



## SANTÉ DES HABITANTS DE LA SAINTONGE ROMANE

ÉLABORÉ DANS LE CADRE  
DU **CONTRAT LOCAL DE SANTÉ**

- Diagnostic santé social Saintonge Romane

Mars 2020 - Rapport 082

|

## Ont participé à l'élaboration de cette étude au sein de l'ORS Nouvelle-Aquitaine

Béatrice BOUFFARD – Gestion de l'enquête en ligne et de la base des données des indicateurs ;

Julie DEBARRE – Coordination de l'étude, analyse quantitative et rédaction du rapport ;

Julien GIRAUD – Directeur de l'étude

Nadine SCANDELLA – Passation des entretiens collectifs et rédaction du rapport ;

Nathalie TEXIER – Mise en place des enquêtes et logistique.

## Remerciements :

À l'ensemble des partenaires du CLS Saintonge Romane et plus particulièrement à Cécile GROULADE et Virginie JOUSSEMET, coordinatrices du CLS et à Jocelyne CLEMENT, chargée de mission à l'ARS-DD17.

# Sommaire

CONTEXTE ET MÉTHODE .....	4
I. PRÉSENTATION DU TERRITOIRE.....	5
II. POPULATION ET MODES DE VIE .....	6
III. CONDITIONS DE VIE .....	9
IV. LE CADRE DE VIE .....	12
V. L'ÉTAT DE SANTÉ.....	18
VI. OFFRE DE SANTÉ ET RECOURS AUX SOINS .....	20
VII. PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP ET DES PERSONNES ÂGÉES .....	27
VIII. INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ .....	29
IX. SYNTHÈSE DE L'ÉTAT DES LIEUX QUANTITATIF .....	30
X. LE POINT DE VUE DES ACTEURS DU TERRITOIRE.....	32
XI. SYNTHÈSE DES ÉLÉMENTS DU DIAGNOSTIC selon LES AXES PRIORITAIRES DU CLS.....	35
ANNEXES.....	36
A. BIBLIOGRAPHIE .....	37
B. GLOSSAIRE .....	39
C. COORDINATION DU CLS.....	40

## CONTEXTE ET MÉTHODE

L'Agence régionale de santé (ARS) Nouvelle-Aquitaine a missionné l'Observatoire régional de la santé de Nouvelle-Aquitaine (ORS-NA), en collaboration avec l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps-NA), pour accompagner les collectivités et l'ARS à l'élaboration d'un contrat local de santé sur le territoire de la Saintonge Romane.

*Les CLS sont des outils qui visent à réduire les inégalités territoriales et sociales de santé et à mettre en œuvre des solutions pour une offre de santé de proximité. Dans un CLS, la stratégie, les objectifs et le programme d'actions sont co-définis en commun, entre les signataires, à partir de l'observation du territoire et du recueil des besoins locaux.*

À travers ce document, l'ORS a souhaité présenter les informations les plus pertinentes permettant d'appréhender la situation du territoire et de nourrir la réflexion pour la construction du CLS. La méthode repose sur :

**1) la compilation de différentes statistiques** déclinées à l'échelon de la Saintonge Romane, ou à un échelon plus fin si les indicateurs sont disponibles, permettant de décrire la situation locale en termes :

- **de démographie** (habitants, densité, évolution de la population, part de la population âgée...),
- **d'environnement socio-économique** (catégories socioprofessionnelles, niveau de revenus, taux de pauvreté...),
- **de déterminants géographiques et environnementaux** (habitat, qualité de l'air, qualité de l'eau, sols pollués...),
- **d'état de santé des populations** (principales causes de morbidité et de mortalité, perte d'autonomie, santé des jeunes...),
- **d'offre et de recours aux soins** (densité de professionnels de santé, âge des professionnels, hospitalisations, consommation de médicaments...) et **d'offre médico-sociale** (taux d'équipement).

Ces données sont complétées, lorsqu'elles sont disponibles, **d'extractions des résultats d'enquêtes** conduites par l'ORS ou des partenaires, permettant d'apporter un éclairage complémentaire sur la santé des populations.

**2) l'apport qualitatif d'acteurs locaux** (hôpitaux, élus, services de l'État et des collectivités territoriales, acteurs sociaux...) sur les dynamiques du territoire, les projets en perspective et les enjeux prioritaires de santé à travailler sur le CLS Saintonge Romane.

Ce rapport se veut être une synthèse des éléments probants du territoire. Il est complété de documents annexes :

- une compilation d'indicateurs déclinés pour la France hexagonale, la Nouvelle-Aquitaine, la Charente-Maritime et la Saintonge Romane ; ces données portent à la fois sur les aspects sociodémographiques et sanitaires ainsi que sur le cadre de vie ou l'éducation ;
- Un diaporama illustratif sur la situation de la Saintonge Romane, présenté le 9 janvier 2020, lors du séminaire de travail avec les signataires du CLS pour regrouper autour d'enjeux les problématiques du territoire en matière de santé.

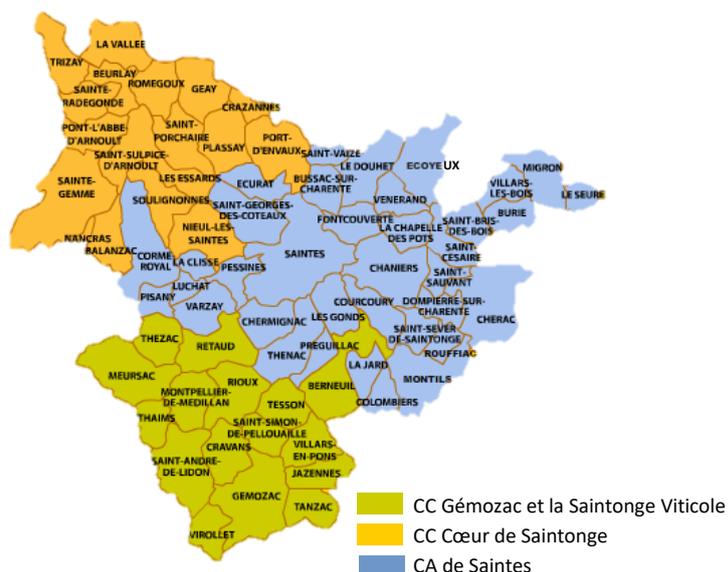
*Nos remerciements vont à l'ensemble des partenaires et des acteurs locaux qui ont participé à l'élaboration du CLS, que ce soit pour la mise à disposition de rapports et de données et le calcul d'indicateurs, leur collaboration ou leur participation au recueil des problématiques du territoire.*

## I. PRÉSENTATION DU TERRITOIRE

Le territoire de la Saintonge Romane est regroupé en trois Etablissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI) à fiscalité propre. Il associe des communes au sein d'un espace de solidarité en vue d'élaborer un projet commun de développement et d'aménagement de l'espace. Ces 3 EPCI sont :

- **Communauté de communes (CC) de Gémozac et de la Saintonge Viticole** regroupant 16 communes pour une population de 14 187 personnes au recensement de population 2016 (soit 16 % de la Saintonge Romane)
- **CC Cœur de Saintonge** avec 18 communes pour une population de 17 241 personnes (19 %)
- **Communauté d'agglomération (CA) de Saintes** avec 36 communes et 59 716 personnes (2/3).

Fig 1. La répartition des communes selon les EPCI de la Saintonge Romane



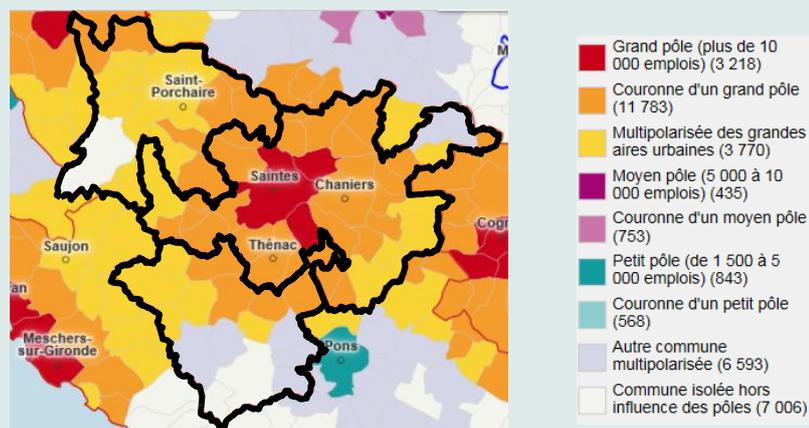
Source : site Pays de la Saintonge Romane [www.payssaintongeromane.fr](http://www.payssaintongeromane.fr)

Le territoire de la Saintonge Romane totalise donc **70 communes** avec **91 114 habitants** soit 14 % de la population départementale au dernier recensement disponible.

### ► Un territoire rural sous l'influence de plusieurs pôles urbains

Territoire de Charente-Maritime de 1000 km<sup>2</sup>, situé entre les communautés d'agglomération de La Rochelle et de Cognac, le territoire de la Saintonge Romane bénéficie d'un positionnement stratégique proche d'espaces littoraux (Royan, presque île d'Arvert, île d'Oléron), et facilement accessible (échangeur A10, réseau routier et ferroviaire en étoile à Saintes). Le territoire est composé de territoires hétérogènes organisés autour et sous forte influence de la Communauté d'agglomération de Saintes, qui comptabilise à elle seule 60 000 habitants.

Fig 2. Répartition des communes en zones urbaines et rurales



Source : Insee (2010)

## II. POPULATION ET MODES DE VIE

Au 1<sup>er</sup> janvier 2016, le territoire de la Saintonge Romane compte **91 114 habitants** selon les données du dernier recensement de la population (RP) réalisé par l’Insee. Présentant une densité de population proche de celle de la Charente-Maritime (90,3 habitants par km<sup>2</sup>), **près de deux tiers des communes ont moins de 1 000 habitants**. Avec un peu plus de 25 000 habitants, Saintes est la ville principale du territoire, suivie par Chaniers (3 589 hab.), puis Gémozac (2 843 hab.) et Saint-Georges-des-Coteaux (2 677 hab.).

### ➤ Un nombre d’habitants en légère hausse entre 2011 et 2016, contrastée selon les territoires

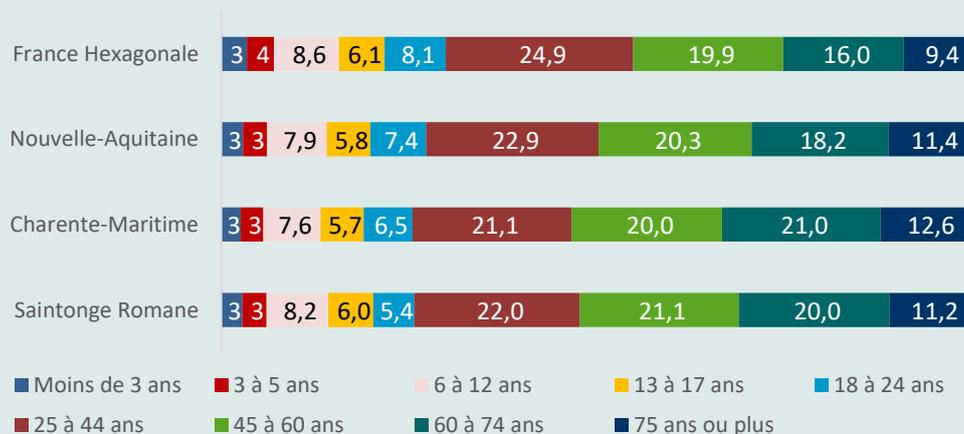
L’accroissement annuel de la population entre 2011 et 2016 est de + 0,55 %, **soit une augmentation moyenne de 415 personnes par an**. Cet accroissement se situe dans les moyennes départementale, régionale et nationale. Cependant, cet accroissement n’est pas homogène sur le territoire : il est plus élevé dans la CC Cœur de Saintonge (+ 1,26 % soit + 175 personnes par an), un peu moins élevé dans la CA de Saintes (+ 0,7 % soit + 135 personnes par an) et il est négatif pour la CC de Gémozac et de la Saintonge Viticole (- 0,16 % soit une diminution de 75 personnes par an).

Depuis 2011, la population de la Saintonge Romane est caractérisée par une diminution du nombre de personnes de moins de 25 ans (- 0,5 % soit - 100 personnes par an), plus particulièrement dans la CA de Saintes, et par une augmentation de la population de 75 ans et plus (+ 1,25 % soit + 102 personnes par an) et plus spécifiquement dans la CC de Gémozac et de la Saintonge Viticole.

### ➤ Une surreprésentation des moins de 18 ans et des 25 à 59 ans

La structure par âge du territoire est proche de celle du département ou de la région, soit une population un peu plus âgée que celle de France.

Fig 3. Part de la population par tranche d’âge en 2016 (%)



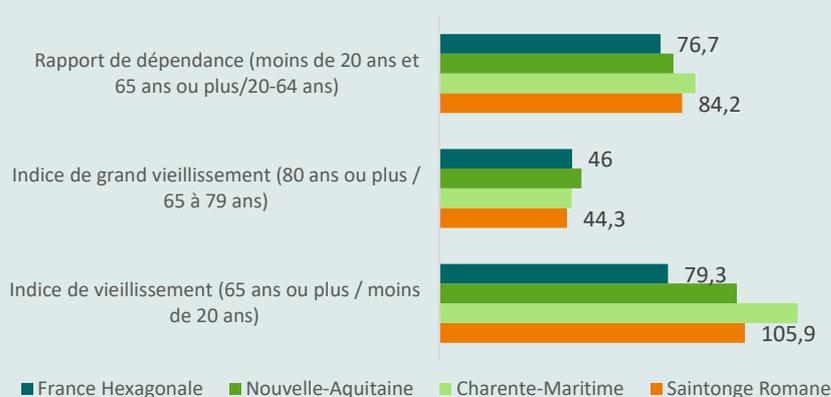
Source : Insee / Exploitation : ORS Nouvelle-Aquitaine

Aussi, **l'indice de vieillissement** est semblable à celui de la Nouvelle-Aquitaine avec une valeur de 106, soit une part un peu plus élevée de 65 ans et plus que de moins de 20 ans (106 personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans).

Puis, **l'indice de grand vieillissement** se révèle également semblable aux valeurs de référence avec une valeur de 44,3 (44 personnes de 80 ans et plus pour 100 personnes de 65 à 79 ans). Cet indicateur permet d'appréhender les déséquilibres dans la structure par âge des aînés sachant que les plus « jeunes » parmi ces derniers constituent souvent des aidants potentiels des « plus anciens ».

Enfin, **le rapport de dépendance** est le rapport entre l'effectif de la population d'âges généralement inactifs (moins de 20 ans et 65 ans et plus) et l'effectif de la population en âge de travailler (20-64 ans). Il est également semblable aux valeurs de référence avec une valeur de 84 « inactifs » pour 100 personnes en âge de travailler.

