

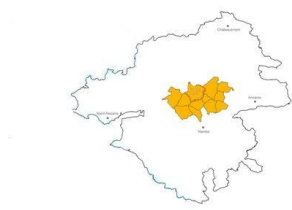


Communauté de communes d'Erdre et Gesvres

Diagnostic local de santé

Document de synthèse

Juillet 2016



Agence LH conseil

Référents

Communauté de communes Erdre et Gesvres

Mr Claude LABARRE, Vice-président délégué au Service à la personne et à la santé
Mr Dominique THIBAUD, Vice-président délégué à la culture/jeunesse

Mme Françoise HOTTIN, directrice générale adjointe
Mme Séverine HOUEL, coordinatrice CLIC/référente santé
severine.houel@cceg.fr
02 28 02 25 45

Communauté de communes d'Erdre et Gesvres
Parc d'Activités La Grand'Haie
1, rue Marie Curie
44119 Grandchamp-des-Fontaines

Agence Régionale de Santé Pays de la Loire

Délégation Territoriale Loire Atlantique

Mme Marie-Hélène NEYROLLES
Déléguee Territoriale Loire Atlantique

Mr Laurent DEROUT
Chargé de mission
DT 44
laurent.derout@ars.sante.fr

ARS Pays de la Loire
Délégation Territoriale Loire Atlantique
17, boulevard Gaston Doumergue
CS 56233
44262 Nantes Cedex 2

Agence en promotion de la santé LH conseil

Luc HINCELIN, Lionel EUSTACHE
Consultants en santé publique

03 20 95 98 37
lhconseil59@aol.com
www.lh-conseil.fr

Introduction	p 4
I. Le contexte	
Historique, santé et dynamique communale	p 5
Les points de repères	p 6
II. Le diagnostic, une méthode participative	
1. Le diagnostic local de santé : ses objectifs	p 7
2. Trois étapes pour sa réalisation	
3. Quelques éléments de méthode	
4. Les leviers de la mobilisation	p 10
III. Recueil et analyse des données quantitatives	
CC Erdre et Gesvres, la santé en chiffres	p 11
1. Les données socio-démographiques	
1. La population	
2. L'évolution de la population	
3. Les familles	
4. La population étrangère	
5. Les allocataires des prestations	
2. Les déterminants de santé	p 16
6. L'éducation	
7. L'emploi : population active et chômage	
8. Le revenu	
9. Le logement	
10. Les bénéficiaires d'une couverture maladie	
3. L'état de santé	p 20
11. Prévalence ALD et répartition des âges	
12. Les admissions en ALD	
13. La mortalité	
14. La mortalité prématurée	
4. L'offre de soin	p 25
1. L'activité libérale	
2. Les professionnels de santé libéraux : zoom sur les moyennes d'âge	
3. Carte d'implantation des médecins sur la CCEG	
4. La consommation de soins	
5. L'offre de soin en psychiatrie	
6. Places en structures et établissements	
5. Santé : autres données chiffrées	p 30
6. L'offre de prévention	
1. Des partenaires régionaux et départementaux sur le territoire	p 31
2. Des services et structurations locales	
3. Des campagnes de dépistage	p 40
IV. Recueil et analyse des données qualitatives	
1. Le panorama des acteurs	p 42
2. A la rencontre des acteurs : retours d'entretiens	
Les principes directeurs	p 44
Les éléments d'ordre opérationnel	p 44
Les points d'appui à la mise en place des actions	p 45
Les publics et les thématiques de santé	p 47
Santé, environnement et développement durable	
Santé des enfants et des jeunes	
Le parcours de santé des personnes âgées	
La santé mentale	
Santé et situations de précarité	
V. Enjeux régionaux et dynamiques communales de santé : les correspondances	P 54
Annexe : les entretiens réalisés	

Introduction

La Communauté de communes d'Erdre et Gesvres affiche l'ambition, en lien avec les orientations de son projet de mandat et de l'agenda 21 intercommunal, de développer les services à la personne, coordonner et favoriser une meilleure répartition de l'offre de santé, renforcer une dynamique locale favorable à une approche plus globale des questions de santé, et amplifier l'accès aux services publics.

Cette volonté politique, en correspondance avec les enjeux affichés de la politique régionale de santé, se traduit à travers l'initiation d'un contrat local de santé, cadre de contractualisation et de partenariat propice aux échanges entre institutions, élus, professionnels et usagers.

Les acteurs et partenaires du territoire ont décidé d'engager un diagnostic partagé de santé, phase préalable de concertation, de recueil de données d'ordre quantitatif et qualitatif, de positionnement des priorités de santé et de mise en œuvre d'actions adaptées et pertinentes.

Les élus communautaires et municipaux, en partenariat avec l'Agence Régionale de Santé, soulignent l'importance de soutenir les enjeux liés à la prévention, la promotion de la santé, la santé environnementale, l'accès aux soins, l'offre de santé, l'éducation thérapeutique du patient, le parcours des personnes âgées et des publics spécifiques.

Le diagnostic territorial réalisé ici s'efforce de qualifier, de traduire et de mettre en perspective cette énergie intercommunale.

Nos vifs remerciements à l'ensemble des acteurs qui ont contribué à ces échanges, et qui se sont prononcés sur des constats, des attentes, des avis, et des propositions.

Historique, santé et dynamique intercommunale

Dans son projet stratégique, la CCEG souhaite assumer un rôle de convergence et d'harmonisation des politiques sociales pour une offre plus adaptée aux demandes des habitants.

Des priorités sociales relatives aux politiques petite enfance, jeunesse, personnes âgées, personnes handicapées sont affichées et bénéficient d'un soutien politique et professionnel conséquent.

Dans le cadre de son agenda 21, la CCEG, met en avant des principes d'actions relatives à la lutte contre les inégalités sociales de santé (logement, précarité alimentaire, isolement social), le développement d'une dynamique locale favorable à une approche plus globale des questions de santé, l'identification des conditions d'une meilleure répartition des professionnels de santé, l'amélioration de l'accès aux soins pour tous, le renforcement de l'éducation à la santé afin de prévenir les comportements à risque.

La conjugaison de ces engagements politiques, stratégiques, soutenue par des équipes et professionnels dédiés est importante car elle fonde et qualifie la nature des approches de santé souhaitées sur le territoire, influence les modalités de rapprochements partenariaux institutionnels et professionnels, et invite à privilégier la mutualisation des énergies et des moyens dans un cadre de réflexion et d'action ouvert et évolutif.

Il faut souligner que l'approche transversale de la santé appuyée par la CCEG s'inscrit dans un mouvement de santé publique régional visant à renforcer les collaborations et coopérations entre les acteurs de santé au sens large et les axes de développement locaux mobilisés au sein des territoires.

Cette image moderne d'un Etablissement Public de Coopération Intercommunale impliqué dans une politique volontariste de santé publique fait écho auprès des acteurs et partenaires rencontrés au cours de ce diagnostic.

L'échelle intercommunale est perçue comme pertinente pour concevoir, conduire et adapter des politiques communautaire en lien avec la santé. Plus précisément, la CCEG est attendue en tant que « relais intercommunal catalyseur », susceptible d'être à la fois un laboratoire d'idées, un lieu de propositions stratégiques, une opportunité d'échanges de pratiques et de renforcement de coopérations interprofessionnelles.

La notion de concertation et de valorisation de l'existant a été particulièrement débattue lors des entretiens effectués. Pour la grande majorité des acteurs, l'enjeu principal est de valoriser des stratégies et actions existantes, portées par des institutions, des structures et associations diverses, impulsant pour la plupart, des actions de santé reconnues et intégrées.

Les acteurs rencontrés sont conscients de la valeur ajoutée de la CCEG pour une exigence commune de cohérence et d'efficacité territoriale.

Un autre point doit être souligné : le choix de positionner une référence technique pour le soutien à la mise en place du CLS, en l'occurrence la coordinatrice du CLIC.

Cet ancrage technique, au sein de la CCEG, est vecteur de stabilité et devrait permettre le renforcement de partenariats mobilisés autour de prochaines priorités.

En novembre 2015, dans une lettre d'intention conjointe entre l'Agence Régionale de Santé et la Communauté de communes Erdre et Gesvres, les signataires se sont engagés à la réalisation d'un diagnostic partagé de santé.

Les points de repères...



L'existant

- Une volonté collective de renforcer la qualité des approches santé dans leur diversité
- Une expertise présente sur le territoire sur les champs d'intervention : prévention, santé mentale, accompagnement des personnes âgées, handicap, habitat
- Un ensemble d'acteurs et partenaires présents et engagés
- Une réflexion collective engagée, à l'intention des professionnels de santé et du champ médico-social

Le Contrat Local de Santé, une contractualisation ARS / CCEG

- Orienter systématiquement l'ensemble des politiques de santé de droit commun vers les dynamiques, initiatives et expérimentations engagées à l'échelle intercommunale (optimiser les liens opérationnels avec les établissements de santé, la médecine de ville, les réseaux de santé...)
- Favoriser les rapprochements institutionnels (ARS, Conseil départemental, Education nationale, Assurance maladie, MSA...) via des projets communs (renforcement des coopérations, programmes de prévention, dépistage, éducation thérapeutique du patient...)

