble plutôt favorable : moins d'un tiers d'entre elles vit seule. La part de la population en âge d'activité est de 65 %.

Cette classe apparaît comme socialement favorisée : le taux d'activité professionnelle (environ 74 %) et les proportions de cadres et de professions intermédiaires sont les plus élevés de la région. Les situations de précarité sont peu présentes dans cette classe : la part de bénéficiaires des minima sociaux (notamment les bénéficiaires de la CMU-C), celle des foyers fiscaux non imposés, le taux de chômage et le pourcentage des 20-29 ans non diplômés sont inférieurs à la moyenne des cantons.

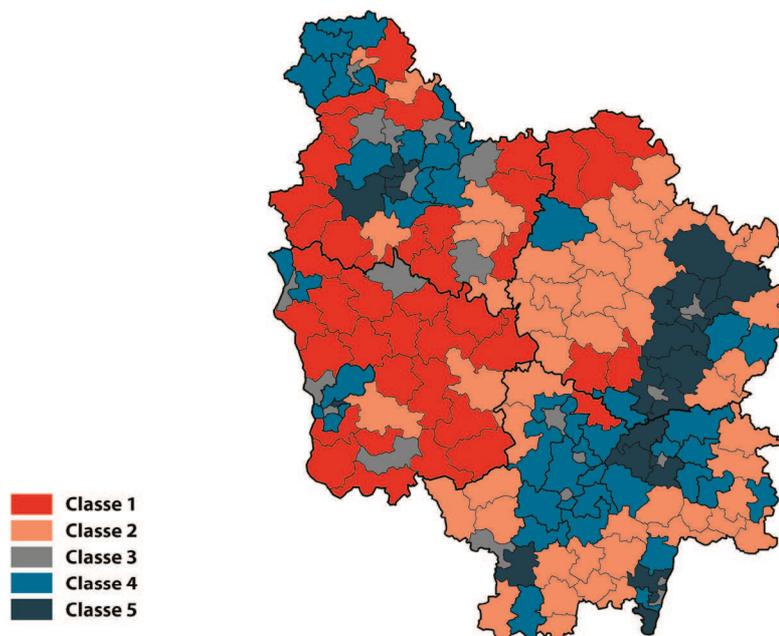
Les cantons de cette classe sont en sous-mortalité générale et prématurée mais aussi pour toutes les causes de mortalité étudiées (à l'exception de la mortalité liée à des maladies de l'appareil respiratoire proche de la moyenne). Les taux d'hospitalisation sont proches des moyennes des cantons de Bourgogne, sauf pour les maladies de l'appareil digestif qui est le plus élevé de toutes les classes (33 ‰) et à l'inverse, celui par maladie de l'appareil circulatoire qui est le plus faible (21 ‰). L'état de santé des personnes âgées vivant à domicile est relativement bon : la part des bénéficiaires de l'APA à domicile est inférieure à la moyenne.

Ces cantons sont bien dotés en offre de soins. Les densités de certains professionnels de santé sont élevées (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes). Le temps d'accès aux médecins généralistes ainsi que les temps d'accès aux services hospitaliers sont plus réduits, en particulier pour les maternités. Le recours aux soins est plus important, notamment pour les spécialistes, les masseurs-kinésithérapeutes et les gynécologues.

3.2.6 Analyse globale

Cette typologie en 5 classes des cantons bourguignons met en évidence les caractéristiques socio-sanitaires des cantons de la région. On retrouve ici l'opposition entre le rural et l'urbain. Les disparités entre ces espaces ne peuvent pas se résumer qu'en termes de population, d'autres différences socio-sanitaires demeurent. De plus, des disparités internes à ces espaces existent, notamment au sein de l'espace urbain entre les cantons faisant partie de l'aire urbaine et les pôles urbains.