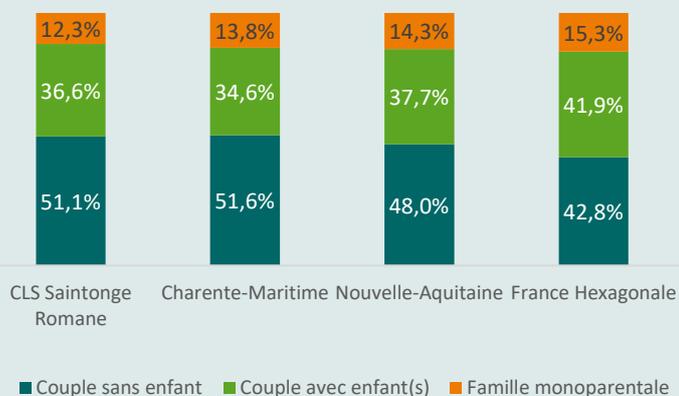
Fig 4. Indices de vieillissement, de grand vieillissement et rapport de dépendance



Source : Insee / Exploitation : ORS Nouvelle-Aquitaine

### ➤ Une famille sur deux est constituée d'un couple sans enfant, et 12 % sont des familles monoparentales

Fig 5. Composition des familles par territoire en 2016 (%)



Source : Insee / Exploitation : ORS Nouvelle-Aquitaine

Les couples sans enfant représentent la majorité des familles (51 %). Leur part est semblable à celle de la Charente-Maritime mais plus élevée que celle de la région et de la France.

Cependant, les **familles monoparentales** sont moins représentées que sur les territoires de référence (12 % contre 15 % en France hexagonale).

La part de familles monoparentales est hétérogène sur le territoire. Ainsi, elle est de 14 % sur la CA de Saintes alors que sa valeur est de 10 % dans la CC de Gémovac et de 8 % dans la CC Cœur de Saintonge.

### > Une part moindre de personnes âgées vivant seules à domicile

Toujours selon les données du RP en 2016, plus de **3 650 personnes âgées de 75 ans ou plus vivaient seules à domicile**, soit 36 % des personnes de cet âge : 18 % pour les hommes et 48 % pour les femmes. L'isolement social des personnes âgées peut constituer un enjeu spécifique pour leur maintien dans l'autonomie. Cette proportion est légèrement inférieure aux valeurs départementale, régionale et nationale qui dépassent les 37 %. Elle est plus élevée dans la CA de Saintes (37 %) tandis que la CC de Cœur de Saintonge affiche un taux de 35 % et celle de Gémézac 32 %.

### III. CONDITIONS DE VIE

#### ➤ Un taux de chômage similaire à celui de la région, en diminution et hétérogène selon les territoires

En 2016, selon les données du RP, **65 % de la population active de 15 à 64 ans occupe un emploi** soit 35 258 personnes (62 % en Charente-Maritime et 64 % aux niveaux régional et national) avec **un taux de chômage de 13 %**, similaire à celui de la région mais plus faible que celui du département (15 %). Ce taux de chômage est plus élevé dans la CA de Saintes (14 %) et moindre dans la CC Cœur de Saintonge (12 %). Selon la tranche d'âge, le taux de chômage est plus élevé chez les 15-24 ans (30 %) et les 55-64 ans (11 %), mais moindre chez les 25-54 ans (9 %).

La part d'emplois précaires, c'est-à-dire autres que les emplois en CDI à taux plein, celle-ci se montre également semblable au taux départemental mais plus élevée que le taux national : 31 % des emplois salariés *versus* 28 % en France hexagonale à 31 % en Charente-Maritime.

Fin septembre 2018, selon les données de Pôle Emploi, près de **7 500 demandeurs d'emploi étaient inscrits en catégories A, B ou C**, c'est-à-dire tenus de faire des actes positifs de recherche d'emploi, qu'ils aient exercé au cours du mois une activité réduite ou non. Parmi eux, 58 % étaient des femmes soit une part plus élevée qu'ailleurs (de 52 % en France hexagonale à 55 % en Charente-Maritime). Par ailleurs, le taux d'évolution sur un an du nombre de demandeurs d'emploi inscrits en catégories A, B ou C atteint -3,3 %, se montrant nettement inférieur aux niveaux départemental (-0,1 %), régional et national (-0,6 % chacun).

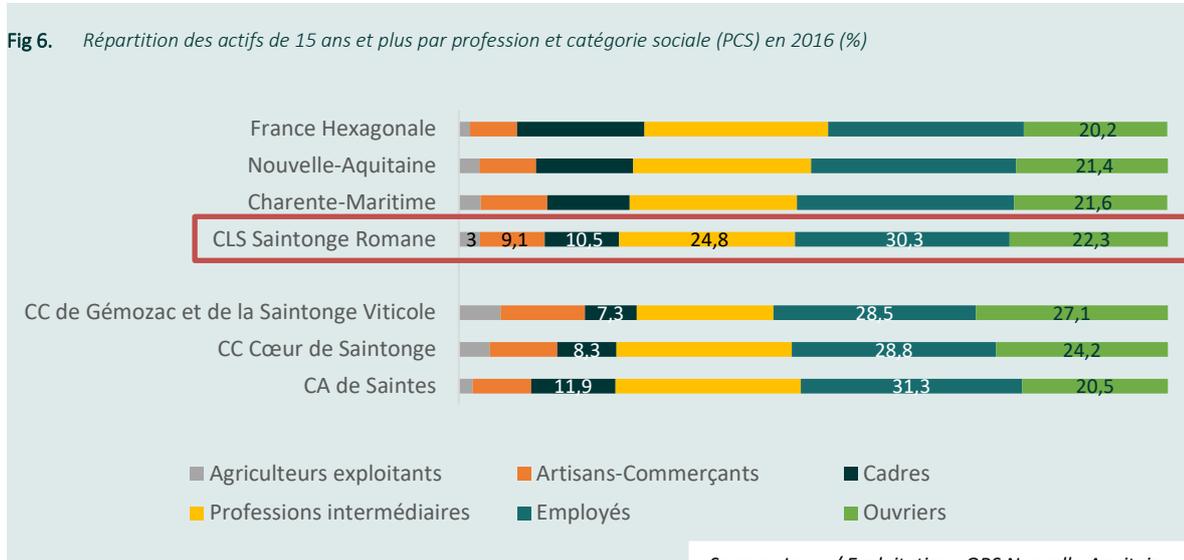
#### ➤ Une proportion d'actifs plus élevée dans la CC Cœur de Saintonge

Selon les dernières données du recensement, **47 % de la population de 15 ans et plus de la Saintonge Romane est en activité, 34 % est à la retraite, 7 % est au chômage, 7 % est inactive et 5 % est scolarisé ou étudiant**. Comparés à la structure départementale de la population, les actifs sont plus représentés (47 % vs 44 %) et les retraités moins présents (34 % vs 36 %) en Saintonge Romane. A l'intérieur de ce territoire, la part d'actifs est plus élevée dans la CC Cœur de Saintonge où plus d'une personne de 15 ans et plus sur deux est en activité (51 %) alors que cette proportion est de 45 % dans la CA de Saintes.

#### ➤ Une surreprésentation des ouvriers parmi les actifs, particulièrement dans la CC de Gémozac

En Saintonge Romane, la répartition des actifs selon la catégorie socio-professionnelle est proche de celle du département, avec cependant **une proportion un peu plus élevée d'ouvriers (22 %) et une moindre présence des cadres (11 %)**. Aussi, le rapport ouvriers/cadres est plus élevé qu'ailleurs : 2,1 *versus* 1,9 en Charente-Maritime et 1,6 en Nouvelle-Aquitaine. A l'intérieur de la Saintonge-Romane, la composition de la population active est hétérogène : ainsi, la CA de Saintes est marquée par une part plus élevée de cadres (12 %) tandis que celle des ouvriers est moins présente (21 %) soit un rapport ouvriers/cadres plus faibles (1,7). Pour la CC de Gémozac, la part d'ouvriers est près de 4 fois supérieur à celle des cadres.

L'espérance de vie étant le reflet de la mortalité et la morbidité (prévalence des maladies), elle permet de mettre en lumière les **inégalités de santé** qui caractérisent les différentes catégories sociales. Ainsi, les dernières études mettent en exergue une différence de 6,3 ans d'espérance de vie à 35 ans entre un homme cadre et un homme ouvrier. Cette différence est moins élevée pour les femmes (3 ans).



### ➤ Des indicateurs liés aux formations plutôt avantageux

Le niveau de scolarisation est un déterminant majeur s'agissant des comportements de santé. Sur le territoire, les indicateurs liés aux formations rejoignent les constatations en termes d'emploi. Ainsi, en 2016, **29 % des personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire ne sont pas ou peu diplômées**, ce qui est identique aux autres territoires. Cette proportion est de 12 % chez les 25-34 ans. Parmi les 25-34 ans sortis du système scolaire, 35 % sont diplômés du supérieur (bac+2 ou plus). Cette part est comparable au niveau départemental mais inférieure aux moyennes régionale (40 %) et nationale (44 %). Elle atteint 38 % pour les jeunes domiciliés dans la CA de Saintes (vs 28 % dans la CC de Gémozac et de la Saintonge Viticole et 30 % dans la CC Cœur de Saintonge). Ce résultat est à rapprocher de la part plus élevée de cadres dans ces communes.

Le territoire compte **731 jeunes de 15 à 24 ans en contrat d'apprentissage ou de professionnalisation**, soit 8,8 % des jeunes de ce groupe d'âge. Cette proportion est plus élevée qu'ailleurs (de 5,8 % en France hexagonale à 7,6 % en Charente-Maritime) et atteint 10 % dans la CC de Gémozac et Saintonge Viticole. Par ailleurs, **164 jeunes de 6 à 16 ans sont non scolarisés**, soit une proportion de 1,4 % qui est inférieure à celles observées pour les autres échelons géographiques (de 1,8 % en Charente-Maritime à 2,0 % en France hexagonale).

Enfin, **1 549 jeunes de 15 à 24 ans sont non insérés (ni en emploi, ni en formation)**, en 2016, soit 19 % des jeunes de ce groupe d'âge. Cette proportion est comparable au niveau départemental mais supérieure aux niveaux régional et national (17 %).

### ➤ Un niveau de vie relativement favorable, mais moindre dans la CA de Saintes

Avec **61 % des foyers fiscaux non imposés en 2016**, le territoire se situe deux points au-dessus des moyennes départementale et régionale. Toutefois, le niveau de revenu annuel médian (20 290 euros) des habitants de la CA de Saintes reste comparable aux autres échelons géographiques alors que celui de la CC Cœur de Saintonge (19 452) et de la CC de Gémozac et Saintonge Viticole (18 989) sont plus faibles. La valeur du 1<sup>er</sup> décile (soit 10 % des revenus annuels les plus faibles) reste cependant comparable aux autres niveaux géographiques. Enfin, avec un peu plus de 13 % de la population vivant avec moins de 1 000 euros par mois (correspondant à 60 % du revenu médian national), le **taux de pauvreté** est comparable aux niveaux départemental et régional alors qu'il frôle les 15 % en France hexagonale.

### ➤ Des taux d'allocataires très dépendants des prestations ou percevant le RSA identiques aux taux régionaux mais qui restent élevés dans les communes de la CA de Saintes

Les parts moins élevées d'allocataires très dépendants des prestations sociales en 2017 confirment la **situation relativement favorable** observée avec les indicateurs de niveau de vie. Ainsi, 15 % des allocataires dépendent à 100 % des prestations, ce qui est légèrement inférieur aux valeurs de référence (16 % et 17 % pour la région et la France hexagonale). Cette proportion atteint 18 % pour les habitants de la CA de Saintes. De même la situation est favorable pour la part de personnes dépendant à 50 % des prestations qui représentent 26 % des allocataires et 29 % dans la CA de Saintes.

Toujours en 2017, 2 115 allocataires perçoivent le revenu de solidarité active (RSA), soit 5,1 % des ménages alors que ce taux varie de 5,2 % en Nouvelle-Aquitaine à 5,8 % en France hexagonale. Par ailleurs, le nombre d'allocataires du RSA affiche une diminution par rapport à 2013 :- 0,9 % sur la Saintonge Romane contre une augmentation de 1,3 % au niveau régional.

## IV. LE CADRE DE VIE

### ➤ Une mobilité à l'intérieur du territoire à développer

Le territoire de la Saintonge Romane est desservi par un bon réseau routier : la RN150 dans son axe ouest reliant Royan à Saintes, la Rocade Sud-Est de Saintes (RN 137) et la N141 reliant Saintes à Limoges. Il bénéficie d'une bonne accessibilité au réseau autoroutier (A10 : Paris-Bordeaux et A837 qui relie Rochefort à Saintes), et dispose d'un aéroport (Saintes-Thénac).

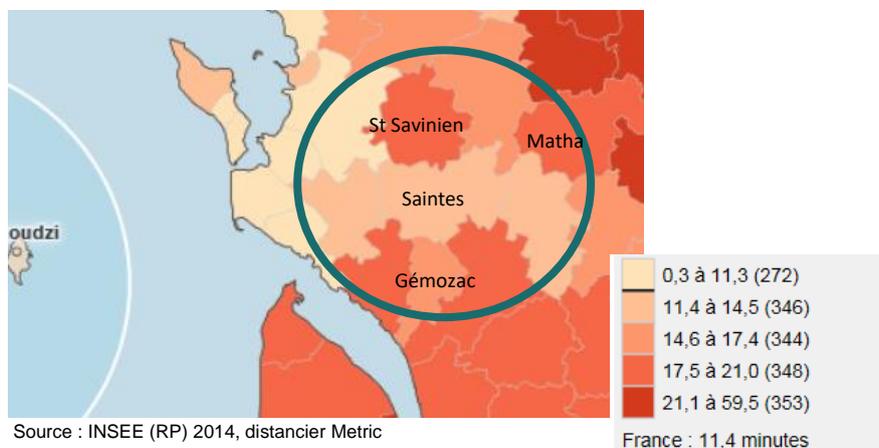
Les temps médians pour se rendre du domicile au lieu de travail sont variables à l'intérieur du territoire : de 4 minutes à Saintes à 22 minutes à St Sulpice d'Arnould. Ce sont les habitants de la CA de Saintes qui affichent moins de temps pour se déplacer au travail (11 minutes vs 15 et 16 minutes pour la CC de Gémozac et Cœur de Saintonge). Ces deux derniers sont en moyenne plus élevés que ceux de la Charente-Maritime (11 min) ou de la Nouvelle-Aquitaine (12 min).