Un comité de pilotage

- Une présence active des élus et services communautaires de la CCEG
- Un rôle inscrit dans la durée, au-delà du temps du diagnostic
- Une aide à la décision

1. Le diagnostic local de santé : ses objectifs

Le Contrat local de santé a pour objectif de soutenir la dynamique locale de santé sur la Communauté de communes, en assurant à ce niveau la coordination des politiques publiques impactant la santé, sur la base d'un diagnostic partagé.

Il a vocation à agir sur les déterminants de santé, en ciblant plus particulièrement les déterminants des inégalités sociales, d'accès à la santé et d'éducation à la santé. Il a également vocation, à améliorer les parcours de santé et accorde une attention particulière aux personnes les plus fragiles.

Rappel des objectifs généraux :

- Approfondir la connaissance des problématiques santé des habitants
- Procéder à une analyse constructive
- Renforcer les coopérations existantes ou émergentes, créer les conditions de la mobilisation locale
- Définir les actions prioritaires (vers un programme d'actions)

soit, Dresser un état des lieux :

Recueillir les données existantes quantitatives et qualitatives
Recenser les ressources existantes

Lancer une dynamique de travail partagée entre les différents acteurs du territoire :

Identifier les leviers d'action à disposition
Déterminer les priorités locales en matière de santé
Fixer les axes d'un programme pluriannuel de promotion de la santé

2. Trois étapes pour sa réalisation

Etape 1

Recueil et analyse des données quantitatives

Cadrage général avec les référents du diagnostic sur la communauté de communes
Repérage des sources et propriétaires de données (niveaux régional, départemental, local)
Collecte et analyse des données quantitatives : complément et actualisation

Etape 2

Recueil et analyse des données qualitatives

Repérage et valorisation des ressources locales
Réalisation d'une grille d'entretien
Sollicitation des acteurs locaux, en lien avec les élus
Sollicitation des acteurs régionaux et départementaux
Réalisation en face à face des entretiens individuels et collectifs
Echanges d'informations et de points de vue, recueil des avis
Analyse des données recueillies
Visualisation du panorama des acteurs

Etape 3

Rédaction d'un document de synthèse

Synthèse des données quantitatives et qualitatives
Mise en évidence des leviers de la mobilisation
Mise en correspondance entre les orientations régionales et locales
Proposition de recommandations pour le CLS
Présentation au COPIL
Mode de restitution aux acteurs

Grille d'entretien

Erdre & Gesvres, quels regards sur les besoins de santé de la population ?

Les thèmes de santé prioritaires ?

Enjeux ? Préconisations ? Opportunités ?

Les axes fédérateurs ? prioritaires ? partagés ?

Les attentes ? les suggestions ?

Les caractéristiques de la ruralité ?

L'offre de soin

Accès aux soins, accès aux droits, offre de soin :

difficultés ? obstacles ? atouts ?

La perception de l'offre de soin ?

L'offre de prévention

Les faiblesses observées ? les atouts rencontrés ?

Préconisations d'actions ? Les projets et actions ?

En direction de quel(s) public(s) prioritairement ?

L'existant

Les leviers à disposition des acteurs ?

Les facteurs favorables à l'action ? Les freins ?

Les ressources locales ? Les dispositifs existants ?

Les réseaux ?

La dynamique territoriale

Le territoire : limites ? atouts ? géographie ?

Les attentes ? identification ?

Le partenariat ? Modes de coopération ?

L'animation territoriale de santé, facilités ? difficultés ?

Le mode de gouvernance ?

Les supports pour enclencher une dynamique communale de santé ?

3. Quelques éléments de méthode

Des requêtes de données quantitatives effectuées auprès de nombreux partenaires :

- ✓ Agence régionale de santé
- ✓ CPAM Loire Atlantique
- ✓ Conseil départemental (délégation territoriale de Chateaubriand : direction personnes âgées/personnes handicapées, direction de la vie sociale et de l'insertion, protection maternelle et infantile)
- ✓ AURAN - Agence d'urbanisme de la Région Nantaise
- ✓ MSA
- ✓ Services intercommunaux - CCEG
- ✓ CLIC
- ✓ Maison de l'emploi
- ✓ Mission locale
- ✓ Centres d'examen de santé de Nantes et Saint-Nazaire
- ✓ Centre hospitalier spécialisé de Blain
- ✓ Maison des adolescents et Antenne Nord de Nozay

Erdre et Gesvres, la santé en chiffres

14 indicateurs regroupés en 3 familles (données sociodémographiques, déterminants de santé, état de santé) ont été retenus pour dresser un état des lieux quantitatif.

Erdre et Gesvres, autres données

Collecte de données à partir de services et associations existants sur le territoire (bilans, rapports d'activités)
Ex : PMI, CLIC, CCAS, services à la personne, services sociaux...

Erdre et Gesvres, la santé en action

Relevé d'actions et d'initiatives santé en santé, social et/ou médico-social existantes sur le territoire

Ex : Maison des adolescents, actions communales et intercommunales...

Modalités de recueil :

- collecte et analyse préalable des documents cadre existants (projet de mandat CC, agenda 21...), documents évaluatifs, articulation avec la délégation territoriale ARS et les schémas régionaux du projet régional de santé)
- concertation avec le référent technique /CLS sur le repérage des sources de données existantes sur les thématiques de santé
- concertation avec le référent / ARS, chargé de mission (et référent sur le territoire Erdre et Gesvres)
- interpellation conjointe CC / LH conseil des partenaires, organismes, associations et institutions actives au sein de la CC : ARS (monographie), CPAM, Conseil départemental, associations, directions intercommunales...
- collecte des données quantitatives
- synthèse et valorisation des données, formulation des premières hypothèses liées à cet ensemble d'information
- alimentation continue du recueil, au-delà du temps de la phase de diagnostic

Des entretiens qualitatifs avec des personnes ressources clés du territoire

51 entretiens avec les acteurs clés du territoire ont permis de présenter la démarche du contrat local de santé, de recueillir des éléments quantitatifs et qualitatifs sur les dynamiques et actions en cours et d'engager une véritable mobilisation du territoire.

Le constat majeur est le fait que de nombreux acteurs possèdent une connaissance partielle des missions exercées par d'autres structures et/ou institutions (excepté les acteurs mobilisés autour du parcours de santé des personnes âgées) et le CLS est avant tout appréhendé comme un cadre opportun de renforcement des collaborations/coopérations en présence ou attendues.

A l'échelle actuelle du futur CLS (les 12 communes de la CCEG), ce travail de repérage des complémentarités et subsidiarités est la ligne de force centrale, levier à l'élaboration concertée de fiches actions pertinentes.

En prévision, en lien étroit avec le comité de pilotage :

- La validation du diagnostic local de santé
- La validation du choix des priorités de santé,
- L'élaboration de fiches actions
- La signature du CLS

4. Les leviers de la mobilisation

Le diagnostic local de santé relève, au-delà des constats qualitatifs et quantitatifs, un nombre important de leviers de mobilisation.

Reliant la prévention au soin et à l'offre médico-sociale, ils sont en phase avec les besoins de la population.

Ces leviers renforcent l'implication de la Communauté de communes sur les enjeux de santé et contribuent aux coopérations attendues dans le cadre du Contrat Local de Santé.

- Des stratégies et des actions de santé mobilisées au sein de la Communauté de communes, notamment centrées sur la réduction des inégalités sociales de santé : un projet politique (Projet de mandat), un agenda 21...
- 3 priorités sociales en interface avec de nombreux enjeux et actions de santé : petite enfance, enfance et jeunesse, personnes âgées
- Des acteurs locaux et départementaux et régionaux disponibles pour s'associer aux réflexions et aux actions existantes et proposées (nécessité d'un pilotage politique et technique fortement positionné)
- Une reconnaissance unanime de l'intérêt du CLS pour fédérer davantage les professionnels de santé, du champ social, éducatif et les élus locaux
- Une adhésion des professionnels rencontrés : les acteurs mobilisés souhaitent proposer une offre de service, une ressource de proximité sur le territoire, avec comme condition, le bénéfice d'une plus grande valorisation et lisibilité d'ensemble
- Une envie d'expérimentation, de rapprochements partenariaux, de complémentarités à diverses échelles et missions : champ sanitaire, champ social, champ médico-social
- Une attention portée à une approche globale et continue de la santé : agir en amont mais aussi en aval (renforcer le repérage des cas complexes, développer des projets d'éducation thérapeutique, accompagner les personnes les plus vulnérables dans un cadre cohérent d'intervention...)
- Un secteur psychiatrique mobilisé et porteur de propositions
- Des spécificités du milieu rural à prendre en compte (mobilité des personnes, de travail en équipe, dispersion, effets de redondance, faible visibilité, mutualisation des énergies, références bien identifiées en proximité et à l'échelle de la CCEG)
- Coopération, coordination, partenariat : des pratiques à consolider ou à renforcer pour gagner en efficacité et en efficience, en s'appuyant sur des « portes d'entrées », services départementaux et/ou dispositifs intercommunaux : CLIC, réseau Ados, Centres médico-sociaux, établissement de santé spécialisé

III. Recueil et analyse des données quantitatives

CCEG, LA SANTE EN CHIFFRES

Parmi les bases disponibles, les données capitalisées de l'ARS restent les sources les plus accessibles et les plus pertinentes. Associées à d'autres, elles placent les propriétaires de données comme de futurs opérateurs pour alimenter durablement une observation intercommunale de santé, et ainsi mieux servir les constats et les actions.