Carte 27 : 5 profils socio-sanitaires des cantons et villes de Bourgogne



Référence : Situation des cantons par rapport à la moyenne en Bourgogne
Données socio-démo RP 2006, offre soins 2008, mortalité 2000-2007

* Toutes les caractéristiques de chaque classe peuvent ne pas se retrouver pour tel ou tel canton en faisant partie : c'est une « tonalité » générale

Deux types d'espaces ruraux peuvent être mis en avant : l'un à l'est, constitué essentiellement de cantons de Côte-d'Or et de Saône-et-Loire (classe 1) et l'autre à l'ouest, avec principalement des cantons de la Nièvre et de l'Yonne (classe 2). Bien que d'une manière générale, ces deux espaces apparaissent comme peu favorisés tant sur le plan économique que sanitaire : offre de soins faible, peu dotés en équipements de santé, avec une population âgée, la situation apparaît comme plus défavorable pour les cantons de la Nièvre et l'Yonne. On y constate à la fois une surmortalité générale et prématurée et certains aspects de précarité de vie plus fréquents (taux de chômage, part des bénéficiaires des minima sociaux...).

Par ailleurs, on retrouve le paradoxe des villes centres (classe 3) où l'offre de soins et l'accès aux services hospitaliers apparaissent plus aisés du fait des densités de professionnels de santé libéraux élevées et des temps d'accès faibles, mais en surmortalité prématurée. Pour la population des cantons de cette classe, la proximité des services de soins, aussi divers soient-ils, n'induit pas nécessairement un recours aux soins plus important, ce qui peut être associé à de plus fortes parts d'habitants en situation de précarité.

Les espaces urbains et périurbains (classe 5) disposent d'une offre de soins importante (densités élevées) et de la proximité des services hospitaliers. Dans ces espaces, socialement favorisés, en sous mortalité générale et prématurée, le recours aux services de soins est plus fréquent.

Enfin, les cantons de la classe 4, se situent dans un espace singulier, présentant certains atouts du rural et de l'urbain. Leurs caractéristiques allient celles des deux types d'espace. Ces cantons présentent des indicateurs sociaux favorables, un état de santé plutôt bon (sous-mortalité générale et prématurée) et sont peu éloignés des services hospitaliers même si l'offre de soins libéraux y est réduite.

On constate une surmortalité dans les zones rurales éloignées des services hospitaliers et où l'offre de soins libéraux est faible, mais également une surmortalité prématurée dans les pôles urbains qui sont pourtant les mieux desservis en équipements et en professionnels de santé. De plus, une offre de soins libérale élevée n'entraîne pas nécessairement un recours plus important. L'effet des différences sociales d'une partie de la population doit alors être pris en compte pour expliquer ce paradoxe.

L'état de santé d'une population ne peut s'expliquer uniquement par la proximité/l'éloignement géographique des services hospitaliers, par une offre de soins importante/réduite, ni le recours à ces services. Pour une meilleure compréhension des contrastes observés et réduire les inégalités constatées, d'autres facteurs sont nécessaires, tels que les déterminants sociaux, les conditions de vie, l'environnement physique et social. De même, compte tenu des écarts en termes d'état de santé observés, les facteurs associés aux recours aux soins différenciés doivent être analysés pour optimiser les moyens.

4 Annexes

4.1 Table des sigles et acronymes

A	
AAH	Allocation Adultes Handicapés
ACA	Anesthésie et Chirurgie Ambulatoire
ACTP	Allocation Compensatrice pour Tierce Personne
ADECA	Association pour de DEpistage du CAncer colorectal
ADELI	Automatisation DEs LIstes
ADEMAS	Association pour le DEpistage des MALadies du Sein

AEEH	Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé
AFSSAPS	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
AIDEC	Association Icaunaise de DÉpistage des Cancers
AIDES	Ce nom englobe à la fois le français « AIDE » (soutien) et l'anglais « AIDS » (sida)
ALD	Affection de Longue Durée
ALZHEIMER	La maladie d'Alzheimer est une maladie neurodégénérative du tissu cérébral qui entraîne la perte progressive et irréversible des fonctions mentales et notamment de la mémoire
AMAVIP	Association de Médiation et d'Aide aux Victimes d'Infractions Pénales
AME	Aide Médicale État
AMP	Aide Médico-Psychologique
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
ANESM	Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux
APA	Allocation Personnalisée pour l'Autonomie
API	Allocation Parent Isolé
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARLIN	Antenne Régionale de Lutte contre des Infections Nosocomiales
ARS	Agence Régionale de Santé
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
ASS	Allocation de Solidarité Spécifique
ASV	Atelier Santé Ville
AT	Accident du Travail
ATIH	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
AVC	Accident Vasculaire Cérébral