#### Des temps d'accès aux services de la vie courante contrastés

L'indicateur utilisé calcule le temps moyen nécessaire pour accéder à un panier de 29 commerces et services de la gamme intermédiaire, c'est-à-dire d'usage courant, sans être de proximité. Le temps est calculé pour chaque individu et pour chaque service comme le temps nécessaire en automobile, aux heures de pointe, pour se rendre de sa commune de résidence à la commune la plus proche ayant ce service. La présence de commerces et services est une condition nécessaire pour maintenir et améliorer la qualité de vie des habitants d'un territoire, pour attirer de nouveaux résidents et des touristes, pour faire émerger de nouvelles activités économiques (maintien des emplois, attraction d'entreprises). L'accès aux commerces et services influe sur la qualité de vie quotidienne des populations. Les différences d'accessibilité, entre les territoires ou au sein d'un territoire, peuvent constituer une forme d'inégalité entre les habitants. Cet indicateur résume les potentialités d'approvisionnement offertes dans les bassins de vie et les contraintes de mobilité quotidienne, en tenant compte de l'offre présente dans les pôles de services qui maillent le territoire et de la fluidité de circulation pour rejoindre ces pôles. L'échelon territorial retenu est le bassin de vie, pertinent pour l'analyse de l'accessibilité puisque construit comme devant être le plus petit territoire sur lequel peut s'accomplir la majorité des actes « courants »<sup>1</sup>.

Les temps d'accès aux services de la vie courante sont équivalents à la moyenne nationale pour les communes du bassin de vie de Saintes (11,7 min). Par contre, les autres bassins du territoire enregistrent des temps d'accès plus importants (de 17,1 à 20,9 min).

Fig 7. Temps moyen d'accès aux services d'usage courant au plus près du domicile (en minutes) à l'échelle des bassins de vie



Source : INSEE (RP) 2014, distancier Metric

<sup>1</sup> il s'agit de l'accès aux services privés ou publics fréquentés assez souvent (gamme intermédiaire) et de l'accès à l'emploi (Banque, école de conduite, coiffure, restaurant, police/gendarmerie, poste, supermarché, boulangerie, librairie/papeterie/journaux, station-service, épicerie/supérette, collège, école élémentaire, médecin omnipraticien, chirurgien-dentiste, infirmier, pharmacie, laboratoire d'analyses médicales, service d'aide aux personnes âgées, garde d'enfants d'âge préscolaire, salle ou terrain multisports)

## ➤ Une part importante de résidences principales construites avant 1946

En 2016, plus de 48 720 logements sont comptabilisés sur le territoire de la Saintonge Romane, dont une part élevée de résidences principales (86 % *versus* 71 % en Charente-Maritime et 80 % en Nouvelle-Aquitaine). Plus des trois quarts des occupants sont propriétaires de leur résidence principale, cette proportion variant de 58 % en France hexagonale à 65 % en Charente-Maritime. La part de logements vacants atteint 8,7 %, un chiffre comparable au niveau régional mais plus élevé qu'en Charente-Maritime (7,2 %) et France hexagonale (8,0 %).

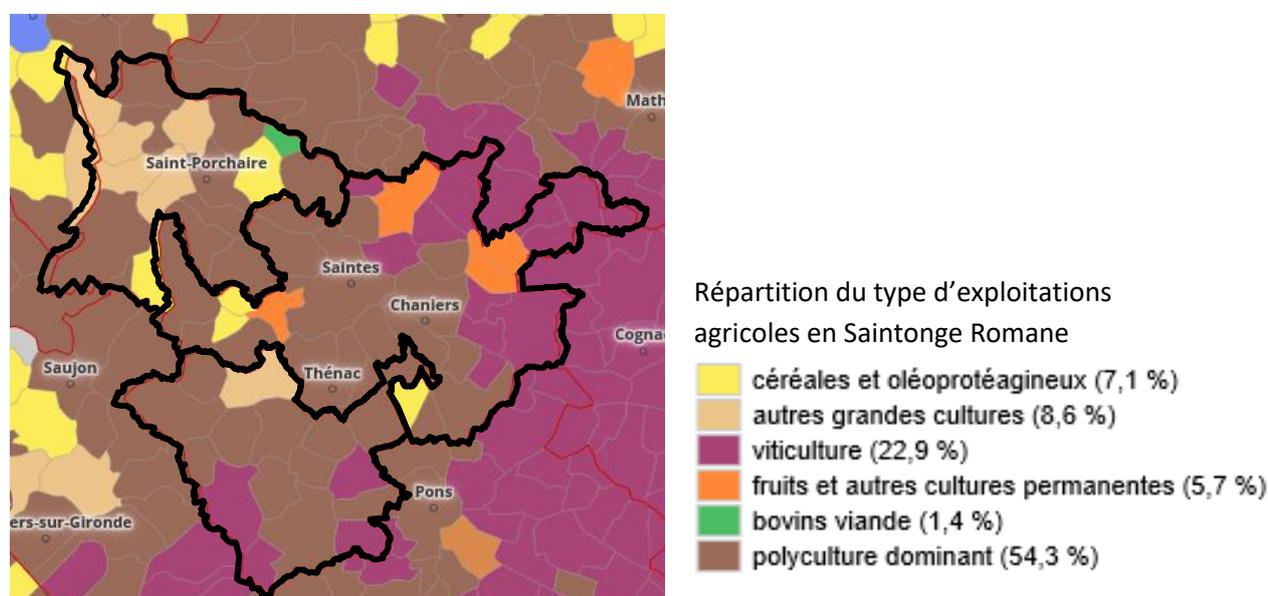
Le lien avéré entre la santé et l'habitat doit amener à porter une attention particulière aux conditions de logement. Ainsi, en 2016, le nombre de résidences principales considérées « sans confort » (ni douche, ni baignoire) est estimé à 154, soit 0,4 % des résidences principales. Cette proportion est identique dans les territoires de référence.

Enfin, 31 % des résidences principales ont été construites avant 1946 soit une part plus élevée que celle observée au niveaux départemental ou régional (25 %).

## ➤ Orientations agricoles du territoire de la Saintonge Romane

L'orientation agricole des communes rend compte des divers modes de production rencontrés. Le territoire de la Saintonge Romane est fortement influencé par la production viticole à l'est du territoire. Cependant, cette production est la principale orientation des exploitations agricoles dans 16 communes du territoire (soit un quart environ). Le territoire est majoritairement couvert par de la polyculture (54 %). Les cultures industrielles (cultures générales, oléo protéagineux et céréales) sont présentes sur 11 communes (15 %), soit 9 communes de plus qu'en 2000.

Fig 8. Orientation des exploitations agricoles en Saintonge Romane (en %)



Source : DRAAF 2010

## ➤ Sites, sols pollués, et installations potentiellement dangereuses

Selon les données de BASOL, base de données accessible sur Internet recensant les sites et sols pollués (ou potentiellement pollués) appelant une action des pouvoirs publics, à titre préventif ou curatif, trois sites pollués ont été recensés sur le territoire. Deux sont situés à Saintes : le Technicentre SNCF (site traité avec surveillance et/ou restriction d’usage) et une ancienne usine à Gaz (site suivi, sans restriction d’usage). Enfin, le site Butagaz situé sur la commune de Douhet est classé SEVESO.

La directive européenne 2010/75/UE relative aux émissions industrielles (IED / Industrial Emissions Directive) concerne les installations potentiellement les plus polluantes, qu’il s’agisse d’émissions dans l’air, l’eau, le sol ou de gestion des déchets. Elle vise notamment à prévenir ces différentes émissions par la mise en œuvre des meilleures technologies disponibles.

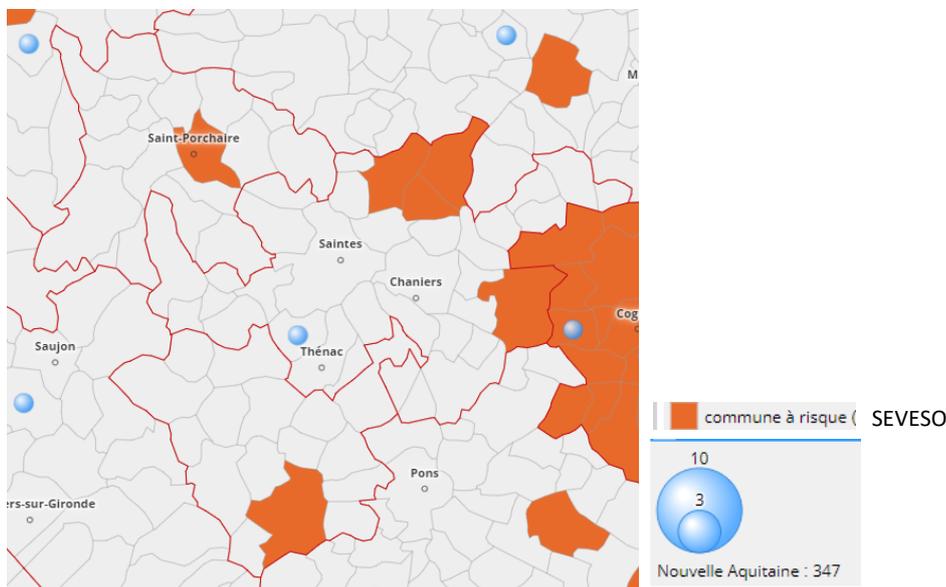
Deux installations sont concernées sur le territoire : une installation « élevage » à Thézac (volaille) et une installation « industrie » à Chermignac (Cognac).

### Six communes en risque SEVESO

La présence d’un site SEVESO seuil haut au Douhet (Butagaz) nécessite une prise en considération particulière. Il convient notamment de respecter les dispositions réglementaires liées aux périmètres de sécurité qui sont mis en place autour du site suite à l’approbation du PPR (Plan de prévention des risques technologiques). Cinq autres communes sont répertoriées en risque Seveso mais de manière plus limitée (seuil bas) : St Porchaire (exploitation de chaux et d’argile), Ecoyeux, Vénérand, Chérac (production de Cognac) et Gémozac (distillateur de Cognac).

Aucune commune en risque nucléaire n’a été répertoriée.

Fig 9. Localisation des industries classées IED en 2018 et de sites en risques industriels SEVESO



Sources S3IC-MEEM, GASPARE-MEEM

## ➤ Potentiel radon

L'arrêté du 27 juin 2018 liste par département les communes de potentiel radon 1, 2 et 3. Les communes qui composent la Saintonge Romane ont un potentiel radon 1. Elles sont localisées sur des formations géologiques présentant des teneurs en uranium les plus faibles.

## ➤ Qualité des eaux distribuées

Sur l'année 2017, selon le rapport annuel du syndicat des eaux de Charente-Maritime, deux unités de distribution situées à l'Ouest de la Saintonge Romane (Clisse et Bussac/St Vaize) ont été concernées par la présence de pesticides dans les eaux distribuées, sur une courte période (moins de 30 jours), et sans risque sanitaire (classe NCO). Un dépassement relatif à la qualité bactériologique et physico-chimique (Chlorure de Vinyle Monomère (CVM), plomb, Nickel, nitrate) a été relevé sur la commune de la Chapelle des Pots en 2017 (non-conformité à 5 %).

## ➤ L'utilisation de pesticides

Bien que quantitativement il soit difficile d'avancer des données précises sur cette question, la littérature scientifique au niveau international a démontré les liens avérés entre utilisation de produits phytosanitaires et dégradation de l'état de santé. Sensibiliser aux risques et adapter les pratiques peut permettre de prévenir le développement de certaines pathologies pour les agriculteurs mais également pour l'ensemble de la population (jardinage, produits ménagers...).

## ➤ Développement de l'ambroisie

L'ambroisie à feuilles d'armoise est une plante invasive originaire d'Amérique du Nord et capable de se développer rapidement dans de nombreux milieux (parcelles agricoles, bords de route, chantiers, friches, etc.). Son pollen, émis en fin d'été, provoque de fortes réactions allergiques (rhinites, etc.) chez les personnes sensibles. Les réactions les plus couramment observées sont les suivantes : rhinite (dans 90 % des cas), conjonctivite (75 %), trachéite (50 %), asthme (50 %), et urticaire (10 %). L'association de 2 ou 3 symptômes chez la même personne est le plus souvent notée.

Une fois qu'un pied d'ambroisie est observé, il faut rapidement l'éliminer car il est difficile de l'éradiquer une fois installé. Aussi, il est important de détruire sur son front de colonisation. La Charente-Maritime est un département concerné par la présence de l'ambroisie, avec plus de 50 observations recensées en 2016.

## ➤ Les particules fines et azote

Les **particules fines** constituent un ensemble de substances particulaires microscopiques, c'est-à-dire de l'ordre du micron (1 micron = un millième de millimètre). Ces substances sont solides ou liquides et restent en suspension dans l'air en général de quelques jours à quelques années. Elles sont transportées sur de longues distances par les courants atmosphériques. Ensuite elles retombent au sol via les pluies ou sous forme de poussières. Elles peuvent être classifiées de différentes façons selon leur origine, leur dimension, leur composition et leur mode de formation. Plus les particules sont petites, plus elles pénètrent facilement dans nos poumons. Ainsi les particules les plus fines (PM 1) sont les plus problématiques, car elles peuvent, via les poumons, se diffuser dans le sang. Certains types de particules semblent plus nuisibles que d'autres : c'est le cas, par exemple, de celles issues de la combustion (suies) du charbon, du diesel et du bois. Les effets sur la santé se font sentir à court, mais surtout à long terme : réactions inflammatoires des poumons, symptômes respiratoires et effets néfastes sur le système cardiovasculaire, pour des expositions de courte durée, aggravation de l'asthme, toux et bronchites chez les enfants, réduction des fonctions pulmonaires et réduction de l'espérance de vie (mortalité cardio-pulmonaire et cancer des poumons), pour des expositions de longue durée. Les conséquences pour la qualité de la vie sont donc graves. Les enfants, les personnes âgées, de même que les personnes souffrant d'asthme ou de maladies cardio-vasculaires sont

particulièrement vulnérables. Les activités humaines, telles que le chauffage (notamment au bois), la combustion de combustibles fossiles dans les véhicules, les centrales thermiques et de nombreux procédés industriels en génèrent également d'importantes quantités, notamment les PM10 (Particulate Matter à 10 microns) et les PM2,5 (Particulate Matter à 2,5 microns).

Le **dioxyde d'azote (NOx)**, est un gaz nocif pour le système respiratoire. Principalement formé lors des processus de combustion, dans les moteurs de voiture mais aussi les centrales électriques, c'est un gaz irritant qui engendre une hyperactivité bronchique. Il augmente la fréquence et l'intensité des crises d'asthme et peut favoriser des affections pulmonaires chez l'enfant.

Les données sur l'air et l'environnement extérieur montrent des hétérogénéités selon les 3 EPCI :

D'une part, les taux d'émissions montrent des valeurs inférieures aux taux départementaux et régionaux sur les communes de la CA de Saintes en PM10 (essentiellement dues au résidentiel/tertiaire et au transport), en PM2,5 (issues majoritairement du résidentiel et au secteur tertiaire et au transport) et en dioxyde d'azote (Nox) principalement dû au transport routier (80 %).