D'autres chiffres issus du terrain (Communauté de communes Erdre et Gesvres) services communaux et intercommunaux, des partenaires (AURAN, INSEE, Assurance Maladie, Conseil départemental, MSA, IREPS, associations...) permettent de compléter et d'affiner d'autres points relevés qualitativement.

Parmi le choix sélectif des informations retenues, figurent **14 indicateurs**.

Ils illustrent les caractéristiques socio-démographiques des habitants, les déterminants de santé, et l'état de santé de la population sur le territoire.



Les données socio-démographiques

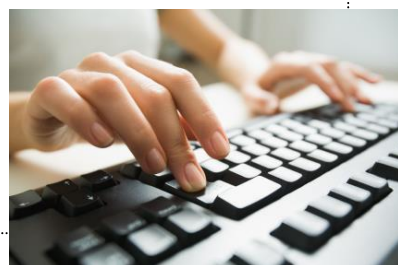
1. La population
2. L'évolution de la population
3. Les familles
4. La population étrangère
5. Les allocataires des prestations

Les déterminants de santé

6. L'éducation
7. L'emploi : population active et chômage
8. Le revenu
9. Le logement
10. Les bénéficiaires d'une couverture maladie

L'état de santé

11. Prévalence ALD et répartition des âges
12. Les admissions en ALD
13. La mortalité
14. La mortalité prématurée



Nos remerciements à l'ARS, au service statistiques de la CPAM 44, au Conseil départemental et à l'AURAN - Agence d'Urbanisme de la Région Nantaise, aux services de la CCEG pour les données fournies dans le cadre de ce diagnostic.

1. LES DONNEES SOCIO DEMOGRAPHIQUES

La population et son évolution, les tranches d'âge notamment chez les jeunes et les personnes âgées, la composition des familles, sont les indicateurs sélectifs choisis pour illustrer ces données socio démographiques.

1. La population

CCEG	
Hommes	28 460
Femmes	28 294
Ensemble	56 754
Moins de 6 ans	
5 084	9 %
Moins de 20 ans	
17 101	30 %
65 ans ou plus	
6 605	11,6 %

L'utilisation et l'interprétation des données nécessitent de réelles précautions d'usage. Les sources et les années de référence sont identifiées.

Pour certaines d'entre elles, leur actualisation se heurte à la complexité du recueil.

Un point d'analyse

Sont ici rappelées les tranches d'âge particulièrement utiles à considérer en matière de santé. **Les moins de 6 ans**, en lien avec les actions de prévention qui leur sont destinées (PMI, vaccinations, bilans de santé...), les -20 ans, en lien avec les priorités affichées de l'intercommunalité et de ses partenaires à travailler avec cette catégorie d'âge, les différents problèmes rencontrés et les actions de prévention à leur intention (milieux scolaires, milieux familiaux, loisirs...).

Ces **moins de 20 ans** représentent 30 % de l'ensemble de la population.

Le nombre des **personnes âgées de plus de 65 ans** est lui-aussi utile à connaître pour la physionomie de la Communauté de communes au regard du vieillissement de sa population. Ils représentent plus de 11 % des habitants.

Source : Insee, RP 2012

Moyenne des catégories d'âges, en comparaison... catégories d'âge	Loire Atlantique
moins de 6 ans	7,6 %
moins de 20 ans	25 %
plus de 65 ans	15,8 %

Catégories d'âge	Pays de la Loire
moins de 6 ans	7,4 %
moins de 20 ans	24,9 %
plus de 65 ans	17,36 %

Un point d'analyse

Comparativement au département et à la région, la Communauté de communes Erdre et Gesvres enregistre des taux supérieurs pour les enfants de -6 ans, supérieurs pour les - 20 ans, et inférieurs pour les + de 65 ans.

Une très forte croissance démographique : le territoire compte 56 754 habitants en 2012, contre 43 201 en 1999. Le territoire a gagné plus de 13 500 habitants en 13 ans ; le taux de croissance étant deux fois plus élevé qu'aux plans départemental et régional.

Ces taux de croissance démographique et la forte proportion des personnes de moins de 20 ans sont deux indicateurs qu'il convient de prendre en compte pour les questions de santé.

Les données, et leur impact, soulignent l'importance de relier la jeunesse et la prévention.

2. L'évolution de la population

	1990	1999	2007	2012
CCEG	37 035	43 201	51 565	56 754
Variation annuelle moyenne de la population / CCEG	+ 1,85 %	+ 1,73 %	+ 2,24 %	+ 1,94 %
Variation annuelle moyenne de la population / Loire Atlantique	+ 0,69 %	+ 0,64 %	+ 1,27 %	+ 1,05 %
Variation annuelle moyenne de la population / Pays de la Loire	+ 0,54 %	+ 0,58 %	+ 1,26 %	+ 0,90 %

Source : Insee – 2012

Un point d'analyse

Comparativement, et ce depuis 1990, les indices d'évolutions de la Communauté de communes sont supérieures au département et à la région. Les variations annuelles de la CCEG dépassent très largement les variations annuelles de la Loire Atlantique (+ 1,05 % en 2012) et des Pays de la Loire (+ 0,90 % en 2012)

La croissance annuelle de la population est l'une des plus fortes du Pôle Métropolitain Nantes Saint-Nazaire (Nantes Métropole : + 1,0 % / an, CC de la région de Blain : + 1,8 % / an). Cette donnée souligne une croissance démographique dynamique. Elle impacte les questions de santé et de services adaptés à la population, tant pour l'offre de soin que pour l'offre de prévention sur le territoire.

Autres données

Le taux de natalité (°/°°) 13,7

C'est le rapport du nombre de naissances vivantes de la période considérée à la population totale de l'année. Il est exprimé pour 1 000 personnes.

Région Pays de la Loire : 12,5 °/°°

Taux de mortalité : (°/°°) 5,6

Le taux de mortalité est le rapport entre le nombre annuel de **décès** et la **population** totale moyenne sur une période donnée dans un territoire donné.

Département Loire Atlantique : 7,7

Indice de vieillissement

L'indice de vieillissement est le rapport de la population des 65 ans et plus sur celle des moins de 20 ans. Un indice autour de 100 indique que les 65 ans et plus et les moins de 20 ans sont présents dans à peu près les mêmes proportions sur le territoire; plus l'indice est faible plus le rapport est favorable aux jeunes, plus il est élevé plus il est favorable aux personnes âgées

Cet indice permet de mesurer le degré de vieillissement de la population. Plus l'indice est élevé, plus le vieillissement est important.

Si cette donnée peut suggérer des besoins liés au vieillissement de la population, elle indique également la jeunesse des habitants de la Communauté de communes Erdre et Gesvres. L'indice de vieillissement est le plus bas de la région.

CCEG : 0,36

Loire Atlantique : 0,59

Pays de la Loire : 0,67

3. Les familles

	Nombre et composition des familles				
	Nb de familles	dont familles monoparentales	Part des familles monoparentales	dont familles ayant 4 enfants ou plus de moins de 25 ans	Part des familles ayant 4 enfants ou plus de moins de 25 ans
CCEG	16 396	848	9,4 %	273	1,7 %
Loire Atlantique	-	-	15 %	-	1,8 %
Pays de la Loire	-	-	16, 5 %	-	-

Source : INSEE 2012

Un point d'analyse

L'état et la composition des familles est un indicateur pertinent à retenir. Si la prévention se déroule dans les milieux d'apprentissage, de scolarité, de travail, c'est aussi et d'abord dans les lieux de vie comme la maison, la famille, les loisirs, que les messages de santé sont véhiculés.

Près de 16 400 familles habitent sur la Communauté de communes. Il faut souligner l'importante part des familles monoparentales, soit + de 9 % de l'ensemble des familles.

Le phénomène de monoparentalité est d'abord un fait social urbain. Au sein du département, nous retrouvons, pour l'essentiel, ces familles monoparentales sur l'Agglomération Nantaise et le bassin de Saint-Nazaire.

Très souvent, les questions de santé, mais aussi de prévention sont « l'affaire » des femmes. Il est utile de s'interroger sur le rôle des hommes en la matière, et comment cela peut se traduire concrètement dans de nouvelles actions de santé sur les communes.