B	
BPCO	Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive
Bq	Becquerel
BTP	Bâtiment Travaux Publics
C	
C&D	Cartes et Données
CAMSP	Centre d'Action Médico-Social Précoce
CARSAT	Caisse d'Assurance Retraite et de Santé au Travail
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CBU	Contrat de Bon Usage
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CCC	Centre de Coordination en Cancérologie
CD	Centre de Détention
CDAG	Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit
CDAPH	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (remplace les COTOREP et les CDES)
CépiDc	Centre d'EPidémiologie sur les causes médicales de DéCès
CESC	Comité d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté
CH	Centre Hospitalier
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIDDIST	Centre d'Information de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles

CIGALES	Collection Incroyable de GAys et LESbiennes
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CLIN	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CME	Commission Médicale d'Établissement
CME	Centre Médico-Educatif
CMP	Centre Médico-Psychologique
CMPP	Centre Médico-Psycho-Pédagogique
CMR	substances Chimiques Cancérogènes, Mutagènes ou toxiques pour la Reproduction
CMU	Couverture Maladie Universelle
CMU-C	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNS	Conférence Nationale de Santé
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité et d'Autonomie
CO	Monoxyde de carbone
CODAMUPS TS	Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires
CODES	Comité Départemental d'Éducation pour la Santé
COMEDIMS	COmmission du MEDicament et des DIsposifs Médicaux Stériles
CORES	Comité Régional d'Éducation pour la Santé
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CPP	Centre Périnatal de Proximité
CPR	Commission Paritaire Régionale
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie (actuellement CARSAT)

CREAI	Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptées
CRH	Coordonnateur Régional d'Hémovigilance
CRIAVS	Centre Régional de ressources pour les Intervenants auprès d'Auteurs de Violences Sexuelles
CRSA	Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
CRU/CRUQ	Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge
CSP	Code de la Santé Publique
D	
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DDCS	Direction Départementale de la Cohésion Sociale
DDCSPP	Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations
DGS	Direction Générale de la Santé
DIRECCTE	Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
DMI	Dossier Médical Informatisé
DO	Dépistage Organisé
DOSA	Direction de l'Offre de Soins et de l'Autonomie
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRDR	Dotation Régionale de Développement des Réseaux
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DRJSCS	Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
DSP	Direction de la Santé Publique
DT	Délégation Territoriale

E	
EAC	Écoute, Aide et Conseil
ECG	Electro-CardioGramme
ECN	Épreuves Classantes Nationales
EEG	Electro-EncépholoGramme
EFS	Établissement Français du Sang
EHPA	Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EIGD	Effet Indésirable Grave Donneur
EIR	Effet Indésirable Receveur
EMSP	Equipe Mobile de Soins Palliatifs
EOH	Equipe Opérationnelle d'Hygiène
EPP	Évaluation des Pratiques Professionnelles
EPR	État Pauci-Relationnel
EPS	Éducation Pour la Santé
EPU	Enseignement Post-Universitaire
ERP	Établissement Recevant du Public
ES	Établissement de Santé
ESAT	Établissement et Service d'Aide par le Travail (anciennement CAT)
ESMS	Établissements et Services Médico-Sociaux
ESPS	Enquête sur la Santé et la Protection Sociale
ETHP	Éducation Thérapeutique du Patient
ETP	Équivalent Temps Plein

EVC	État Végétatif Chronique
F	
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
FINESS	Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux
FIQCS	Fonds d'Intervention de la Qualité et la Coordination des Soins
FNORS	Fédération Nationale des Observatoires de Santé
FNPEIS	Fonds National Prévention, Éducation, Informations Sanitaires
G	
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
GHS	Groupes Homogènes de Séjours
GRSP	Groupement Régional de Santé Publique
H	
HAD	Hospitalisation à Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
HDJ	Hospitalisation de Jour
HPST	Hôpital, Patients, Santé et Territoires
I	
IAS	Infection Associée aux Soins
ICALIN	Indicateur Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales
ICATB	Indice Composite de bon usage des AnTiBiotiques