D'autre part, ces mêmes données indiquent des émissions plus élevées sur la CC Cœur de Saintonge et la CC de Gémozac et Saintonge Viticole qu'au niveau régional et départemental, en PM10 (dont la moitié est issue de l'agriculture et un tiers aux activités industrielles), en PM2,5 (dont les deux tiers sont issus du résidentiel et du secteur agricole), et en dioxyde d'azote (Nox) principalement dû au transport routier (80%). A noter également que la CC de Gémozac et Saintonge Viticole a une densité d'émissions de particules fines PM2,5 deux fois plus élevée que la CC Cœur de Saintonge (respectivement 10,0 vs 5,1 kg/an/hab).

### ➤ La présence du moustique « tigre »

Le moustique *Aedes albopictus* dit moustique tigre est vecteur de maladies telles que la dengue, le chikungunya ou le zika. La lutte contre ce moustique est donc une composante de la lutte antivectorielle (LAV). En métropole, il s'est développé rapidement depuis 2004 et est désormais implanté dans 51 départements (au 1<sup>er</sup> janvier 2018). La Charente-Maritime est considérée comme un département dans lequel il est implanté et actif, c'est-à-dire durablement installé et se multipliant.

### ➤ L'activité physique et sportive

En termes de politiques publiques, les municipalités ou communautés de communes peuvent jouer un rôle important dans le développement de conditions propices à des comportements bénéfiques pour la santé comme des structures facilitant les déplacements actifs. Exceptés pour les hommes de moins de 59 ans, les taux de licences sportives délivrées auprès des jeunes, des 60 ans ou plus et des femmes quel que soit l'âge, se révèlent plus faibles qu'ailleurs.

Fig 10. Licences sportives (nombre et taux pour 100 hab.) en 2016

	Saintonge Romane		Charente-Maritime	Nouvelle-Aquitaine
	nombre	taux	taux	taux
Licences délivrées aux 5-19 ans				
- Hommes	7 133	87,1	85,5	84,8
- Femmes	3 915	51,4	56,3	57,1
Licences délivrées aux 20-59 ans				
- Hommes	5 373	26,1	23,4	25,2
- Femmes	2 338	10,7	10,5	12,3
Licences délivrées aux 60 ans et plus				
- Hommes	1 620	12,8	13,1	13,5
- Femmes	1 118	7,1	7,9	8,8

Sources : Ministère de la ville, de la jeunesse et des sports, Insee (RP 2016)

## ➤ Les questions de qualité de vie au travail à ne pas oublier

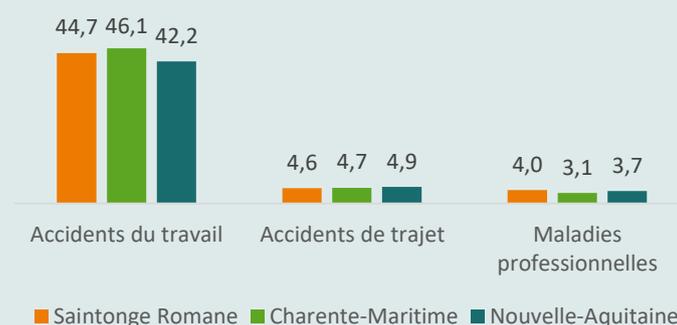
Le milieu du travail est en constante évolution et les conditions de travail peuvent engendrer des conséquences sur la santé qu'il est important de prévenir. La santé au travail s'applique ainsi à une grande variété d'aspects touchant aux conditions physiques et psychosociales, à l'environnement, à l'organisation... En France, des données sont recueillies pour suivre les fréquences d'accidents du travail, de trajets ou de maladies professionnelles en fonction des secteurs d'activités.

Sur la Saintonge Romane, les indices de fréquence des accidents du travail et des accidents de trajet sont plus faibles que la moyenne départementale en 2018 pour les salariés du régime général (avec 795 accidents du travail recensés et 82 accidents de trajet). Cependant, deux secteurs affichent notamment des indices de fréquence d'accidents de travail élevés : cela concerne les salariés du bâtiment et des travaux publics ainsi que ceux des services et de la métallurgie.

Avec 71 maladies professionnelles reconnues en 2018, l'indice de fréquence est plus élevé que celui du département et de la région. 97 % de ces maladies professionnelles sont des troubles musculosquelettiques (TMS).

Ces données concernent les entreprises installées sur le territoire. Les salariés de ces entreprises peuvent ne pas être domiciliés sur la Saintonge Romane.

Fig 11. Indices de fréquence des accidents du travail, du trajet et de maladies professionnelles en 2018 (pour 1 000 salariés du régime général)



Source : Carsat / Exploitation : ORS Nouvelle-Aquitaine

## V. L'ÉTAT DE SANTÉ

### ➤ Une sous mortalité générale malgré une surmortalité masculine par causes externes (notamment suicide)

*Les analyses des causes principales de décès et de l'âge au moment du décès permettent de dresser un panorama objectif des disparités spatiales existantes, qui peut aider les décideurs à cibler les facteurs de risque sur lesquels agir en priorité. Ces données domiciliées sont issues des certificats de décès.*

Entre 2011 et 2015, **près de 900 décès surviennent chaque année** en moyenne sur la Saintonge Romane. Standardisés sur l'âge (c'est-à-dire rapportés à une structure par âge comparable à celle de la France), les taux de mortalité générale (pour toutes les causes de décès) se montrent statistiquement inférieurs au niveau national, excepté pour les hommes où il est similaire au taux national.

Parmi ces décès, **165 ont lieu avant l'âge de 65 ans soit 18 %**, et sept décès prématurés sur dix concernent les hommes (115 décès prématurés masculins). Par ailleurs, un peu plus d'un tiers (35 %) de ces **décès prématurés sont dits « évitables<sup>2</sup> »**. Le territoire présente une **surmortalité « prématurée » et « prématurée évitable » chez les hommes** par rapport à la France hexagonale alors que chez les femmes, la situation est identique entre les deux territoires.

Les **principales causes de mortalité**, tous âges et sexes confondus, sont les tumeurs malignes (262 décès annuels soit 29 % de l'ensemble des décès) et les maladies de l'appareil circulatoire (ou maladies cardiovasculaires) (26 %) qui représentent à elles seules plus de la moitié des décès enregistrés.

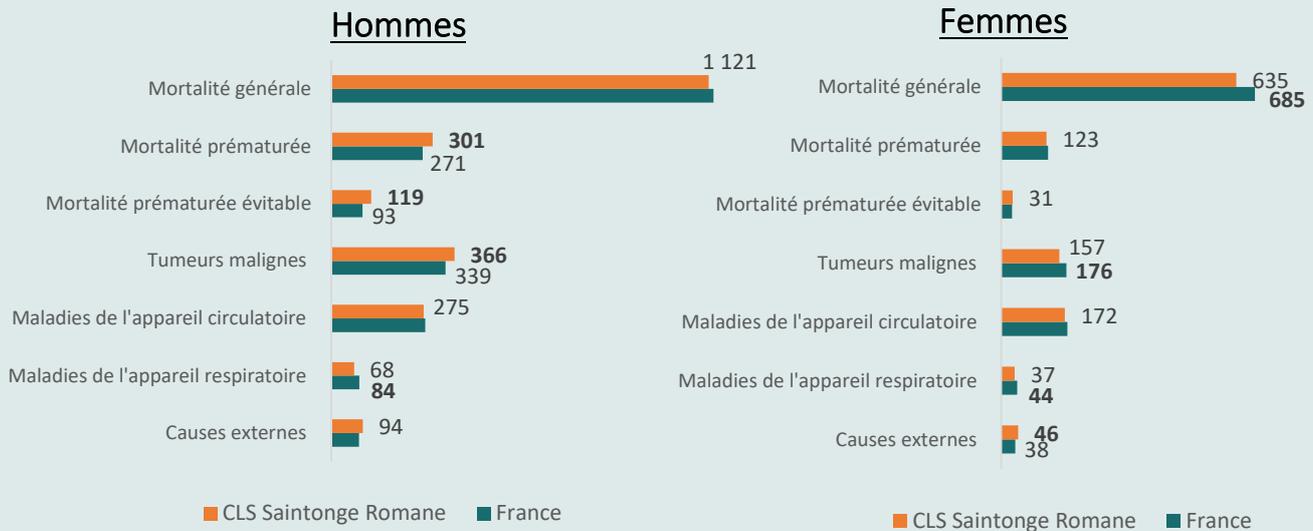
La **mortalité par tumeur maligne** ne diffère pas significativement du niveau national. Cependant, il existe une surmortalité masculine par cancer, particulièrement dans la CA de Saintes, alors que le niveau de la mortalité par cancer chez les femmes est inférieur à celui de la France, spécifiquement sur le secteur de Cœur de Saintonge

De même, il **n'existe pas de différence pour la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire** chez les hommes comme chez les femmes. Les cardiopathies ischémiques, les maladies vasculaires cérébrales et l'insuffisance cardiaque chronique représentent la majorité des décès dus à ces pathologies. Les principaux facteurs de risque de leur survenue sont l'hypercholestérolémie, l'hypertension artérielle, le diabète, le tabagisme, l'alimentation et un mode de vie sédentaire.

Parmi les autres causes de décès étudiées, une **sous-mortalité par maladies de l'appareil respiratoire** est également observée quel que soit le sexe. La mortalité par pathologies liées au tabac ou à l'alcool (respectivement 138 et 28 décès annuels moyens) ne montre pas de différence significative avec le niveau national. Enfin, l'analyse de la mortalité par causes externes montre une **surmortalité masculine** sur le territoire de la Saintonge Romane et en particulier dans la CA de Saintes. Avec respectivement 24 et 7 décès annuels, cette surmortalité masculine concerne **les suicides et les accidents de la circulation** même si le taux est difficilement interprétable du fait de la faiblesse des effectifs de décès observés sur le territoire.

<sup>2</sup> : regroupe des causes de décès évitables par une réduction des comportements individuels à risque, incluant le tabagisme, la consommation nocive d'alcool ou la conduite routière dangereuse, et intègre les cancers des voies aérodigestives supérieures, de l'œsophage, du poumon, les psychoses alcooliques, les cirrhoses, les accidents de la circulation, les chutes accidentelles, les suicides et le sida. Cette définition va être modifiée prochainement suite aux travaux menés par un groupe d'experts internationaux.

Fig 12. Taux standardisés de mortalité par cause et par genre sur la période 2011-2015



Note : la valeur France est indiquée uniquement quand il existe une différence significative entre la valeur du CLS et la valeur France. En **gras** est indiquée la valeur la plus élevée.

Sources : Inserm CepiDc, Insee ()  
Exploitation : ORS Nouvelle-Aquitaine

### ➤ Une moindre prise en charge en affections de longue durée hormis pour le diabète de type 2

Destiné à la prise en charge financière des soins liés à une maladie chronique nécessitant un traitement prolongé et une thérapeutique coûteuse, le dispositif des affections de longue durée (ALD) des caisses d'assurance maladie constitue l'approche la plus souvent utilisée pour estimer la morbidité sur un territoire qui reste difficilement quantifiable. La limite existante est le plus souvent liée aux personnes qui ne font pas la demande d'inscription dans ce dispositif conduisant à une sous-estimation du nombre réel d'individus atteints.

Au 31 décembre 2017, près de 25 600 ALD étaient prises en charge en Saintonge Romane. Standardisé sur l'âge, le taux de prévalence des ALD est inférieur à celui de la France hexagonale chez les femmes, alors que chez les hommes, il est identique.

Chez les femmes, les taux de prévalence pour tumeurs malignes et pour maladies de l'appareil circulatoire sont inférieurs au niveau national. Chez les hommes, le territoire présente un taux prévalent d'ALD pour les maladies de l'appareil circulatoire supérieur au niveau national, particulièrement sur le territoire de la CA de Saintes de de la CC de Gémozac et Saintonge Viticole. Le taux masculin pour les ALD par tumeur est identique au niveau national. Concernant les ALD pour diabète de type 2, elles sont plus fréquentes sur le territoire et plus précisément sur le territoire de Gémozac et Saintonge viticole. Pour les ALD relatives à l'asthme et à celles relatives aux bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO), une moindre fréquence de prise en charge en ALD est constatée.

Enfin, 715 personnes de 65 ans ou plus étaient prises en charge au titre d'une ALD pour maladies d'Alzheimer et autres démences, soit un taux de prévalence identique à celui de la France.

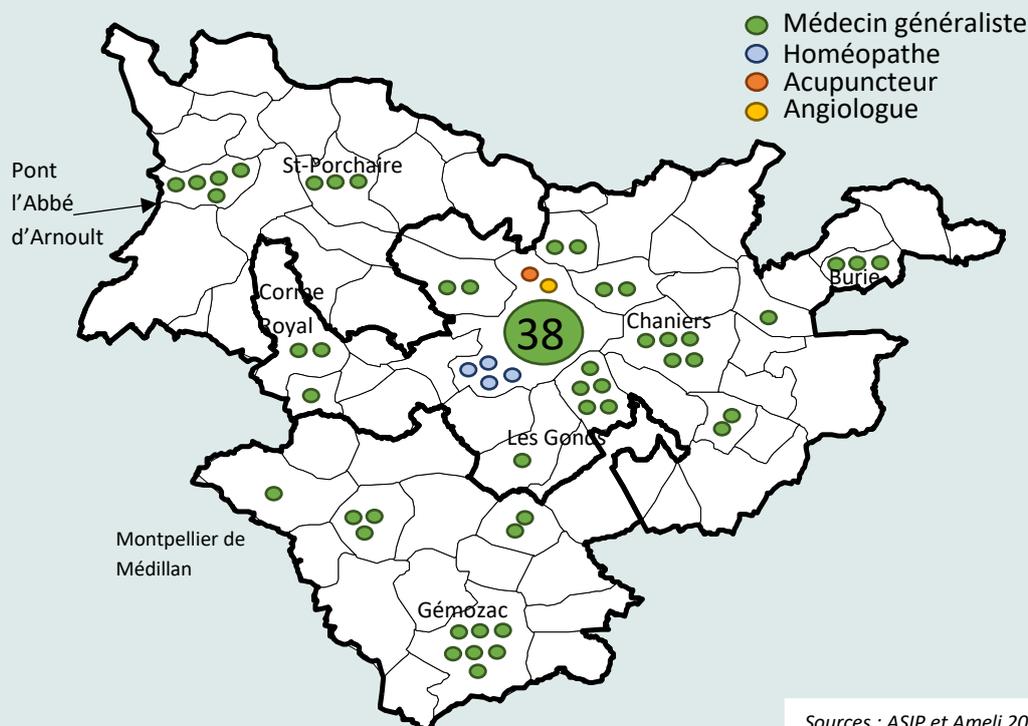
## VI. OFFRE DE SANTÉ ET RECOURS AUX SOINS

### ➤ Une densité en médecin généraliste inférieure et hétérogène au sein du territoire

Fin janvier 2019, **85 médecins généralistes libéraux** (hors remplaçants) étaient installés sur le territoire de la Saintonge Romane, dont trois quarts sur la CA de Saintes (Cf fig 13). Un quart de ces médecins généralistes (soit 23) étaient âgés de 60 ans ou plus. Selon les territoires, cette proportion varie de 13 % (CC Cœur de Saintonge) à 31 % (CA de Saintes).