4. La population étrangère

population étrangère	CCEG	Loire Atlantique	Pays de la Loire
nombre	485	34 916	82 179
proportion	0,8 %	2,5 %	2,2 %

Source : Insee - année 2012

Un point d'analyse

Le nombre et la proportion de personnes étrangères sont utiles à apprécier en corrélation avec l'offre de service de santé proposée sur le territoire et les modes de communication avec la population.

La question des accompagnements autour des traductions et/ou des médiations linguistiques revêt dans certains cas, une difficulté supplémentaire.

La part des étrangers est inférieure aux moyennes départementale et régionale.

5. Les allocataires des prestations

Nature des allocations	CCEG
APA à domicile	284
RSA Revenu de Solidarité Active	612 ⁽¹⁾
AAH Allocation Adulte Handicapé	409 ⁽²⁾

(Sources : Conseil départemental - MAIA - CLIC - Données 2015)

Un point d'analyse

L'Allocation Personnalisée d'Autonomie attribuée dans le cadre du maintien à domicile repose sur l'élaboration d'un plan d'aide prenant en compte tous les aspects de la situation de la personne âgée. L'APA à domicile correspond à la situation du bénéficiaire qui habite effectivement chez lui ou au sein de sa famille. 284 personnes ont bénéficié de l'APA à domicile en 2015.

En 2015, 612 personnes ont été bénéficiaires du **RSA**, pour 592 en 2014, soit une augmentation de 3 % sur une année.

(1) : 10/12 communes (ensemble des communes de la CCEG sauf Fay de Bretagne et Notre Dame des Landes).

(2) : source ARS – Diagnostic Flash 2013)

2. LES DETERMINANTS DE SANTE

L'éducation, l'emploi, le revenu, le logement, la couverture sociale, sont les principaux déterminants de santé retenus ici. Le Contrat local de santé et ses actions visent à agir sur ces déterminants, en ciblant plus particulièrement la lutte contre les inégalités sociales, le renforcement de l'accès à la santé et à l'éducation pour la santé.

1. L'éducation

L'éducation	CCEG	Loire Atlantique	Pays de la Loire
Part des personnes de 15 ans et plus non scolarisées ou scolarisées jusqu'en primaire ou collège sans diplôme	8 %	8 %	8 %

Source : Insee - RP 2012

Un point d'analyse

Cet indicateur, qui intègre l'Indice de Développement Humain, recouvre la part des personnes de 15 ans et plus non scolarisées ou scolarisées seulement jusqu'en primaire ou scolarisées jusqu'en collège mais sans diplôme.

Il est révélateur du niveau d'éducation.

Alors que la population de moins de 15 ans scolarisée représente 10 910 personnes sur le territoire d'Erdre et Gesvres, 922 d'entre-elles est non scolarisée.

Cette donnée est à corréliser avec l'éducation à la santé, en particulier dispensée au sein des écoles.

Indépendamment du diplôme requis, l'établissement scolaire est un lieu où sont véhiculés bon nombre de messages de prévention-santé. A noter que pour cet indicateur, les moyennes locale, départementale et régionale sont similaires.

Par ailleurs, 49% des habitants de plus de 15 ans sont titulaires d'un diplôme de niveau bac ou plus sur le territoire de la Communauté de communes.

2. L'emploi : population active et chômage

La population active de 15 à 64 ans	28 458
-------------------------------------	--------

	CCEG		
	Total	Loire Atlantique	Pays de la Loire
Taux de chômage (en %)	7 %	8,9 %	9,1 %
Taux de chômage 15/24 ans	18 %	-	-

Sources : Insee 2015, Observatoire départemental

Un point d'analyse

Le rapport au travail est un important déterminant de santé. Le taux de chômage présenté ici porte sur la population active âgée de 15 à 64 ans et s'entend au sens du recensement. L'Insee considère comme étant au chômage, toute personne active se déclarant à la recherche d'un emploi, qu'elle soit inscrite ou non à Pôle emploi.

71,8 % des actifs habitant la Communauté de communes ont un emploi, soit un taux de chômage inférieur aux moyennes départementale et régionale.

Chez les jeunes de 15-24 ans, population sensible aux difficultés socio-économiques, le chômage se renforce (18 %).

3. Le revenu

Trois indicateurs facilitent l'appréhension des ressources. Déterminant de santé essentiel, le revenu peut être abordé selon le nombre de foyers fiscaux imposables (ou non), le revenu médian et le taux de pauvreté. Comparés territorialement, ils sont autant de repères pour relier la santé aux conditions de vie.

Les foyers fiscaux non imposables

	CCEG	Pays de la Loire	France Métropolitaine
Nombre	10 678	-	16 132 612
%	39,6 %	46,9 %	45,8 %

(Source : INSEE 2012)

Un point d'analyse

Parmi les foyers fiscaux, près de 40 % d'entre eux sont non imposables. Comparé à la moyenne régionale, cet indicateur est inférieur de + 7 points.

Revenu médian et taux de pauvreté

Le **taux de pauvreté** correspond à la part de personnes dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté. Ce seuil correspond à 60 % du **niveau de vie médian**, estimé à 977 euros par mois et unité de consommation en France métropolitaine.

	CCEG	Loire Atlantique	Pays de la Loire
Revenu médian	19 486	20 364	19 486
Taux de pauvreté	10,70	9,74	10,70

(Source : INSEE – 2012)

Même si comme pour le plupart des indicateurs, de grandes disparités existent au sein des territoires de la Loire Atlantique, celle-ci fait partie des départements les moins marqués par l'augmentation de la pauvreté consécutive à la crise économique.

Entre 2008 et 2011, le taux de pauvreté a crû de 0,6 point, alors qu'il augmentait de 0,9 point dans les Pays de la Loire et de 1,2 point en France métropolitaine.

Le taux de pauvreté sur la CCEG est équivalent au taux régional.

4. Le logement

Le logement		
Indicateurs / logement	Nb	%
Résidences principales	20 838	93,1 %
Nombre d'habitants propriétaires	16 707	80,2 %
Nombre d'habitants locataires	3 932	18,9 %

(Source : INSEE 2012)

Un point d'analyse

Ces indicateurs mettent en évidence le type d'habitat sur le territoire. Ils soulignent en particulier le nombre de logements, le nombre de propriétaires et locataires.

Cette donnée, très régulièrement admise dans les diagnostics territoriaux de santé, relève à la fois du nombre total de résidences et de son pourcentage.

Comme précisé, il est également utile de considérer -en lien avec la santé- le pourcentage d'habitants propriétaires, et le pourcentage de locataires. Les logements vacants, les logements occasionnels et (éventuellement) les résidences secondaires n'intègrent pas cette donnée.

A signaler la répartition du type d'habitat, qui caractérise le territoire de la CCEG :

- pourcentage de maisons : 92,4 %
- pourcentage d'appartements : 7,1 %

Parc Privé Potentiellement Indigne (PPPI)	Nb	%
Nb de logements relevant du PPPI et part dans l'ensemble des résidences principales du parc privé	677	3,2 %

Parmi l'ensemble des résidences principales du parc privé, 3,2 % des logements relève du parc potentiellement indigne. Parmi ces données, 379 résidences sont occupées par des propriétaires, soit 56 %.

La part de logements insalubres repérés reste stable par rapport à l'année 2015. Il peut être impensable pour certain usager de modifier des habitudes de vie ancestrales, malgré tout le confort proposé par divers dispositifs d'amélioration de l'habitat.

Pour les locatifs non adaptés, il s'agit bien souvent de logements dont les loyers sont bas et en adéquation avec un budget limité sous le seuil de pauvreté (Données CLIC).

Pour l'ensemble des communes de la CCEG, 15 logements insalubres ont été visités par les coordinatrices du CLIC

Zoom sur les personnes âgées

Parmi le nombre total des personnes âgées aidées l'adaptation des logements est un critère utile à apprécier (données CLIC- 2015).

Personnes âgées aidées		Effectifs
Total		690
Lieu de vie	domicile adapté	234
	domicile non adapté	179
	domicile insalubre	15
	en collectivité	1
	non renseigné	264

Les logements des personnes accompagnées sont majoritairement adaptés à 54.92%. Les demandeurs sont en grande partie propriétaires de leur logement. Les logements loués sont adaptés ; il s'agit généralement de locatifs récents ou de logements intermédiaires proposés.

Le Programme d'Intérêt Général (PIG) sur les intercommunalités Erdre et Gesvres et du Pays de Blain sont des actions qui incitent les habitants aux revenus modestes à s'engager vers des travaux d'adaptation ou d'amélioration de l'état de leur logement.

Les logements inadaptés rencontrés par les coordinatrices du CLIC représentent 42%. Les propriétaires de plus de 60 ans dont les revenus sont modestes résident souvent au sein de logements inadaptés.