ICSHA	Indicateur de Consommation des Solutions Hydro-Alcooliques
IDE	Infirmier Diplômé d'État
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
IG	Incident Grave
IGCT	Incident Grave de la Chaîne Transfusionnelle
IME	Institut Médico-Educatif
INCA	Institut National du Cancer
INPES	Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
INSERM	Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
INVS	Institut National de Veille Sanitaire
IRC	Insuffisance Rénale Chronique
IRDES	Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé
IREPS	Instance Régionale d'Éducation pour la Santé
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
IST	Infection Sexuellement Transmissible
ITEP	Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
L	
LIN	Lutte contre les Infections Nosocomiales
LISP	Lit Identifié en Soins Palliatifs

M	
MA	Maison d'Arrêt
MAPAD	Maison d'Accueil pour Personnes Agées Dépendantes
MAS	Maison d'Accueil Spécialisé
MCO	Médecine, Chirurgie, Obstétrique
MCP	Mélanges de Concentrés Plaquettaires
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MECS	Maison d'Enfants à Caractère Social
MILDT	Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie
MRS	Mission Régionale de Santé
MSA	Mutualité Sociale Agricole
MSAP	Mise Sous Accord Préalable
O	
ObEpi	Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONDAM	Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
ORS	Observatoire Régional de la Santé
P	
PA	Personnes Âgées
PACES	Première Année Commune aux Études de Santé
PACTE	Proximité Autonomie Coordination Territoires Éducation
PAQUID	Personnes Âgées QUID

PARADS	Pôle d'Accueil en Réseau pour l'Accès aux Droits Sociaux
PASA	Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
PASS	Permanences d'Accès aux Soins de Santé
PCH	Prestation de Compensation du Handicap
PDS	Permanence Des Soins
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PNNS	Programme National Nutrition Santé
PPS	Projet Personnel de Scolarisation
PRAPS	Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins
PRIAC	Programme Interdépartemental d'Accompagnement des personnes handicapées et de la perte d'autonomie
PRIPI	Programme Régional d'Insertion des Populations Immigrées
PRITH	Programme Régional d'Insertion des Travailleurs Handicapés
PRS	Projet Régional de Santé
PRSE	Plan Régional Santé Environnement
PSRS	Plan Stratégique Régional de Santé
PSL	Produits Sanguins Labiles
PUI	Pharmacie à Usage Intérieur
R	
RCP	Réunions de Concertation Pluridisciplinaires
REBON	RÉseau BOurgogne urgences Neurologiques
REIN	Réseau Épidémiologique et Information en Néphrologie

RMI	Revenu Minimum d'Insertion
ROR	Rougeole, Oreillons, Rubéole
RP	Recensement de la Population
RPIB	Repérage Précoce et Intervention Brève
RSI	Régime Social des Indépendants
S	
SAD	Service d'Aide à Domicile
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAMU	Service d'Aide Médicale d'Urgence
SDAT	Société Dijonnaise de l'Assistance par le Travail
SEP	Sclérose En Plaques
SESSAD	Service d'Éducation Spécialisée et de Soins À Domicile
SIDA	Syndrome d'ImmunoDéfiance Acquise
SMPUPS	Service de Médecine Préventive Universitaire et de Promotion de la Santé
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SNEG	Syndicat National des Entreprises Gaies
SPASAD	Service Polyvalent d'Aide et de Soins À Domicile
SREPS	Schéma Régional d'Éducation pour la Santé
SROMS	Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire Schéma Régional d'Organisation des Soins
SRP	Schéma Régional de Prévention
SSIAD	Service de Soins Infirmiers à Domicile

SSIAD PH	Service de Soins Infirmiers A Domicile Personnes Handicapées
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
STATISS	STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social
T	
T2A	Tarifcation À l'Activité
TE	Taux d'Équipement
TED	Troubles Envahissants du Développement
TMS	Troubles Musculo-Squelettiques
TSH	Taux Standardisé d'Hospitalisation
U	
UCSA	Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires
UHR	Unité d'Hébergement Renforcé
UHSA	Unité Hospitalière Spécialement Aménagée
UHSI	Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale
UNAFAM	Union Nationale des Amis et des Familles de Malades Psychiques
UNAPEI	Union Nationale des Associations de Parents et Amis de Personnes Handicapées Mentales
UNV	Unité Neuro-Vasculaire
URC	Unité de Reconstitution des Cytotoxiques
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé
USIC	Unité de Soins Intensifs de Cardiologie
USLD	Unité de Soins de Longue Durée