La **densité en médecins généralistes est inférieure** à celles observées dans les territoires de référence : 94,4 pour 100 000 habitants versus 104,6 en Charente-Maritime et 100,9 en Nouvelle-Aquitaine. Elle est hétérogène à l'intérieur du territoire, variant de 46,4 sur la CC Cœur de Saintonge, 91,6 sur la CC de Gémozac et Saintonge viticole à 108,8 sur la CA de Saintes. La densité relative aux personnes de 75 ans et plus, dont les besoins de santé sont plus importants, est favorable dans le territoire par rapport au département : 844 médecins généralistes pour 100 000 personnes âgées de 75 ans et plus, contre 830 en Charente-Maritime. Cette densité est homogène sur le CA de Saintes et de la CC de Gémozac et Saintonge viticole ; cependant, elle est deux fois moins élevée sur la CC Cœur de Saintonge (497 médecins généralistes pour 100 000 personnes âgées de 75 ans et plus).

Fig 13. Localisation des médecins généralistes libéraux ou mixtes en janvier 2019



Sources : ASIP et Ameli 2019  
Exploitation : ORS Nouvelle-Aquitaine

### Une commune du territoire sur deux classée en zone d'intervention prioritaire (ZIP) ou zone d'action complémentaire (ZAC)

L'ARS Nouvelle-Aquitaine a arrêté le 4 juillet 2018 le nouveau zonage médecin. Élaboré sur la base de critères objectifs et identiques pour l'ensemble de la France, il prend en compte différents critères tels que les besoins de soins en fonction de l'âge des habitants, le temps d'accès par la route vers le médecin généraliste, le volume d'activités des médecins, pour prendre en compte le manque de médecins, et anticiper les départs à la retraite.

Ce zonage identifie deux catégories de territoires qui se distinguent par l'importance des difficultés d'accès aux soins et par les moyens mis en œuvre pour remédier aux problèmes de démographie médicale :

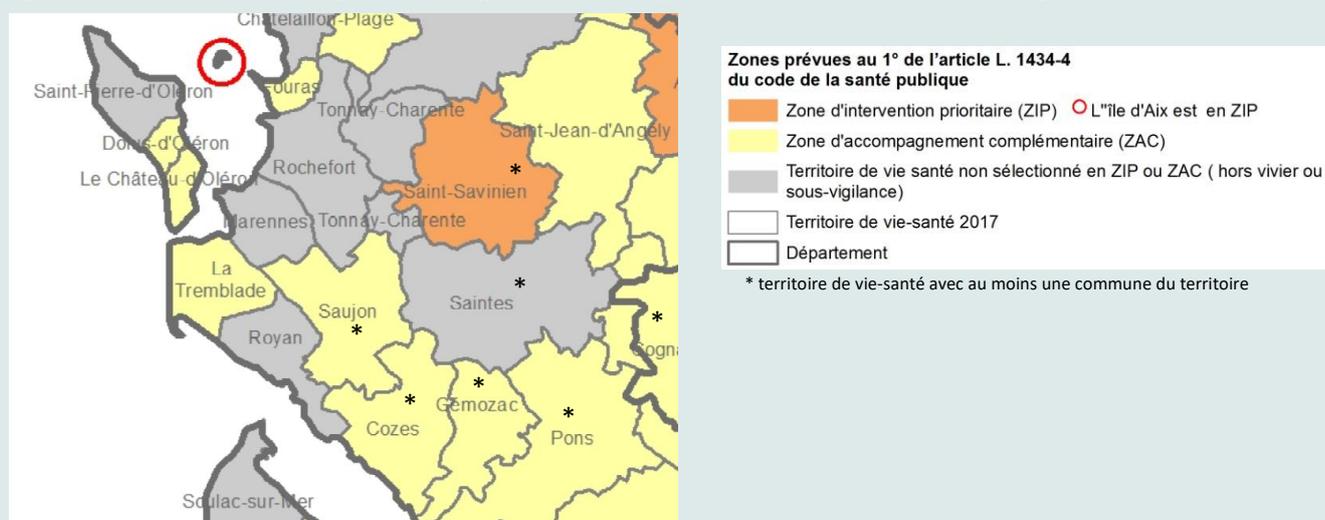
- les « zones d'intervention prioritaire » (ZIP) qui représentent les territoires les plus durement confrontés au manque de médecins et où les aides incitatives financières sont les plus importantes ;
- les « zones d'action complémentaire » (ZAC), moins impactées par le manque de médecins mais qui nécessitent de mettre en œuvre des moyens pour éviter que la situation ne se détériore.

Parmi les 70 communes de la Saintonge Romane :

- 7 situées au sein du territoire de vie-santé de Saint-Savinien sont classées en ZIP (10 %) : Beurlay, Geay, Plassay, Port d'Envaux, Romegoux, St Porchaire, St Vaize.
- 27 sont classées en ZAC (39 %).

Les autres communes appartiennent à des territoires de vie-santé ne relevant pas de ZIP ou ZAC.

Fig 14. Zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins en médecine générale en 2018



### 10 % de la population est en sous-densité médicale, selon l'APL

Calculée à l'échelle communale par la DREES en 2016, l'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) à un médecin généraliste de moins de 65 ans tient compte de l'activité réelle des médecins généralistes (nombre d'actes annuels), de la distance à laquelle ils se trouvent (mesurée par temps de trajet en voiture), et de la répartition de la population par âge reflétant ses besoins théoriques. L'indicateur se traduit par un nombre de consultations accessibles par personne et par an. Sur la Saintonge Romane, 10,2 % de la population (soit 9 000 personnes) appartient à une commune dont l'accessibilité potentielle localisée à un médecin généraliste de moins de 65 ans est inférieure à 2,5 consultations ou visites par an et par habitant, soit le seuil en dessous duquel la commune est considérée comme « sous-dense ». Cette proportion est de 6,4 % en Charente-Maritime et de 10,2 % en Nouvelle-Aquitaine. Cette proportion est beaucoup plus élevée dans le CC Cœur de Saintonge où un peu moins d'une personne sur deux est en sous-densité médicale (46 %).

## ➤ Une offre de soins de spécialistes libéraux concentrée principalement dans la CA de Saintes et moins élevée qu’au niveau départemental

Concernant les spécialistes libéraux, les densités médicales sont beaucoup plus élevées dans la CA de Saintes que sur les deux autres communautés de communes, quelle que soit la spécialité médicale.

En janvier 2019, 29 pharmacies ont été recensées sur le territoire soit une densité de 32 pour 100 000 habitants : 35 dans la CA de Saintes (n=21), 28 dans la CC de Gémozac et Saintonge viticole et 23 pour la CC Cœur de Saintonge. Cette densité est plus faible que celle des autres échelons géographiques.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2018, 133 infirmiers libéraux sont comptabilisés sur le territoire, qui représentent une densité de 15 infirmiers pour 10 000 habitants. Cette densité est semblable au niveau départemental et national mais moins élevée qu’au niveau régional. Les autres professionnels de santé affichent des densités moins élevées que les valeurs de référence.

Fig 15. Nombre et densités de professionnels de santé libéraux (pour 10 000 habitants ou \* pour 10 000 femmes) en 2018

	Saintonge Romane		Charente-Maritime	Nouvelle-Aquitaine	France hexagonale
	nombre	densité	densité	densité	densité
Infirmiers	133	14,6	14,5	17,9	14,4
Masseurs-kinésithérapeutes	79	8,7	11,3	11,4	10,4
Chirurgiens-dentistes	47	5,2	5,5	5,4	5,3
Orthophonistes	20	2,2	2,6	2,6	3,0
Sages-femmes*	4	0,8	1,6	1,7	1,8

Source : FNPS – INSEE (cartos@nté)

## ➤ Deux Maisons de santé pluridisciplinaires

Majoritairement implantées dans des bassins de vie à dominante rurale, les MSP renforcent l’attractivité des territoires pour les professionnels de santé et améliorent la qualité des soins et du suivi médical, grâce à une prise en charge pluri-professionnelle et coordonnée des patients. Elles se différencient des cabinets de groupe par un exercice pluriprofessionnel et coordonné, c’est-à-dire dont la collaboration entre les différents professionnels de l’équipe est formalisée par un projet de santé validé par l’Agence Régionale de Santé (ARS). Elles naissent avant tout des initiatives locales menées par des professionnels de santé et des élus locaux.

La Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) à Pont l’Abbé-D’Arnoult regroupe 37 professionnels de santé de St Porchaire et de Pont l’Abbé-d’Arnoult dans le cadre d’une Société interprofessionnelle de soins ambulatoires (Sisa) qui regroupe des pharmaciens, médecins, infirmiers mais également des orthophonistes, et des kinésithérapeutes. Les internes et stagiaires sont également accueillis et logés dans une maison dédiée.

Une autre MSP multisite est implantée à St Césaire et Burie. L’équipe de la MSP de Burie est composée de 3 médecins généralistes, 3 infirmières, 2 orthophonistes, 1 diététicienne, 1 éducatrice spécialisée, 1 psychologue et 1 infirmier Asalée. La MSP fait partie d’une SISA qui regroupe plusieurs autres professionnels du territoire et qui finance une partie de la prise en charge des professionnels de santé non remboursés telles que la diététicienne, l’éducatrice spécialisée ou la psychologue.

## ➤ Un recours au médecin généraliste et au chirurgien-dentiste plus important

En 2018, 89 % des assurés et ayants-droit ont eu recours à une consultation ou visite d’un médecin généraliste au moins une fois dans l’année. Cette proportion est plus importante qu’ailleurs, puisqu’elle varie de 85 % en France hexagonale et en Nouvelle-Aquitaine à 88 % en Charente-Maritime. Elle est particulièrement élevée dans la CC de Gémozac et Saintonge Viticole avec un taux de recours de 92 %. En outre, 40 % des assurés et ayants-droit ont eu recours à un chirurgien-

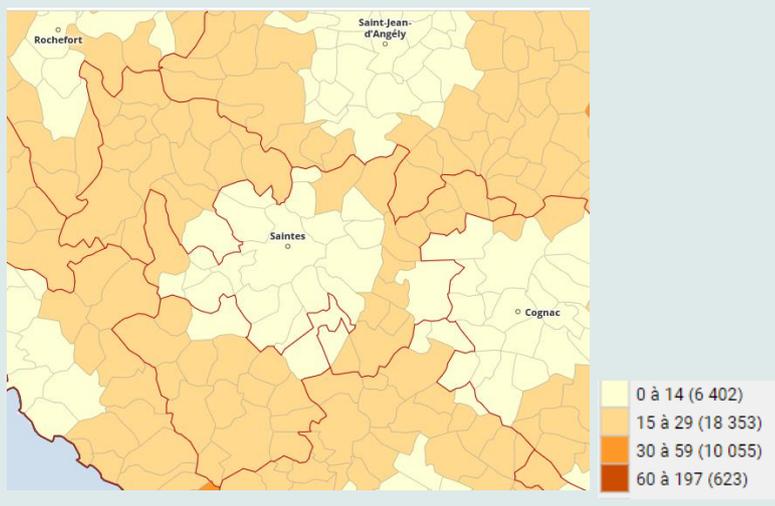
dentiste, soit une proportion aussi élevée (38 % en Charente-Maritime, 37 % en France hexagonale, et 35 % au niveau régional).

### ➤ Un recours nettement plus élevé au service des urgences, avec un temps d'accès inférieur

Avec plus de 47 200 passages dans un service des urgences des résidents du territoire en 2018, le taux de recours aux urgences est de 55 pour 100 habitants contre moins d'un tiers au niveau régional (29). Toutefois, avec ¼ des patients hospitalisés à la suite du passage aux urgences, le taux d'hospitalisation est légèrement inférieur à celui de la Charente-Maritime et de la Nouvelle-Aquitaine (26 %).

Toutes les communes du territoire ont un temps d'accès à un service d'urgences inférieur à 30 minutes, variant de 0 (Saintes) à 28 minutes (Virollet) et de moyenne 16,5 minutes. Ce temps moyen est inférieur à celui de la Nouvelle-Aquitaine (25 min) et de la France (23 min). Les communes de la CA de Saintes ont un temps d'accès moyen (13,6 min) inférieur aux deux autres EPCI (19 min).

Fig 16. Temps d'accès à un service d'urgences par commune en 2017 (minutes)



Sources : FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS ARA

### ➤ Moins de prises en charge en psychiatrie générale mais plus en psychiatrie infantile

Les données de l'activité médicale recueillies dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) permettent d'analyser les maladies motivant les recours hospitaliers. Les séjours considérés sont affectés au lieu de résidence du patient et concernent les unités de soins des établissements de santé publics et privés. Du fait du caractère médico-économique de ces données, leur principale limite est de ne repérer que la morbidité traitée par le système de soins. Le recours hospitalier dépend de l'état de santé de la population, mais aussi de l'accessibilité de l'offre, des pratiques médicales des professionnels et des habitudes de recours des personnes.

En 2015, les habitants de la Saintonge Romane ont effectué près de 9 700 séjours hospitaliers en médecine et 8 600 en chirurgie. A structure d'âge égale, les taux d'hospitalisations en médecine comme en chirurgie sont proches de ceux de la Charente-Maritime quel que soit le sexe. Mais, comparés aux niveaux régionaux et nationaux, les taux de recours aux services de médecine et de chirurgie sont plus faibles (Fig 17).