5. Les bénéficiaires d'une couverture maladie

CCEG	nombre de bénéficiaires
Population protégée (régime général)	46 840
CMU	294
CMUC	804 (430 femmes – 374 hommes)
ACS (Aide Complémentaire Santé)	315

Source : Assurance maladie. CPAM 44 / Service Statistiques. Mai 2016

Un point d'analyse

Alors que la **CMU** de base permet une affiliation obligatoire au régime général, sous conditions de résidence et de régularité du séjour, pour les personnes ne relevant d'aucun régime obligatoire (en qualité d'assuré, d'ayant droit ou au titre du maintien des droits), la **CMUC** permet le bénéfice d'une couverture maladie complémentaire gratuite aux personnes résidant en France de façon stable et régulière. Avec une prise en charge à 100% des dépenses de santé dans la limite des tarifs de responsabilité avec dispense d'avance des frais, les bénéficiaires en sont les personnes dont les ressources sont inférieures à un plafond fixé et révisé chaque année. 804 personnes en bénéficient sur la CCEG.

L'aide pour une complémentaire santé (ACS) est une aide financière pour payer une complémentaire santé (mutuelle). Elle est attribuée sous conditions de résidence et de ressources. L'ACS ouvre droit à d'autres avantages (tiers-payant par exemple). Pour la demander, un dossier est à constituer (formulaire et justificatifs). Une fois attribuée, l'ACS est accordée pour un an. 315 personnes habitant la CCEG en bénéficient actuellement.

La répartition des bénéficiaires de la CMUC selon l'âge

Répartition des bénéficiaires de la CMUC selon l'âge	CCEG		Loire Atlantique
	Effectif	Part dans la population totale	Effectif
0-17 ans	348	43 %	27 306
18-24 ans	73	9 %	5 739
25-49 ans	301	37 %	25 516
50-59 ans	57	7 %	5 478
60 ans et +	25	3 %	2 171
Ensemble	804	100 %	66 210

(Source : Assurance maladie. CPAM 44 / Service Statistiques. Mai 2016)

Un point d'analyse

Cet indicateur renseigne sur la population en précarité sociale et son évolution. Près de 800 personnes bénéficient aujourd'hui de la CMUC sur le territoire. Ce sont les tranches d'âge des 0-17 ans et des 25-49 ans qui couvrent le plus de bénéficiaires.

3. L'ÉTAT DE SANTE

L'espérance de vie, les personnes prises en charge en affection longue durée, la mortalité par grandes causes, chez les hommes et chez les femmes, les taux de mortalité prématurée, sont les indicateurs choisis pour renseigner l'état de santé de la population.

Globalement, dans le territoire comme dans le reste de la région, la santé de la population s'améliore et l'espérance de vie progresse, en lien avec une baisse de la mortalité (-15 % entre 2000 et 2007).

La majorité des décès surviennent à un âge avancé, avec toutefois de fortes différences selon le sexe : 47 % des femmes contre seulement 21 % des hommes décèdent au-delà de 85 ans. Les pathologies susceptibles d'altérer la santé sont multiples, mais certaines sont particulièrement fréquentes et graves.

Les cancers sont à l'origine de 27 % des admissions en ALD, et de la même proportion de décès. Le cancer de la prostate et le cancer du sein sont les plus fréquents, devant le cancer colorectal et le cancer du poumon. Ce dernier, dont le tabac constitue le principal facteur de risque, représente la première cause de décès par cancer devant le cancer colorectal. Le cancer du sein et le cancer colorectal bénéficient tous les deux d'un dépistage organisé.

1. La prévalence des personnes en Affection de Longue Durée

	CCEG	Loire Atlantique	Pays de la Loire
Nombre de bénéficiaires	4 965	-	-
% / population générale	10,59 %	%	%

Source : Assurance maladie. CPAM 44 / Service Statistiques. Mai 2016

La répartition des ALD selon l'âge

Répartition des personnes en ALD selon l'âge	CCEG
	Effectif
0-19 ans	234
20-29 ans	127
30-39 ans	259
40-49 ans	579
50-59 ans	853
60-69 ans	1302
70-79 ans	864
80 ans et +	712
Ensemble	4 965

Source : Assurance maladie. CPAM 44 / Service Statistiques. Mai 2016

Un point d'analyse

Le dispositif des Affections Longue Durée permet la prise en charge des patients ayant une maladie chronique comportant un traitement prolongé et une thérapeutique coûteuse. Une liste de 30 ALD établie par décret ouvre

droit à ce dispositif (tumeurs malignes, diabète, maladies psychiatriques, maladies coronaires, insuffisance cardiaque grave...).

Les Affections en Longue Durée (ALD avec prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie) touchent plus de 10 % de la population générale (population protégée) sur le territoire d'Erdre et Gesvres.

La part des 60 ans et plus en ALD représente 2879 personnes, soit près de 58 % de l'ensemble des bénéficiaires.

2. Les admissions en ALD

	Nombre CCEG	Indicateur CCEG	Indicateur Pays de la Loire
Admission en ALD	-	-	-
Maladies appareil circulatoire	761	95	88
Diabète	121	80	84
Cancers	222	106	104
<i>dont cancer du poumon</i>	13	79	86
<i>dont cancer du sein</i>	45	111 (ns)	103
<i>dont cancer colo-rectal</i>	9	93 (ns)	103
Affections psychiatriques	60	67	79

(Source / ARS Pays de la Loire Diagnostic Flash - Données 2013)

ns : différence avec la moyenne régionale statistiquement non significative

Les cancers, les maladies cardiovasculaires et le diabète sont à l'origine de 75 % des admissions en affection de longue durée dans la population du territoire comme au niveau régional.

Alors qu'il serait utile de relever les ALD en lien avec l'appareil respiratoire, il n'est pas possible de collecter le taux d'admission. Cette donnée manquante ne doit pas faire oublier l'importance de ces maladies et leur incidence sur la prévention et les soins.

Les **maladies cardiovasculaires** sont à l'origine d'une part importante des soins de ville, de 34 % des admissions en ALD, de 7 % des hospitalisations et de 31 % des décès.

Différents facteurs, fréquents et souvent associés, favorisent la survenue de ces pathologies : - l'hypertension artérielle, le diabète, et les taux anormaux de cholestérol ou de triglycérides dans le sang, qui doivent donc être dépistés et traités, - le tabagisme, l'alimentation et la sédentarité, qui peuvent faire l'objet d'une prévention primaire.

Le **diabète** représente 14 % des motifs d'admission en ALD. Pour le diabète de type 2 (plus de 90 % des cas), la prévention primaire est possible ; même si les facteurs génétiques jouent un rôle, les facteurs nutritionnels sont prépondérants. La surveillance des personnes diabétiques est également essentielle pour prévenir les complications du diabète, qui sont fréquentes et graves (plaies du pied pouvant conduire à l'amputation, cécité, infarctus du myocarde, insuffisance rénale).

Les **problèmes de santé mentale** sont de nature et de gravité très diverses, et génèrent des recours aux soins fréquents. Les pathologies psychiatriques sont notamment la première cause d'admission en ALD avant 45 ans.

Comparativement en département, en région

Affections cardiovasculaires, cancers, et diabète au premier rang des admissions en ALD

Environ 22 900 personnes résidant en **Loire-Atlantique** ont été admises en moyenne chaque année en ALD30, entre 2007 et 2009, par les trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole et régime social des indépendants), qui couvrent environ 98 % de la population départementale.

Les maladies cardiovasculaires (33 %), les cancers (27 %) et le diabète (13 %) sont à l'origine de 73 % des admissions en ALD 30 dans la population de la Loire Atlantique (75 % en Pays de la Loire).

Par rapport à la **moyenne régionale**, la fréquence des admissions en ALD 30 est légèrement supérieure en Loire Atlantique (+ 1 %) sur la période 2007-2009 à structure d'âge comparable. Ce constat est lié notamment à une fréquence plus élevée des admissions pour cancers (+ 3 %), affections psychiatriques (+ 3 %), maladie d'Alzheimer et autres démences (+ 8 %), maladies chroniques actives du foie et cirrhoses (+ 9 %), insuffisance respiratoire chronique grave (+14 %). Par contre, la fréquence des admissions pour diabète est inférieure de 6 % à la moyenne régionale. Enfin, la fréquence des admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires est proche de cette moyenne.

3. La mortalité

La mortalité - ICM par grandes causes	CCEG - décès	CCEG - ICM	Pays de la Loire - ICM
Mortalité générale	293	94	96
Mortalité générale Hommes	153	88	97
Mortalité général femmes	140	100 (ns)	95
appareil circulatoire	86	108 (ns)	97
cancers	81	86	99
dont cancer du poumon	14	72	85
dont cancer du sein	6	85 (ns)	97
Mortalité par suicide	8	102	125
Mortalité par accident de la route	4	103 (ns)	108
Chutes personnes de 65 ans et +	6	136 (ns)	93

(Source : ARS Pays de la Loire diagnostic flash 2013)

ICM : indice comparatif de mortalité

ns : différence avec la moyenne régionale statistiquement non significative

Les maladies cardiovasculaires représentent 31 % des décès, les cancers, 27 %.

Le territoire se caractérise par une mortalité générale proche de la moyenne nationale et une situation favorable en matière de mortalité prématurée.