V	
V	Version
VHB	Virus de l'Hépatite B
VIH	Virus Immunodéficience Humaine

4.2 Tables des cartes, figures, graphiques, parcours et tableaux

Table des cartes	Pages
Carte 1 : Densité de la population dans les cantons de Bourgogne au recensement de la population 2006	7
Carte 2 : Part des 75 ans et plus dans les cantons de Bourgogne en 2006 (pour 100 habitants)	9 - 46
Carte 3 : Taux de chômage par zone d'emploi en Bourgogne en 2008 en %	11
Carte 4 : Taux standardisé de mortalité prématurée dans les cantons de Bourgogne 2000-2007 (pour 100 000 habitants)	16
Carte 5 : Taux standardisé de mortalité par maladies cardiovasculaires dans les cantons de Bourgogne 2000-2007	16
Carte 6 : Taux standardisé de mortalité par cancers dans les cantons de Bourgogne en 2000-2007 (pour 100 000 habitants)	17
Carte 7 : Taux standardisé de mortalité par traumatismes et empoisonnements dans les cantons de Bourgogne 2000 – 2007 (pour 100 000 habitants)	18
Carte 8 : Taux standardisé de mortalité par suicide dans les cantons de Bourgogne en 2000-2007 (pour 100 000 habitants)	18
Carte 9 : Taux standardisés d'hospitalisation en MCO dans les cantons de Bourgogne en 2005-2007 (pour 1 000 habitants)	20
Carte 10 : Taux standardisés d'ALD par maladies de l'appareil circulatoire dans les cantons de Bourgogne en 2005-2007 (pour 1 000 habitants)	21
Carte 11 : Taux standardisés d'hospitalisation pour maladies de l'appareil circulatoire dans les cantons de Bourgogne en 2005-2007 (pour 1 000 habitants)	21
Carte 12 : Taux standardisés d'ALD par cancers en 2005-2007 dans les cantons de Bourgogne (pour 1 000 habitants)	25
Carte 13 : Taux standardisés d'hospitalisation pour tumeurs en 2005-2007 dans les cantons de Bourgogne (pour 1 000 habitants)	26
Carte 14 : Consommants d'antidiabétiques oraux et d'insuline rapportés à la population par canton en Bourgogne en 2007 (%)	28
Carte 15 : Taux standardisés d'ALD pour affections psychiatriques dans les cantons de Bourgogne en 2005-2007 (pour 1 000 personnes)	29
Carte 16 : Prévalence de l'obésité par région (%) 1997 et 2009	38
Carte 17 : Zones déficitaires et fragiles identifiées en médecine générale en 2007	48
Carte 18 : Les maisons de santé pluri professionnelles – mai 2011	68
Carte 19 : Maisons de santé et aires de recrutement des réseaux de proximité en 2011.	70
Carte 20 : Implantations des centres de santé en Bourgogne en 2011	71
Carte 21 : Typologie socio-sanitaire des cantons en France(2010) : Zoom sur la Bourgogne	84

Table des cartes	Pages
Carte 22 : Répartition des cantons de la classe 1	86
Carte 23 : Répartition des cantons de la classe 2	87
Carte 24 : Répartition des cantons de la classe 3	88
Carte 25 : Répartition des cantons de la classe 4	89
Carte 26 : Répartition des cantons de la classe 5	90
Carte 27 : 5 profils socio-sanitaires des cantons et villes de Bourgogne	91

Table des graphiques	Pages
Graphique 1 : Évolution du nombre d'habitants de 75 ans et plus dans les départements de Bourgogne, entre 2005 et 2025, selon les projections de l'Insee	9
Graphique 2 : Évolution de l'espérance de vie dans les départements de Bourgogne et dans l'hexagone de 1982 à 2007	15
Graphique 3 : Dépassement des seuils recommandés par l'OMS en Bourgogne et en France hexagonale (%) en 2005, pour la consommation d'alcool	38
Graphique 4 : Évolution du nombre d'habitants de 75-84 ans dans les départements de Bourgogne, entre 2005 et 2025, selon les projections de l'Insee	45
Graphique 5 : Nombre d'habitants de 85 ans et plus dans les départements de Bourgogne, entre 2005 et 2025, selon les projections de l'Insee	45
Graphique 6 : Nombre de bénéficiaires de l'APA au 31.12.2008	46
Graphique 7 : Répartition des grandes enveloppes du champ ONDAM 2009	81
Graphique 8 : Évolution des montants de dépenses de santé en Bourgogne depuis 2001	81
Graphique 9 : Poids de chaque classe dans la région	85
Graphique 10 : Poids de la classe 1 dans chaque département	86
Graphique 11 : Poids de la classe 2 dans chaque département	87
Graphique 12 : Poids de la classe 3 dans chaque département	88
Graphique 13 : Poids de la classe 4 dans chaque département	89
Graphique 14 : Poids de la classe 5 dans chaque département	90