Les fréquences de prises en charge en psychiatrie générale (concerne les adultes) sont inférieures à celles observées au niveau national, excepté la prise en charge à temps complet chez les femmes qui est plus élevée en Saintonge Romane

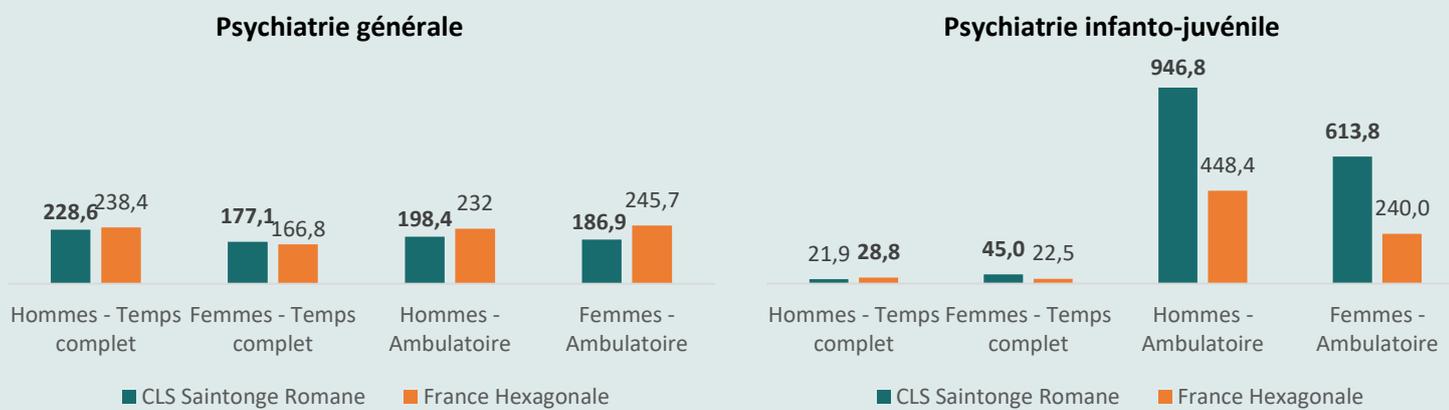
(177 vs 167 pour 1 000 habitants). En revanche, les prises en charge en psychiatrie infanto-juvénile se montrent largement supérieures à celles des autres échelons géographiques étudiés.

Fig 17. Hospitalisation des habitants en médecine et en chirurgie selon le sexe (Nombres et taux pour 1 000 habitants en 2015)

	Saintonge Romane		Charente-Maritime	Nouvelle-Aquitaine	France hexagonale
	nombre	taux	taux	taux	taux
<b>Séjours hospitaliers en médecine</b>					
- Hommes	5 005	113,2	116,4	125,3	126,2
- Femmes	4 674	88,5	88,8	98,7	99,7
<b>Séjours hospitaliers en chirurgie</b>					
- Hommes	4 140	91,8	91,6	90,5	88,3
- Femmes	4 443	86,1	85,9	83,6	82,4

Sources: ATIH PMSI MCO, Insee

Fig 18. Prise en charge des habitants de la Saintonge Romane en psychiatrie (taux standardisés pour 1 000 habitants - 2015)



Sources : ATIH RIM-P, Insee / Réalisation : ORS Nouvelle-Aquitaine

## ➤ Des taux de remboursement de médicaments à visée cardiovasculaire importants

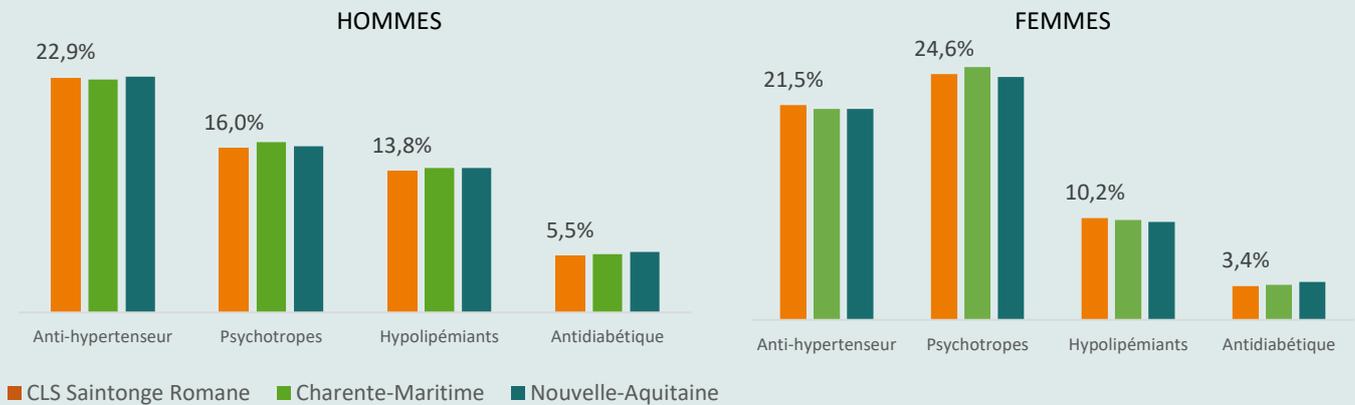
Un psychotrope désigne une substance ayant un effet sur l'activité cérébrale au niveau du système nerveux central. D'un point de vue médical, le terme renvoie plus généralement à une famille de médicaments, les psychotropes. Ils sont prescrits ou administrés pour traiter différents symptômes tels que les troubles anxieux (anxiolytiques), les épisodes dépressifs (antidépresseurs), les troubles du sommeil (hypnotiques), les psychoses (neuroleptiques), etc.

Parmi les habitants du territoire, près de 18 700 bénéficiaires de l'inter régimes ont eu au moins un remboursement de psychotropes en 2018, dont près des deux tiers étaient des femmes. A structure d'âge égale, les taux de remboursement des psychotropes sont identiques aux niveaux départemental et régional, avec 16 % des hommes et 24,6 % des femmes concernés. Chez les hommes comme chez les femmes, ce sont les tranquillisants puis les antidépresseurs qui sont les psychotropes les plus fréquemment remboursés (Fig 19).

Mais ce sont surtout les médicaments à visée cardiovasculaire qui révèlent les taux de remboursement les plus élevés quel que soit le sexe. Ainsi, près de 20 500 bénéficiaires de l'inter régimes ont eu au moins un remboursement d'antihypertenseurs en 2018, soit 23 % des hommes et 22 % des femmes ; et près de 11 100 bénéficiaires pour les hypolipémiants - qui visent à diminuer les triglycérides et/ou le cholestérol circulant dans le sang -, soit 14 % des hommes et 10 % des femmes.

Le recours aux antidiabétiques concerne plus de 4 080 bénéficiaires enregistrés, soit 6 % des hommes et 3 % des femmes. Ce recours est plus fréquent parmi les habitants de la CC de Gémozac et Saintonge viticole, ce qui conforte le constat d'une prévalence d'ALD pour diabète de type 2 plus élevée sur ce territoire.

**Fig 19.** Taux standardisés de bénéficiaires inter-régimes ayant eu au moins un remboursement de médicaments selon le type et le sexe en 2018 (pour 100 habitants)



Sources : ARS SNIIRAM-DCIR, Insee RP 2016 / Réalisation : ORS Nouvelle-Aquitaine

### ➤ Une quarantaine d’actions annuelles de prévention et de la promotion de la santé

Au niveau de l’ARS, le suivi et la valorisation des actions de prévention s’effectue via la plateforme OSCARS. Entre 2015 et 2017, 38 projets financés par l’ARS ont été menés en Saintonge Romane. Par ordre décroissant, les thèmes abordés portaient sur la précarité, la santé mentale, la nutrition, les conduites addictives, l’environnement, la santé scolaire et les compétences psychosociales. Ces projets ont concerné tout ou partie de la population du territoire (personnes en difficulté socio-économique, les jeunes de 16 à 25 ans en insertion professionnelle, les adolescents, les professionnels de santé, du social ou de l’éducation, personnes de plus de 55 ans ou en difficultés socio-économiques, jeunes de 16 à 25 ans en insertion professionnelle).

### ➤ Un dispositif de coordination : la PTA

Les plateformes territoriales d’appui (PTA) ont pour objectif d’organiser et de mettre en œuvre des fonctions d’appui aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux pour la prise en charge des patients relevant de parcours de santé complexes, quel que soit leur âge, leur pathologie ou leur handicap. Ainsi, trois missions ont été attribuées aux PTA<sup>3</sup> :

- Informer, conseiller et orienter les professionnels, les patients et leur entourage vers les ressources sanitaires, sociales, et médico-sociales du territoire
- Soutenir l’organisation des parcours de santé complexes pour favoriser le maintien à domicile
- Soutenir les pratiques et les initiatives professionnelles en matière d’organisation et de sécurité des parcours, d’accès aux soins et de coordination.

La PTA de Charente-Maritime est organisée autour de 3 secteurs disposant chacun d’une équipe pluridisciplinaire dont celui de Saintes/St Jean d’Angely et de Royan/Jonzac

### ➤ L’éducation thérapeutique du patient (ETP)

Selon l’article L1161-1 du Code la santé Publique « L’éducation thérapeutique s’inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie ».

<sup>3</sup> Pour plus d’informations, se reporter au document de l’ARS Nouvelle-Aquitaine : Plateformes territoriales d’appui (PTA). Document régional d’orientation et d’appui.

## La situation en Nouvelle-Aquitaine et en Charente-Maritime

En Nouvelle-Aquitaine, l'ARS recense 445 programmes d'ETP autorisés au 1er Août 2018. Sur 385 programmes d'ETP (soit 87 % de l'ensemble des ETP en région), 45 739 patients auraient bénéficié d'un programme d'ETP en 2017 soit moins de 29 % des patients entrant nouvellement dans une ALD en Nouvelle-Aquitaine. Rapporté au nombre d'habitants ou au nombre d'ALD, la Charente-Maritime est un département qui est un des moins doté en programmes d'ETP, avec les Landes et les Deux-Sèvres. Les pathologies concernées par les programmes d'ETP sont très diverses. Quel que soit le département, les maladies endocriniennes et tout particulièrement le diabète sont des pathologies qui mobilisent le plus de programmes d'ETP. Ainsi 27 % des programmes d'ETP autorisés sur la région N-A concernent le diabète ou l'obésité. Viennent ensuite les maladies cardio-vasculaires avec près de 14 % des programmes d'ETP, la psychiatrie (9 %) et les maladies respiratoires (asthme, BPCO, insuffisance respiratoire) 8%. En Charente-Maritime, 4 programmes d'ETP sur 10 concernent les maladies endocriniennes, puis la psychiatrie avec 5 programmes, devant les maladies cardiovasculaires et respiratoires.

Fig 20. Répartition des pathologies ciblées par les ETP par territoire (effectif et %)

	Nouvelle-Aquitaine (n=445)	Charente-Maritime (n=34)
Diabète	16 % (n=73)	24 % (n=8)
Maladies cardiovasculaires	14 % (n=63)	12 % (n=4)
Obésité	11 % (n=48)	15 % (n=5)
Psychiatrie	9 % (n=39)	15 % (n=5)
Maladies respiratoires	8 % (n=37)	9 % (n=3)

Source : ARS (Bilan 2018 de l'ETP en Nouvelle-Aquitaine)

## Six programmes ETP spécifiques en Saintonge Romane et une unité ressource

En plus des programmes d'ETP couvrant totalement la région ou la Charente-Maritime, 6 programmes ont été recensés sur le territoire de Saintes : 2 concernant plusieurs pathologies. De plus, le CH de Jonzac, couvrant une partie du territoire de la Saintonge Romane, est porteur de 5 programmes d'ETP : 3 en psychiatrie, 1 en addictologie et 1 pour les patients diabétiques. Il existe également sur le territoire une unité de ressources et de coordination entre les différentes équipes (professionnels libéraux, structures privées et des associations d'usagers) : **Unité Transversale et Territoriale d'Education du Patient (UTTEP) de Saintonge**

Fig 21. Caractéristiques des programmes ETP proposés spécifiquement sur la Saintonge Romane (année)

Nom de l'ETP	Nom et localisation de l'organisme porteur	Pathologie et population spécifique
Mieux vivre la maladie pour les personnes atteintes d'une maladie chronique ou d'un cancer et aux aidants <a href="http://www.les-enchanteuses.fr">www.les-enchanteuses.fr</a>	LES ENCHANTEUSES Saintes	Polypathologie
Mieux vivre avec une Hyper Tension Arterielle et/ou une maladie cardio-vasculaire <a href="http://www.msa.fr/lfy/sante/ateliers-education-therapeutique-du-patient">www.msa.fr/lfy/sante/ateliers-education-therapeutique-du-patient</a>	Mutualité Sociale Agricole (MSA) Saintes	Maladies cardiovasculaires Diabète Maladies respiratoires Polypathologie (adultes uniquement)
Apprendre à mieux vivre avec son asthme <a href="http://www.ch-saintonge.fr/annuaire-soins/services/474">www.ch-saintonge.fr/annuaire-soins/services/474</a>	CENTRE HOSPITALIER DE SAINTONGE - L'EOLIENNE L'ECOLE DE L'ASTHME - Saintes	Maladies respiratoires
Education thérapeutique du patient après AVC	CENTRE HOSPITALIER DE SAINTONGE - Saintes	Maladies cardiovasculaires
Education thérapeutique du patient sous chimiothérapie orale	CENTRE HOSPITALIER DE SAINTONGE - Saintes	Cancers
Programme d'ET de l'enfant et de l'adolescent, porteurs d'un diabète de type 1	CENTRE HOSPITALIER DE SAINTONGE - Saintes	Diabète

Source : [ETHNA](http://ETHNA)<sup>4</sup>

<sup>4</sup> ETHNA : Education thérapeutique du patient en Nouvelle-Aquitaine (<https://ethna.net/>)

## VII. PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP ET DES PERSONNES ÂGÉES

### ➤ Davantage de bénéficiaires d'une allocation d'éducation de l'enfant handicapé

Sur le territoire, 1 605 personnes sont bénéficiaires d'une allocation pour adultes handicapés (AAH) fin 2016, et 505 bénéficiaires d'une allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH).

Ainsi, 3,8 % des 20-59 ans sont concernés par un handicap reconnu soit un point de moins qu'en France hexagonale. Cette proportion est la même qu'au niveau départemental, mais plus qu'au niveau national (2,9 %).

En revanche, la part de la population de moins de 20 ans concernée est supérieure au niveau national : 2,4 % *versus* 1,7 % et régional (1,9 %).

### ➤ La présence de trois ESAT et de deux IME

En 2018, le territoire de la Saintonge Romane recense 107 places en foyer de vie en accueil de jour, modulable ou temporaire, soit un taux d'équipement (nombre de places installées pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans) de 2,5 (*versus* 1,0 et 0,7 aux niveaux départemental et régional). Avec 158 places en établissement et service d'aide par le travail (ESAT) réparties sur 3 établissements (Gémozac, Saintes et Ste Gemme), le taux d'équipement est de 3,7 pour 1 000, ce qui est plus élevé que le taux départementale (1,8) et régional (2,1).

Pour l'accompagnement de l'enfant handicapé, le territoire compte deux instituts médico-éducatifs (IME) situés à Saintes et à St Georges des Coteaux de 97 places, soit un taux d'équipement de 4,8 pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans (*versus* 5,5 en Charente-Maritime et 5,0 en Nouvelle-Aquitaine).

### ➤ Une offre en structures d'hébergement pour personnes âgées très variée

Concernant l'accueil des personnes âgées en établissement, le territoire comptait, toujours en 2018, 1 224 places en hébergement permanent, 15 places en hébergement temporaire et 28 places en accueil de jour. Quel que soit le type d'hébergement, les taux d'équipement (nombre de places installées rapporté au nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus) sont beaucoup plus faibles que les moyennes départementales et régionales.