(source : Profil socio sanitaire du territoire. ORS - ARS Territoire de santé 2011)

Un point d'analyse

ICM : indice comparatif de mortalité

Les phénomènes de mortalité dépendent en particulier, de la structure démographique puisque la fréquence des décès varie considérablement en fonction de l'âge.

L'indice comparatif de mortalité (ICM) permet de faire abstraction des différences de structures par l'âge et autorise ainsi les comparaisons directes entre communes. Il rapporte le nombre de décès observé sur un territoire donné au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité par sexe et âge étaient identiques aux taux régionaux.

Comparativement Loire Atlantique

Cancers et affections cardiovasculaires, principales causes de décès

Comme en France et dans la région, les cancers (30 %) et les maladies de l'appareil circulatoire (28 %) sont les deux principales causes de décès des habitants de la Loire Atlantique.

Les accidents et les autres morts violentes sont à l'origine de 8 % des décès. Il s'agit le plus souvent de décès par accident de la vie courante (chute notamment) ou suicide.

La mortalité due aux pathologies directement liées à une consommation excessive d'alcool occupe une place non négligeable dans la mortalité des habitants de la Loire Atlantique. 3,9 % des décès masculins et 1,3 % des décès féminins sont en effet provoqués par ces affections.

(Source : ARS Pays de la Loire)

4. La mortalité prématurée

ICM Mortalité prématurée	CCEG	Indicateur CCEG	Indicateur Pays de la Loire
Mortalité deux sexes	64	70	97
Hommes	45	70	99
Femmes	19	66	91
Mortalité prématurée évitable	24	81	106

Source : Diagnostic flash ARS Pays de la Loire Données 2013

Un point d'analyse

En regard de la longévité actuelle, les décès qui surviennent avant 65 ans peuvent être considérés comme prématurés. Le taux de **mortalité prématurée** permet de mesurer la fréquence des décès survenus avant 65 ans.

La mortalité prématurée évitable : décès survenus avant 65 ans qui pourraient être évités par une réduction des comportements à risque tels que le tabagisme, l'alcoolisme, les conduites routières dangereuses... Cet indicateur regroupe les causes médicales de décès suivantes : cancers des voies aérodigestives supérieures, de l'œsophage, du poumon, psychoses alcooliques, cirrhoses, accidents de la route...

Comme en France, la mortalité prématurée est particulièrement importante au niveau du territoire (*) : 29 % des hommes et 13 % des femmes décèdent avant 65 ans.

Elle apparaît toutefois inférieure, tant chez les femmes que chez les hommes, comparativement à la moyenne régionale.

Plus d'un tiers de ces décès pourraient être évités, car ils résultent de problèmes de santé accessibles à la prévention (maladies liées à la consommation d'alcool et/ou de tabac, accidents de la route, chutes, suicides).

(*) : Coeur d'Estuaire, Erdre et Gesvres, Loire et Sillon, Région de Blain

Comparativement, dans le département

Une mortalité prématurée supérieure à la moyenne régionale pour les hommes, proche pour les femmes

2 140 décès prématurés (survenus avant 65 ans) ont été dénombrés en moyenne chaque année en Loire Atlantique, entre 2004 et 2008.

► Comme en France et dans la région, la part des décès prématurés parmi l'ensemble des décès est nettement plus élevée chez les hommes (31 %) que chez les femmes (14 %).

► Comme la mortalité générale, la mortalité prématurée en Loire-Atlantique est supérieure à la moyenne régionale pour les hommes (+ 5 %), et est proche de cette moyenne pour les femmes. Cette surmortalité masculine résulte principalement d'une surmortalité par cancer et maladies cardiovasculaires chez les hommes de moins de 65 ans du département. Une mortalité prématurée évitable proche de la moyenne régionale

► Environ 750 décès prématurés par an peuvent être considérés comme évitables, et près de 80 % concernent des hommes.

En Loire-Atlantique, la mortalité prématurée évitable est proche de la moyenne régionale, chez les hommes comme chez les femmes.

En région

Dans les Pays de la Loire comme en France, la mortalité prématurée constitue un enjeu important car près d'un décès sur cinq concerne une personne de moins de 65 ans. Ainsi, environ 6 000 Ligériens âgés de moins de 65 ans décèdent en moyenne chaque année, et les deux tiers de ces décès concernent des hommes.

- Les cancers constituent la principale cause des décès avant 65 ans (41 %), devant les morts violentes par suicide ou accident (17 %). Parmi ces 6 000 décès, au moins 2 000 peuvent être considérés comme "évitables" car leurs causes sont accessibles à la prévention.
- Comme en France, la mortalité prématurée régionale a quasiment été divisée par deux depuis le début des années 1980. Ce recul résulte d'une baisse marquée de la mortalité prématurée par maladie cardiovasculaire et par accident de la circulation, qui compense notamment la hausse de la mortalité prématurée par cancer du poumon.
- Les Pays de la Loire présentent, à structure par âge comparable, une mortalité prématurée chez les femmes inférieure de 8 % à la moyenne nationale. Chez les hommes, la mortalité régionale est proche de la moyenne nationale, sachant toutefois que la France présente une mortalité prématurée masculine plus élevée que ses principaux pays voisins européens.

- Une moindre fréquence des décès prématurés par maladie cardiovasculaire est observée dans la population ligérienne, ainsi que des décès prématurés par cancer du poumon chez les femmes de la région.

La situation régionale est toutefois moins favorable pour certaines autres causes de décès "évitables". La mortalité avant 65 ans par suicide et par accident de la circulation est en effet dans la région supérieure à la moyenne nationale. Une plus grande fréquence des décès par maladies directement liées à la consommation d'alcool est également observée chez les hommes de la région.

(Source : La mortalité prématurée - ORS 2016)

4. L'OFFRE DE SOIN

L'activité libérale, la répartition géographique du 1^{er} recours, les bénéficiaires consommateurs de soins généralistes, sont les principaux repères proposés pour qualifier l'offre de soin et les modes de consommations des habitants de la CCEG.

1. L'activité libérale

Sont ici enregistrées les données concernant l'offre libérale sur le territoire. Ne sont pas comptabilisés les emplois salariés (centre de soin, par exemple pour les infirmiers).

	Nombre de professionnels	Densité locale	Densité régionale
	CCEG	CCEG	Pays de la Loire
Médecins généralistes	52	9,3	7,7
Chirurgiens-dentistes	29	5,4	4,8
Pharmacies	15	2,8	6,9
Laboratoires analyses	2	-	-
Masseurs-Kinésithérapeutes	56	10,4	7,4
Infirmiers	29	5,3	5,6

Source : Données Assurance maladie - mai 2016

Un point d'analyse

L'implantation des professionnels de santé libéraux se mesure notamment par la densité des professionnels appréciée pour 10 000 habitants, soit un taux standardisé par l'âge des habitants, pour prendre en compte les niveaux de recours aux soins plus important chez les personnes âgées.

Pour la Communauté de communes Erdre et Gesvres, cette densité est supérieure à la moyenne régionale pour les médecins, les chirurgiens-dentistes et les kinésithérapeutes ; elle est inférieure à la moyenne régionale pour les infirmiers.

Pour les médecins généralistes, au-delà des caractéristiques relevant de la moyenne d'âge (Cf. données suivantes), il est utile de considérer la féminisation des médecins généralistes. Cet élément n'est aujourd'hui pas identifier.

Globalement, le territoire de la CCEG est identifié comme non déficitaire en matière d'offre de soin pour les médecins généralistes.

Autres spécialités

CCEG	Nombre
Dermatologue	1
Radiologue	2
Pédicure	9
Sage femme	3
Orthophoniste	27

Source : CPAM - mai 2016

2. Professionnels de santé libéraux : zoom sur les moyennes d'âges

	CCEG	Densité / Pays de la Loire
Nombre et % de médecins généralistes de 60 ans et plus	11 , soit 22 %	30 %
Nombre et % des infirmiers de 60 ans et plus	4 , soit 14 %	9 %
Nombre et % des masseurs-kinésithérapeutes de 60 ans et plus	3 , soit 5 %	11 %
Nombre et % des chirurgiens-dentistes de 60 ans et plus	2 , soit 7 %	21 %

(Source : ARS Pays de la Loire - Données Assurance maladie et Finess mars 2015)

Un point d'analyse

Au-delà du nombre de médecins généralistes implantés sur la Communauté de communes, il faut mettre en évidence un autre aspect : le pourcentage des professionnels de santé libéraux au-delà de 60 ans. 22 % d'entre eux s'apprêtent à partir à la retraite dans les prochaines années (d'ici 5 à 10 ans). Ce chiffre est toutefois moins élevé qu'en région (30%).

Pour les chirurgiens-dentistes et les masseurs-kinésithérapeutes, la densité des professionnels ayant 60 ans et plus est également moindre que dans les Pays de la Loire (professionnels plus jeunes dans la CCEG).