Table des parcours	Pages
Schéma parcours n° 1 : Parcours des personnes en situation de précarité »	12
Schéma parcours n° 2 : Parcours des patients présentant une maladie neurologique »	22
Schéma parcours n° 3 : Parcours des personnes présentant une maladie cardio-vasculaire	23
Schéma parcours n° 4 : Parcours de santé des personnes présentant un cancer	27
Schéma parcours n° 5 : Parcours de santé des adolescents et des jeunes adultes	37
Schéma parcours n° 6 : Parcours de vie des personnes âgées	42
Schéma parcours n° 7 : Parcours de vie des personnes en situation de handicap psychique	44

Table des tableaux	Pages
Tableau 1 : Effectifs de la population dans les départements aux RP 2006 et 2008 et évolution par rapport à 1999	8
Tableau 2 : Population âgée (75 ans et plus) dans les départements de Bourgogne en 2006	9
Tableau 3 : Espérance de vie à la naissance dans les départements bourguignons en 1990 et 2007	14
Tableau 4 : Taux standardisé de mortalité par traumatismes et empoisonnements dans les départements bourguignons en 2000-2007 (pour 10 000 habitants)	17

Table des tableaux	Pages
Tableau 5 : Nouvelles admissions en ALD dans les départements bourguignons : effectifs et taux en 2005-2007 (pour 1 000 habitants)	19
Tableau 6 : Taux standardisés de mortalité par cancers dans les départements bourguignons en 2000-2007 (pour 10 000 habitants)	24
Tableau 7 : Taux standardisés d'hospitalisation en MCO pour cancer dans les départements bourguignons en 2005-2007	25
Tableau 8 : Nombre d'assurés du régime général en ALD pour affections psychiatriques de longue durée dans les départements bourguignons en 2008	28
Tableau 9 : Nombre moyen annuel de nouvelles admissions en ALD pour affections neurologiques dans les départements de Bourgogne en 2005-2007	30
Tableau 10 : Nombre moyen d'évaluations d'enfants en danger et en risque de danger en Côte-d'Or et taux pour 1 000 enfants, selon l'âge en 2007-2008	35
Tableau 11 : Répartition du coût des prestations de compensation en 2007 en Bourgogne pour les personnes handicapées	43
Tableau 12 : Répartition du coût des prestations de compensations individuelles en 2007 en Bourgogne pour les personnes âgées	46
Tableau 13 : Démographie des biologistes au 1er janvier 2011 en Bourgogne	52
Tableau 14 : Répartition par département des acteurs répertoriés par épisanté Bourgogne – 2010	53
Tableau 15 : Nombres d'actions sur les addictions (2007-2009)	55
Tableau 16 : Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein en 2009 et 2010	56
Tableau 17 : Taux de participation au dépistage organisé du cancer colo-rectal (2009-2010)	57
Tableau 18 : Nombre de places financées en établissements et services pour jeunes handicapés au 31/03/2011 et taux d'équipements	65
Tableau 19 : Nombre de places financées en établissements et services pour adultes handicapés au 31/03/2011 et taux d'équipements	66
Tableau 20 : Taux d'équipement en lits pour 1000 personnes de 75 ans et plus au 31/03/2011	66
Tableau 21 : Capacités financées et taux d'équipement en SSIAD, accueil de jour et hébergement temporaire au 31/03/2011	67
Tableau 22 : Évolution de la déclaration des effets indésirables receveurs 2008-2010	78
Tableau 23 : Répartition des cantons et de la population de la Bourgogne selon la classe	85

ARS
Bourgogne

ARS