Fig 22. Nombre de places installées et taux d'équipement (pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou +) des structures pour personnes âgées en 2018

	Saintonge Romane		Charente-Maritime	Nouvelle-Aquitaine
	nombre	taux	taux	taux
EHPAD* - hébergement permanent	947	93,0	101,7	101,2
Autres établissements - hébergement permanent	149	14,6	17,0	22,6
EHPAD - hébergement temporaire	10	1,0	2,3	2,3
EHPAD et centre de jour - accueil de jour	14	1,4	2,4	2,4
Hébergement permanent « Alzheimer »	128	12,6	14,9	9,0
Hébergement temporaire « Alzheimer »	5	2,1	1,0	0,8
Accueil de jour « Alzheimer »	14	1,4	2,2	2,0

\* établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Sources : ARS NA, Drees (Finiss), Insee (RP 2016)

## ➤ 42 % des retraités de 55 ans ou plus de l'inter-régime en situation de fragilité

*Acteurs importants dans la prévention de la perte d'autonomie, la Carsat et les caisses de sécurité sociale ont mis en place un observatoire régional des situations de fragilité qui permet de repérer les territoires les plus touchés. La mesure du score de fragilité comprend les 3 facteurs de risque suivants : l'âge, le bénéfice ou non d'une pension de réversion (fragilité sociale liée à l'isolement) et l'exonération ou non de la Contribution Sociale Généralisée (CSG) (fragilité économique).*

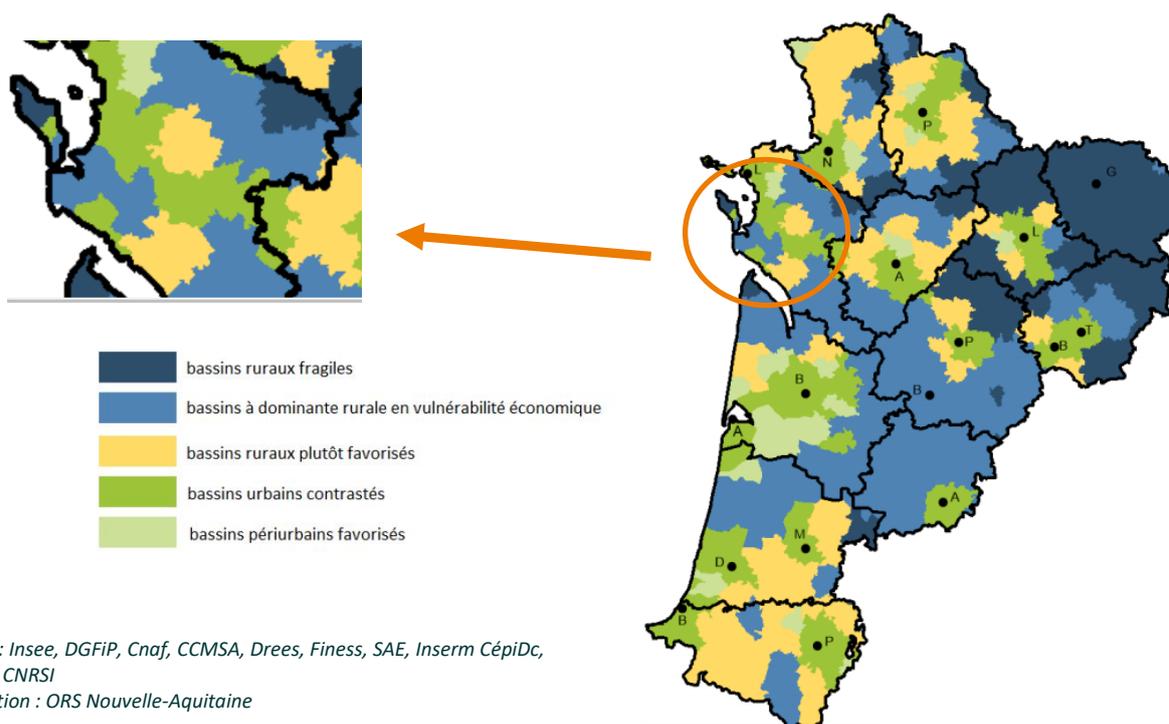
En 2018, le territoire de la Saintonge Romane comptait 22 700 retraités de 55 ans ou plus de l'inter-régime (CNAV, SSI, MSA), soit près des deux tiers de l'ensemble des 55 ans et plus. Parmi eux, 47 % sont considérés à risque de fragilité, une valeur identique au niveau départemental, mais plus faible qu'en Nouvelle-Aquitaine (49 %).

## VIII. INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

En combinant des données démographiques et socio-économiques à des données d'offre de soins et de santé des populations, l'ORS Nouvelle-Aquitaine a cherché à présenter une vision synthétique et territorialisée des inégalités sociales de santé à un niveau géographique fin. Ce travail réalisé en 2017 à la demande de l'ARS a abouti à une représentation cartographique des bassins de vie de la Nouvelle-Aquitaine en cinq classes. Le territoire de la Saintonge Romane est organisé en tout ou partie autour de neuf bassins de vie appartenant chacun à trois classes différentes :

- « bassins ruraux plutôt favorisés » : au sud du territoire, ces zones sont généralement situées en deuxième couronne des principales villes. La plupart des indicateurs décrivent une situation proche de la moyenne régionale, avec une situation légèrement plus favorable sur les plans sociodémographique et sanitaire. La proportion d'habitants âgés de moins de 25 ans est plus importante qu'au niveau régional. L'offre de soins en spécialistes, omnipraticiens et kinésithérapeutes se montre légèrement moins favorable.
- « bassins urbains contrastés » : au nord-est du territoire, ces zones affichent une très forte densité de population, mais ne sont pas forcément les plus dynamiques sur le plan démographique. Beaucoup de familles monoparentales y vivent comparativement à la moyenne régionale. Les conditions d'habitat sont plus favorables mais la situation socio-économique des habitants se révèle contrastée. L'offre de soins y est nettement plus importante qu'au niveau régional. Les indicateurs de santé sont parmi les plus favorables.
- « bassins de vie à dominante rurale en vulnérabilité économique » : au nord-ouest du territoire, ces zones se distinguent entre autres par une situation économique moins favorable qu'au niveau régional, particulièrement en matière de chômage, d'emplois précaires et de revenus. La proportion de logements potentiellement indignes y est beaucoup plus élevée qu'au niveau régional. L'offre de soins s'éloigne peu de la moyenne régionale, tout comme les indicateurs de santé.

Fig 23. Typologie socio-sanitaire des bassins de vie de Nouvelle-Aquitaine en cinq classes



## IX. SYNTHÈSE DE L'ÉTAT DES LIEUX QUANTITATIF

- **Le territoire de la Saintonge Romane**, composé de 70 communes, compte **91 114 habitants** en 2016 et connaît une **croissance démographique modérée**. Il s'agit d'un territoire hétérogène composé de communes rurales et d'autres sous l'influence d'un grand pôle (Saintes de 25 00 habitants).
  
- **La population** du territoire se montre **jeune et active**, en augmentation. Près d'une famille sur deux est constituée d'un **couple avec enfant(s)**, une proportion élevée comparée aux autres échelons géographiques étudiés. La répartition des actifs selon la catégorie socio-professionnelle laisse apparaître une **forte présence des ouvriers et une sous-représentation des cadres**, particulièrement sur la CC de Gémozac et de la Saintonge Viticole. Les catégories sociales plus défavorisées ayant globalement une espérance de vie moins élevée (jusqu'à 6 ans d'écart pour les hommes entre les cadres et les ouvriers), une attention particulière doit être portée sur les populations plus fragiles afin de réduire ces **inégalités sociales de santé**.
  
- **Les conditions de vie** des habitants de la Saintonge Romane se montrent assez favorables avec notamment un **faible taux de chômage** et un **niveau de vie plutôt avantageux**. Une situation confirmée par les parts peu élevées d'allocataires très dépendants des prestations sociales ou percevant le RSA. Cependant, à l'intérieur du territoire, les indicateurs sont un peu plus défavorables sur les communes de la CA de Saintes.
  
- **En terme d'environnement**, il serait bénéfique d'**encourager le développement des réseaux de transport en commun** à l'intérieur du territoire, ainsi que de **promouvoir la pratique sportive**. Si le système de santé joue un rôle dans l'état de santé des populations, il n'en constitue qu'une composante et la **santé d'une personne est d'abord le résultat de conditions de vie et de travail qui interagissent avec ses caractéristiques individuelles**. Il est donc important d'élargir la notion de santé au-delà d'une vision purement « médicale », en intégrant les facteurs sociaux et environnementaux qui la conditionnent et d'agir ainsi à travers l'ensemble des politiques publiques.
  
- **En matière d'état de santé** de la population, le territoire de la Saintonge Romane affiche avec 900 décès annuels un taux de mortalité identique au niveau national. Cependant, une **surmortalité prématurée masculine**, c'est-à-dire survenant avant 65 ans, est observée principalement due **aux causes externes** (suicides, accidents de circulation). Les informations disponibles relatives à la morbidité révèlent une **prise en charge moins élevée en affections de longue durée** comparée à la France hexagonale. Cependant, cette prise en charge est plus importante pour **le diabète de type 2**, et particulièrement sur la CC de Gémozac et de la Saintonge Viticole. Alors que les remboursements de médicaments psychotropes sont identiques à ceux des territoires de référence, ceux des antidiabétiques sont plus élevés. Enfin, les habitants montrent un **recours plus élevé au service des urgences** et enregistrent **davantage d'hospitalisations en chirurgie**. Le **recours** au médecin généraliste et au chirurgien-dentiste dans l'année est plus fréquent qu'au niveau régional.

- **L'étude de l'offre de santé libérale** révèle des **densités médicales faibles**, particulièrement sur la CC Cœur de Saintonge. En effet, le nouveau zonage médecin réalisé par l'ARS Nouvelle-Aquitaine en juillet 2018 identifie 10 % des communes comme étant très impactées par le manque de médecins (ZIP) et donc éligibles aux différentes aides de l'ARS et de l'assurance maladie. En outre, l'offre de soins des spécialistes libéraux est plus faible et est concentrée principalement dans la CA de Saintes. La densité de **pharmacies d'officine** se montre aussi moins élevée qu'ailleurs.
- **L'offre en structures** d'hébergement pour **personnes âgées dépendantes** se révèle faible. Il existe une forte capacité d'accueil pour les adultes **en situation d'handicap** alors que celle pour les jeunes est faible. Enfin, de **multiples acteurs** travaillent dans le domaine de la santé, au sens large, sur le territoire, que ce soit à travers des missions d'accompagnement, d'éducation et de promotion de la santé, de coordination des acteurs ou de prises en charge des personnes.

## X. LE POINT DE VUE DES ACTEURS DU TERRITOIRE

Outre l'approche statistique, ce diagnostic s'appuie sur une concertation des acteurs locaux des secteurs sanitaire, social et médico-social. Cette concertation a pris la forme :

### > d'une enquête de recueil des problématiques de santé du territoire

L'enquête menée par voie postale et par mails auprès des acteurs du CLS visait notamment l'identification des thèmes qui semblaient prioritaires au regard de leur connaissance du territoire et de leurs pratiques de terrain. Au total, 380 questionnaires ont été adressés aux professionnels de santé par courrier et 250 mails ont été envoyés. Ainsi, 28 professionnels de la santé, 22 collectivités locales ou territoriales et 39 institutions ou associations ont répondu. Ainsi, sur les 89 questionnaires renseignés par les acteurs, **4 thèmes** se sont détachés : **l'offre et l'accès aux soins et à la prévention** (30 % l'ont désigné comme une priorité) ; **la santé mentale et la souffrance psychosociale** (24 %), **la nutrition (alimentation, activités physiques et sédentarité** : 13 %) ; et **les personnes âgées** (10 %).

Fig 24. Thèmes identifiés comme prioritaires (effectifs)



Source : CLS Saintonge Romane

Réalisation : ORS Nouvelle-Aquitaine

### > d'entretiens collectifs auprès des acteurs de terrain et des représentants des institutions

Trois entretiens collectifs ont été réalisés en novembre 2019 : un à Saintes, un à St Porchaire et un à Gémozac. L'entretien collectif permet de recueillir des informations nouvelles, des problématiques qui n'auraient pas émergé dans les deux autres formes de diagnostic. Il permet aussi de préciser, d'argumenter, de valider par les membres présents ce qui a été apporté par ailleurs. Il permet de comprendre les enjeux locaux, les dynamiques à l'œuvre, connaître aussi les perspectives de certaines structures

Les acteurs font état de difficultés d'accès aux **professionnels de santé** générant du retard à l'entrée en soins, du fait de densités de professionnels de santé insuffisantes. Ce problème est dépeint pour la population générale, et spécifiquement pour les jeunes, les personnes âgées, les personnes en situation de vulnérabilité. Il est également présent pour les soins prodigués par les médecins généralistes en Ehpad. Le besoin dépeint par les acteurs participant aux approches qualitatives touche particulièrement la **médecine générale et la santé mentale**. En parallèle, les services d'urgence, de garde médicale notamment le soir et l'offre hospitalière en santé mentale ne permet pas un accueil tel que souhaité.

Conscients de cette situation, les acteurs du territoire ont développé une offre nouvelle qui cherche à **améliorer la fluidité des parcours de soins**, notamment avec des maisons de santé pluridisciplinaires, la réorganisation des consultations de santé mentale ou la mise en place de ce type de consultations dans des communes rurales.

Des nouvelles actions sont en cours ou en projet pour travailler ces questions sur le territoire du CLS (commission de situations complexes, projet d'équipe mobile psychiatrie, précarité, de permanence d'accès aux soins de santé mobile notamment). En parallèle, un outil national est en cours de déploiement par l'Assurance maladie afin de répondre à la problématique de renoncement aux soins.

**Les situations de fragilité des personnes âgées vivant à leur domicile** peuvent être renforcées par **l'éloignement** des services (notamment de soins) et des activités, mais aussi les réticences à modifier les **conditions de vie au domicile** (travaux d'aménagement par exemple). Si la vie associative locale existe, elle ne répond pas à l'ensemble des besoins. Les services de soins infirmiers assurant les **sorties d'hospitalisation** et le maintien à domicile dans de bonnes conditions, affichent des durées d'attente trop longues. Par ailleurs, les acteurs indiquent un défaut de prise en charge des maladies neurodégénératives, à domicile mais aussi en Ehpad. Les acteurs interrogent les projets **d'habitat regroupé, coopératif**, éventuellement adapté, qui favoriseraient le lien social et le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie et en situation de handicap.