3. Carte d'implantation des médecins sur la CCEG



4. La consommation de soins

CCEG	
Nombre de bénéficiaires de soins (*)	51 896
% de consommateurs de soin sur la population générale	83,45 %
Nombre d'actes généralistes consommés	210 669
Moyenne annuelle d'actes consommés par bénéficiaire	4,05
Nombre d'actes consommés par les habitants d'une commune auprès d'un médecin généraliste de leur commune	122 675
Moyenne d'actes effectués sur la commune d'appartenance du patient	58,23 %
Distance moyenne pour accéder au médecin généraliste le plus proche	2,6 km

Source : CPAM

Un point d'analyse

En **médecine générale**, sur l'année 2013, 51 896 personnes (total des bénéficiaires) ont bénéficié de soins, pour un total de 260 669 actes, soit une moyenne de 4,05 actes / personne.

Les habitants de la CCEG consomment moins d'actes que la moyenne française (4,9 actes / an moyenne française).

Sur cette même année, 83,45 % des habitants ont consommé au moins 1 soin généraliste (moyenne).

A noter que 122 675 actes ont été réalisés par des médecins généralistes sur la commune même de leur patient (sans déplacement extérieur de celui-ci vers une autre commune (58,23 % des soins).

La distance moyenne d'un patient pour accéder à son médecin généraliste est de 2,6 Km. Cette moyenne varie d'une commune à l'autre (1 Km pour Héric, Saint Mars du désert ou Casson).

(*)

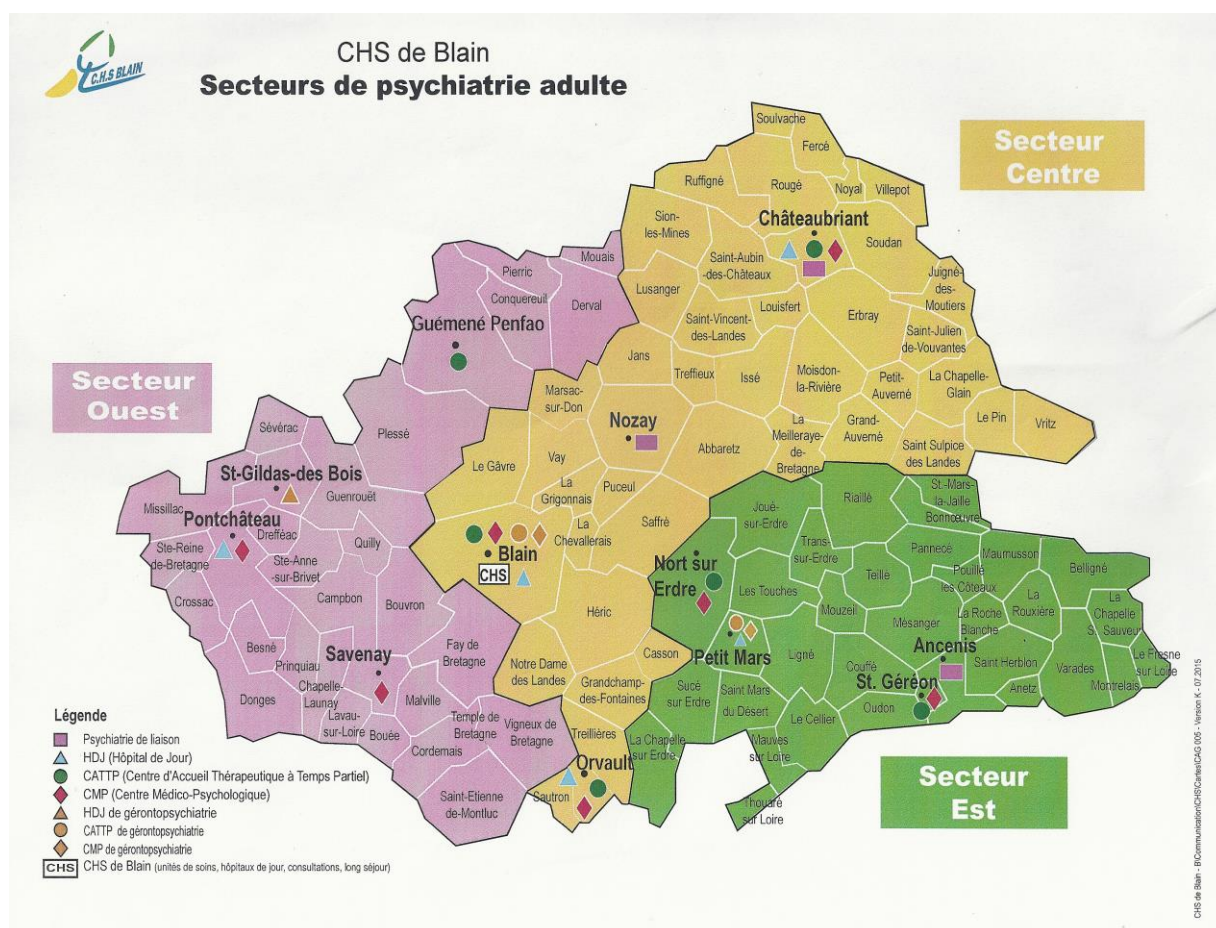
Pour la présentation de ces données, 9 communes de la CCEG sont étudiées : Casson, les Touches, Nort sur Erdre, Saint Mars du désert, Grandchamp des Fontaines, Petit Mars, Sucé sur Erdre, Treillières, Héric. Ces données intègrent également la commune de la Chapelle-sur-Erdre.

Les données de consommation de soins en secteur libéral sont issues du Système national inter-régimes (SNIR), géré par la CNAMTS, concernant l'activité libérale des professions de santé ayant donné lieu à remboursement par les principaux régimes d'Assurance maladie au titre de la maladie, la maternité et les accidents du travail (cela représente environ 97 % des remboursements).

Les indicateurs utilisés rapportent le nombre d'actes (réalisés par les professionnels de santé et ayant donné lieu à remboursement) à la population du territoire. Par ailleurs, la consommation n'ayant pas donné lieu à prescription et/ou remboursement (auto- prescription) n'est pas comptée.

L'utilisation de ces statistiques pour l'analyse de la consommation comporte des limites qui seront précisées successivement.

5. Offre de soins en psychiatrie



En psychiatrie adulte, 3 secteurs différents couvrent les communes de la CCEG : le pôle Ouest (Fay de Bretagne, Vigneux de Bretagne), le Pôle Centre (Treillières, Grandchamp-des-Fontaines, Notre Dame des Landes, Casson, Héric) et le Pôle Est (Nort sur Erdre, Petit Mars, Sucé sur Erdre, Saint Mars du Désert, Les Touches).

Le Pôle Centre (5 communes/12) est doté d'un CMP (Centre Médico-Psychologique) – CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel)

Les autres CMP (Savenay et Nort sur Erdre) couvrent les autres communes.

D'une façon générale, et malgré le déficit chronique de temps médical, l'activité du Pôle reste élevée, avec une file active globale qui s'accroît (+ 16,8 %).

L'augmentation de la file active ambulatoire est de 2,7 %. Elle concerne toutes les unités (sauf le SMV – Santé Mentale et Vieillesse, centré sur un objectif particulier : évaluation diagnostique et d'orientation et sur une aide aux aidants pour les patients prise en charge en EHPAD).

En 2014, le personnel soignant du service approfondit un projet et des pratiques de secteur articulant des institutions variées, ouvertes sur la cité, et respectant les droits des patients, qui doivent trouver dans ce dispositif des modalités d'accueil singulières adaptées à leur situation.

La 3^{ème} journée du Pôle a réuni 70 personnes de l'équipe autour du thème « De la nécessité de faire du lien, du lien et encore du lien ».

(Source : Pôle Centre – secteur 44 G 14 - rapport d'activités 2014)

Le **secteur de psychiatrie infanto-juvénile** (Centre hospitalier spécialisé de Blain) comprend un CMP, un CATTP et un HDJ (Hôpital de jour).

6. Places en structures et établissements

	Nombre de places
SESSAD	20
SSIAD canton Nort sur Erdre: 25 places en globalité pour le canton SSIAD Edre et Gesvres (183 places 3 communes concernées : Grandchamp des Fontaines-Treillières-Sucé s/Erdre) SSIAD Vivre à domicile 86 places (2 communes concernées : Notre Dame des Landes, Fay de Bretagne) SSIAD Sillon et Loire 60 places (1 commune concernée : Vigneux de Bretagne)	354 (1)
EPHAD ou Unité spécialisée NORT S/ERDRE : 10 places HERIC : 12 places LES TOUCHES : 12 places VIGNEUX DE B : 12 places Soit 46 places en globalité CCEG	46 (2)

(Source : Etablissements)

- (1) Cette donnée dépasse le seul périmètre de la CCEG. Les territoires des SSIAD couvrent en effet différentes communes qui ne sont pas toutes intégrées dans la Communauté de communes.
- (2) nombre de lits / EHPAD et Unité spécialisée (de type CANTOU) - Le Centre d'Activités Naturelles Tirées d'Occupations Utiles est une petite unité qui peut prendre en charge une personne dépendante, de manière temporaire ou définitive s'il présente des symptômes de démence ou de la maladie d'Alzheimer.