Des observations plurielles relatives aux **jeunes** sont faites. Les consommations de substances psychoactives sont décrites comme ayant évolué dans leur visibilité et le type de substances consommées. Les acteurs réaffirment la nécessité d'accompagnement dans la durée pour **un soutien efficace des consommateurs de substances** (quel que soit l'âge). **L'usage des écrans** est repéré comme une problématique émergente ainsi que le **harcèlement en milieu scolaire**. Des dispositifs et des actions spécifiques (formation au repérage notamment) existent ; ils doivent être mieux partagés entre les acteurs en charge de ces dispositifs et ceux en lien avec les jeunes. L'accueil dans des délais courts sur le territoire de Saintes d'un nombre important de mineurs non accompagnés (MNA) a engendré des difficultés d'accompagnement de ces jeunes, notamment sur l'aide à l'acculturation et l'accès aux soins qui sont importants.

Alors que les besoins d'accompagnement des **personnes en situation de vulnérabilité sociale ou de précarité** sont connus, le lien fort entre conditions de vie, état de santé et accès aux soins est rappelé. **L'accès aux droits**, souvent indispensable à soutenir en amont l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux, doit être renforcé du fait d'un allongement des délais d'instruction des dossiers. Les acteurs sont témoins de difficultés nouvelles associées à **l'informatisation des démarches**, qui touchent les personnes en situation de vulnérabilité sociale mais aussi les personnes âgées isolées et des jeunes ne détenant pas ou ne maîtrisant pas les outils numériques.

L'approche qualitative met en évidence plusieurs thématiques de prévention à privilégier. Parmi elles, la **nutrition** est envisagée sous plusieurs dimensions, en particulier le gain à en attendre sur l'état de santé et le besoin de soins à venir, la nécessité de promouvoir la nutrition dès le plus jeune âge et auprès des parents. Alors que des programmes de promotion de la nutrition existent, les acteurs interrogent le format des actions afin d'influer sur les comportements dans le temps et auprès des personnes peu réceptives aux messages actuels. Autre thématique, **la santé sexuelle** est abordée sous différentes perspectives, celle de besoin d'appui aux parents pour l'aborder sereinement avec leurs enfants, celle du lien existant entre la santé sexuelle, l'estime de soi et l'isolement, celle du lien avec les infections sexuellement transmissibles (IST) et les abus sexuels. L'abondance d'images banalisant la sexualité et la violence ou interprétant les rôles masculins – féminins nécessite de proposer des espaces de paroles et d'échange sur la santé sexuelle. Le champ de la **santé au travail** a été évoqué dans le sens du besoin de connaissance des salariés malades sur leurs droits notamment de maintien dans l'emploi et sur les initiatives qui peuvent être promues par les employeurs. Autres éléments rapportés par les acteurs, **l'émergence de problématiques de santé graves** chez des publics fragiles notamment les femmes enceintes et jeunes accouchées, la multiplication de **situations violentes** nécessitant l'intervention des forces

de l'ordre et le lien entre ces situations et les consommations excessives d'alcool ou de stupéfiants. La **santé environnementale** est également abordée sous les aspects d'exposition à certains agents (pesticides notamment) et à la qualité de l'eau du robinet sur certains secteurs.

Par-delà toutes les problématiques spécifiques exposées et débattues durant les ateliers, les acteurs s'accordent à appeler un **approfondissement des connaissances relatives aux dispositifs existant** et aux actions mises en œuvre sur le territoire. La lisibilité de l'offre, des compétences et responsabilités des acteurs reste un axe d'amélioration. La **coordination** entre les institutions et les liens entre les secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux doivent encore être approfondis et confirmés.

Un questionnement sur les modalités d'action dans le champ de la prévention devra **améliorer l'efficacité des actions** mises en œuvre en permettant une réelle acculturation des publics et de la population générale aux comportements favorables à la santé et au recours aux ressources d'accompagnement adaptées.

## XI. SYNTHÈSE DES ÉLÉMENTS DU DIAGNOSTIC SELON LES AXES PRIORITAIRES DU CLS

L'information présentée ci-dessous est issue de la confrontation entre les données statistiques présentées en première partie et les enseignements tirés des enquêtes auprès des acteurs des secteurs sanitaire, médico-social et social présents sur le territoire. Cette information a été déclinée selon les 4 axes validés par le Comité de pilotage pour la mise en place du Contrat Local de Santé.

### > Axe 1 : Promouvoir la SANTÉ MENTALE et lutter contre la souffrance psychosociale

- Favoriser l'accès de la population à l'offre de soins psychiatriques
- Favoriser le développement des compétences psychosociales dès le plus jeune âge
- Prévenir et lutter contre les addictions
- Prévenir et lutter contre le suicide
- Prévenir et lutter contre les violences conjugales et intrafamiliales
- Prévenir et lutter contre le harcèlement
- Renforcer le soutien aux aidants et aux professionnels

### > Axe 2 : Favoriser l'ACCES AUX SOINS

- Favoriser l'accès aux médecins généralistes et aux autres professionnels de santé
- Réduire la fréquentation des urgences
- Coordonner et anticiper les sorties d'hospitalisation
- Faciliter l'usage du numérique sur le territoire
- Développer des solutions pour la mobilité

### > Axe3 : Favoriser la PREVENTION

- Mettre en place ou maintenir des programmes de sensibilisation à la **nutrition** (alimentation et activité physique)
- Accompagner **le vieillissement et la perte d'autonomie** (personnes âgées et personnes en situation de handicap)
- Améliorer le cadre de vie, en agissant sur les déterminants de la **santé environnementale**
- Engager une réflexion sur la **santé au travail**
- Engager une réflexion sur la **santé sexuelle**

### > Axe transversal : Améliorer la COMMUNICATION

- Promouvoir et faire connaître les dispositifs et projets existants
- Renforcer les partenariats
- Communiquer auprès des professionnels et du grand public sur des thématiques spécifiques
- Diffuser une information commune sur l'ensemble du territoire.

De manière transversale, chacun de ces axes devra intégrer un objectif prioritaire, celui de **réduire les inégalités sociales de santé**.

# ANNEXES

Bibliographie

Glossaire

Coordination du CLS

## A. BIBLIOGRAPHIE



Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine (ARS-NA). *Arrêté du 4 juillet 2018 relatif à la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins pour la profession de médecin*. 4 juillet 2018. 98 p.

Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine. *Plan régional d'accès aux soins en Nouvelle-Aquitaine*. Délégation départementale de Charente-Maritime. Annexe au dossier de presse. Mars 2018. 6 p.

Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine (ARS-NA). *Projet régional de santé Nouvelle-Aquitaine 2018-2028. Diagnostic régional*. Septembre 2017. 332p.

Le Contrat Local de Santé de la Communauté D'Agglomération de Saintes. Septembre 2016. 102 p.

Département de la Charente-Maritime. *Le Schéma départemental de l'Habitat 2017-2021*. Juillet 2017. 143 p.

Département de la Charente-Maritime. *Le Schéma départemental de l'Autonomie 2018-2022*. Juin 2018. 173 p.

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). *Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Intérêts d'une approche locale et transversale*. Mai 2013. 12 p.

Observatoire régional de la santé de Nouvelle-Aquitaine (ORS-NA). *Inégalités sociales de santé en Nouvelle-Aquitaine*. Juin 2017. 4 p.

Observatoire régional de la santé de Nouvelle-Aquitaine (ORS-NA). *Les EPCI de Nouvelle-Aquitaine, des territoires d'action pour une santé durable*. Juin 2017. 16 p.

Observatoire régional de la santé de Nouvelle-Aquitaine (ORS-NA). *EPCI Nouvelle-Aquitaine - Territoires d'action pour une santé durable - Communauté d'Agglomération de Saintes*. Juin 2017. 4 p.

Observatoire régional de la santé de Nouvelle-Aquitaine (ORS-NA). *EPCI Nouvelle-Aquitaine - Territoires d'action pour une santé durable - Communauté de Communes Charente-Arnoult-Cœur de Saintonge*. Juin 2017. 4 p.

Observatoire régional de la santé de Nouvelle-Aquitaine (ORS-NA). *EPCI Nouvelle-Aquitaine - Territoires d'action pour une santé durable - Communauté de Communes de Gémozac et la Saintonge Viticole*. Juin 2017. 4 p.

Observatoire régional santé-environnement de Nouvelle-Aquitaine. *État des lieux santé-environnement Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes*. Septembre 2016. 128 p.

Observatoire régional de la santé de Nouvelle-Aquitaine (ORS-NA). *Diagnostic santé-social. Communauté d'Agglomération de Saintes*. Septembre 2015. 36 p.

La Plateforme d'Intervention Départementale pour l'Accès aux Soins et à la Santé (PFIDASS). *Regard sur un dispositif expérimental de détection du renoncement aux soins et d'action pour accompagner les personnes à la réalisation de leurs soins*. Mars 2016. 132 p.

Projet territorial de santé mentale de la Charente-Maritime. *Diagnostic partagé*. Mars 2019. 114 p.

**Principaux sites consultés :**

Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine : [www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr](http://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr)

Pays de la Saintonge Romane : [www.paysaintongeromane.fr](http://www.paysaintongeromane.fr)

Département de la Charente-Maritime : [la.charente-maritime.fr](http://la.charente-maritime.fr)

Cartos@nté : [www.cartosante.atlasante.fr](http://www.cartosante.atlasante.fr)

Centre hospitalier de Saintes : [www.ch-saintonge.fr](http://www.ch-saintonge.fr)

Centre hospitalier de Jonzac : [www.ch-jonzac.fr](http://www.ch-jonzac.fr)

Observatoire régional des situations de fragilité Grand-Sud : [www.observatoires-fragilites-grand-sud.fr](http://www.observatoires-fragilites-grand-sud.fr)

Observatoire régional santé environnement de Nouvelle-Aquitaine : [www.observatoiresanteenvironnement-na.fr](http://www.observatoiresanteenvironnement-na.fr)

Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé : [www.oscarsante.org/nouvelle-aquitaine/](http://www.oscarsante.org/nouvelle-aquitaine/)

Réseau de proximité au service des associations de Charente-Maritime : [www.maia-17.fr](http://www.maia-17.fr)

## B. GLOSSAIRE

<b>ALD</b>	Affection de longue durée
<b>APA</b>	Allocation personnalisée d'autonomie
<b>ARS</b>	Agence régionale de santé
<b>Carsat</b>	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
<b>CATTP</b>	Centre d'activité thérapeutique à temps partiel
<b>CCMSA</b>	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
<b>CA/CC</b>	Communauté d'Agglomération/ Communauté de Communes
<b>CEGIDD</b>	Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par le VIH, les hépatites virales et les IST
<b>CFPPA</b>	Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie
<b>CLS</b>	Contrat local de santé
<b>CMP</b>	Centre médico psychologique
<b>Cnamts</b>	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
<b>CSAPA</b>	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
<b>Ehpad</b>	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
<b>EMPP</b>	Équipe mobile psychiatrie précarité
<b>EPCI</b>	Établissement public de coopération intercommunale
<b>ESAT</b>	Etablissements et services d'aide par le travail
<b>Finess</b>	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
<b>HAD</b>	Hospitalisations à domicile
<b>IME</b>	Institut médico-éducatif
<b>Insee</b>	Institut national de la statistique et des études économiques
<b>Inserm CépiDc</b>	Institut national de la santé et de la recherche médicale - Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
<b>IST</b>	Infection sexuellement transmissible
<b>MSP</b>	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
<b>ORS</b>	Observatoire régional de la santé
<b>ORU</b>	Observatoire régional des urgences
<b>Oscars®</b>	Observation et Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé
<b>PASS</b>	Permanence d'accès aux soins de santé
<b>RPPS</b>	Répertoire partagé des professionnels de santé
<b>RSA</b>	Revenu de solidarité active
<b>SAE</b>	Statistique annuelle des établissements de santé
<b>SSR</b>	Soins de suite et de réadaptation
<b>USLD</b>	Unité de Soins de longue durée

## C. COORDINATION DU CLS

Pour toute information sur le contrat local de santé de la Saintonge Romane vous pouvez contacter le coordinateur du CLS :



**ARS Nouvelle Aquitaine – DD17**



**Cécile GROULADE**

Chargée de mission santé

Contrat local de santé Saintonge Romane

Tél. : 05 46 98 23 42

[c.groulade@agglo-saintes.fr](mailto:c.groulade@agglo-saintes.fr)

**Jocelyne CLEMENT**

Chargée de mission animation territoriale

ARS – Délégation départementale de la Charente-Maritime

5 place des Cordeliers - Cité administrative Duperré

18, rue du 26e régiment d'infanterie - CS 50253

17021 La Rochelle Cedex 1

Tél. 05 49 42 30 50

[jocelyne.clement@ars.sante.fr](mailto:jocelyne.clement@ars.sante.fr)



## RÉSUMÉ DU RAPPORT

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires prévoit que la mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé (CLS) conclus entre l'Agence régionale de santé (ARS) et les collectivités territoriales. Les CLS participent ainsi à la **construction des dynamiques territoriales de santé**. Ils permettent la rencontre du projet porté par l'ARS et des aspirations des collectivités territoriales pour mettre en œuvre des actions, au plus près des populations.

Dans le cadre de l'élaboration du **CLS de la Saintonge Romane**, l'ARS de Nouvelle-Aquitaine a fait appel à l'Observatoire régional de la santé de Nouvelle-Aquitaine pour réaliser un **diagnostic de cadrage** sur le territoire sur l'état de santé de la population et ses déterminants (conditions de vie, environnement, travail, système de santé, cadre de vie...). Cette démarche permet de disposer d'un bilan commun entre partenaires sur la situation et les éventuelles problématiques du territoire et de lancer les discussions autour des **enjeux prioritaires à traiter** dans le futur **CLS de la Saintonge Romane**.

### POUR NOUS CITER :

« Observatoire régional de la santé (ORS) Nouvelle-Aquitaine, *Diagnostic santé-social du CLS Saintonge Romane*. Mars 2020. Rapport n°082. 40 p. »

Téléchargeable sur le site de l'ORS Nouvelle-Aquitaine ([www.ors-na.org](http://www.ors-na.org)) et sur le site de l'agglomération de Saintes ([www.agglo-saintes.fr](http://www.agglo-saintes.fr))

### + D'INFORMATIONS

Personne à contacter : Julie DEBARRE, [j.debarre@ors-na.org](mailto:j.debarre@ors-na.org)

Ce document est complété par un autre présentant un ensemble d'indicateurs sous formes de cartes et de tableaux, disponible sur simple demande auprès des coordinateurs du CLS ou de l'ORS de Nouvelle-Aquitaine.

Cette étude a bénéficié du soutien financier de l'Agence régionale de santé de Nouvelle-Aquitaine.



#### • SIÈGE

102 bd Maréchal Juin  
33000 BORDEAUX

05.56.56.99.60

#### • ANTENNE DE LIMOGES

4 avenue de la Révolution  
87000 LIMOGES

05.55.32.03.01

#### • ANTENNE DE POITIERS

203 route de Gençay  
86280 SAINT BENOIT

05.49.38.33.12

 [contact@ors-na.org](mailto:contact@ors-na.org)

 [www.ors-na.org](http://www.ors-na.org)