5. SANTE : AUTRES DONNEES CHIFFREES

Traversant la petite enfance et l'enfance, l'adolescence, les adultes et les personnes âgées, et exprimant une activité, un lieu, un service, une particularité culturelle, ces chiffres sont aussi significatifs des questions de santé et des liens avec la vie des habitants de la Communauté de communes.

Milieux scolaires

Nombre d'établissements scolaires sur le territoire : **39**

Nombre d'enfants accueillis dans les écoles (2015) :

7 554 enfants scolarisés en maternelle et élémentaire (public et privé)



Effectif maternelle	Effectif élémentaire	Effectif collège	Effectif lycée (sans les lycées agricoles)	Nombre écoles / maternelle et élémentaire	Nombre écoles / primaire	Nombre collèges	Nombre lycées
CCEG 2 957	4 597	2 941	149	8	24	5	2

Déplacements

Lieu de travail des actifs ayant un emploi qui résident dans la zone dans la CCEG : **4 740** (17,9 %)

dans une commune autre : **20 973** (79,3%)

Part des moyens de transport utilisés pour se rendre au travail

Voiture : **87,4** %

transports en commun : **3,6** %

% des ménages ayant au moins 2 voitures : **60,7** %

Travail, Insertion

Nombre de personnes inscrites à la Maison De l'Emploi et de la formation : **2017**

(Mission locale : **607**, Service Emploi : **1410**) données 2015

Nombre de nouveaux inscrits : **691**

Nombre de jeunes suivis par an par la Mission Locale : **90** jeunes

Autres

Vie Sociale et Insertion (CMS- Cd 44)

755 ménages ont été reçus en 2015

Majorité de personnes seules (**31.78** %), et de couples avec enfants

Nombre de contrats d'insertion établis : **163**



petite enfance

enfance

jeunes

adultes

personnes âgées

6. L'OFFRE DE PREVENTION

1. Des PARTENAIRES REGIONAUX ET DEPARTEMENTAUX SUR LE TERRITOIRE

L'engagement d'une Communauté de communes dans une démarche organisée de santé publique apporte une visibilité à l'ensemble des partenaires. De nombreuses initiatives portées à différentes échelles territoriales peuvent converger vers le territoire et s'articuler avec les dynamiques locales existantes ou en émergence.



Caisse Primaire d'Assurance Maladie

Les services de la CPAM rencontrés et/ou contactés sont attentifs à relier leurs offres de services aux dynamiques en cours ou en émergence au sein de la CCEG, sur les champs préventifs mais également sur le champ de l'accès aux droits et aux soins.

Quelques dispositifs au service de la population :

- **Sophia**

Initialement sur le diabète, ce service a été étendu à l'asthme dans le cadre d'une expérimentation lancée en 2014. En ligne de mire, les patients de 18 à 44 ans, souvent en position de déni, avec un traitement médical irrégulier. Complémentaire de l'accompagnement proposé en officine, Sophia vise une meilleure compréhension et une gestion optimisée de la maladie. Il combine des solutions adaptées à la cible : appels téléphoniques, site Internet dédié, e-letters, et bientôt une application mobile pour aider les patients à mieux gérer leur maladie au quotidien, notamment en termes d'observance médicamenteuse.

- **Santé active**

Santé active est une action de prévention et promotion de la santé qui propose des ateliers autour de la nutrition, du cœur, et du mal de dos ainsi que de l'accès aux droits et des bilans de santé gratuits pour les assurés.

- **Prado**

Parcours maternité : accompagnement des mamans qui ont ou qui vont accoucher, ateliers de sensibilisation, massage...

- **Planir**

Le plan local d'accompagnement du non-recours, des incompréhensions et des ruptures (Planir) s'applique à résoudre de manière proactive, concrète et novatrice les situations de non-recours aux droits, aux soins, aux offres de service et de prévention, les incompréhensions relatives aux informations médico-administratives et les ruptures de droits et de ressources. Des formations de professionnels de première ligne (CCAS, Mission locale) sont proposées par des professionnels de la CPAM et visent à procurer des outils aux partenaires de terrain sur les modalités concrètes d'orientation des publics en situation vulnérables.

- **Les centres d'examens de santé mobilisés**

L'offre de service en prévention constitue l'autre volet de la stratégie d'approche des patients en situation de précarité. Véritables portes d'entrée dans le système de santé, les deux centres d'examens de santé du réseau (CES de Saint-Nazaire et Nantes) effectuent un ciblage renforcé des invitations à la réalisation de l'examen périodique de santé, mais aussi de l'information et de l'accompagnement des personnes accueillies, pour un meilleur usage de l'offre de soins et de prévention.

Les CES interviennent aussi en matière de prévention et de prise en charge des maladies chroniques via des programmes d'éducation en santé et d'éducation thérapeutique, mis en œuvre en complémentarité de l'action menée par les médecins traitants.

Notons que le CES de Nantes accueille des publics (jeunes et adultes) en situation de vulnérabilité.

347 habitants issus de la CCEG ont bénéficié d'un bilan de santé en 2015. 16 d'entre eux ont été orientés par les accueils administratifs et les courriers d'invitation aux bénéficiaires de la cmu-c.

2 personnes avaient reçu un courrier d'invitation via le partenariat CARSAT (retraités avec faible ressources).

34 personnes ont répondu aux différents courriers d'invitation (requêtes internes)

80 personnes ont été orientées grâce aux partenaires et 215 se sont inscrites directement.



Conseil départemental Loire Atlantique

Une équipe pluridisciplinaire développe, au sein du centre médico-social sur le territoire une série d'interventions auprès des usagers :

- Accueil, évaluation de la situation et du besoin, orientation et accompagnement du public
- Prévention et protection de l'enfance en danger : aides éducatives, financières et prise en charge des enfants confiés à l'ASE
- Accompagnement des parents, futurs parents, consultations d'enfants, vaccinations, agrément des assistants maternels et familiaux dans le cadre de la mission PMI
- Aide à l'insertion des publics en difficulté : RSA, logement, santé

Les modalités générales d'intervention : entretien individuel, permanence, visite à domicile, consultations de nourrissons, actions collectives et partenariales, développement social local

Elle s'appuie sur des principes d'actions :

- Connaissance des territoires, des populations et de leurs besoins
- Usagers au cœur des dispositifs d'intervention
- Respect des droits des usagers
- Service public équilibré sur l'ensemble du territoire et équitable
- Travail en réseau
- Evaluation des moyens et des résultats
- Lisibilité de l'action pour tous
- Souci du bien-fondé de la dépense publique



Mutualité Sociale Agricole

La MSA développe de nombreuses actions de prévention : accompagnements de ressortissants agricoles en situation de handicap vers l'emploi, accompagnement de personnes âgées dans l'adaptation des logements, soutien de collectifs sur le montage de projets, contrats de soutien aux aidants familiaux, organisation de conférence en direction des aidants du territoire, mise en place de contrat de développement social de territoire, organisation d'ateliers Bien vieillir, d'ateliers nutrition, d'ateliers d'éducation thérapeutique, mise en place d'actions en partenariat avec le CLIC

2012 : organisation d'un forum à destination des seniors (environ 300 personnes), ateliers et conférences

2013 : action sur l'aide aux Aidants (une centaine de participants), espace forum, ateliers et conférences

2015 : cycle Ateliers Bien Vieillir à St Mars du Désert

cycle nutrition à Nort sur Erdre

action de lutte contre l'isolement des personnes âgées (environ 80 personnes,

pièce de théâtre + rencontres discussions en petits groupes

2016 : action sur le maintien à domicile

cycle Ateliers Bien Vieillir à Nort sur Erdre

cycle PEPS Eureka (stimulation mémoire) à Grandchamp des Fontaines

en projet, création d'ateliers sur l'accès au numérique pour les retraités

Par ailleurs, suite à la demande de la commune et en lien avec le CLIC, un cycle PEPS est programmé à Vigneux de Bretagne (**2017**)

Peps Eureka

Le programme d'éducation et de promotion santé (PEPS) a été conçu en collaboration avec la Fondation Nationale de Gérontologie. C'est un programme complet qui prend en compte toutes les composantes du " bien vieillir ". Il s'adresse aux personnes âgées de plus de 55 ans, quel que soit leur régime de retraite. Peps Eureka s'insère ainsi dans une démarche de prévention globale du vieillissement. Dans ce cadre, elle complète les Ateliers du Bien Vieillir, un programme d'éducation à la santé, développé par la MSA. Le programme Peps Eurêka est composé de 10 séances d'environ 2h30 animées par des animateurs formés à la méthode "Peps Eurêka". Les participants forment un groupe de 8 à 15 personnes qui souhaitent entretenir et cultiver leur mémoire.

PAC résidents

L'offre propose 14 séances collectives pour préserver l'autonomie des personnes âgées en établissement, maintenir leurs capacités résiduelles et stimuler leur mémoire. Mené avec la Fondation Nationale de Gérontologie (FNG), ce programme concerne les établissements institutionnels promus par la MSA et les Maisons d'accueil rurales pour personnes âgées (MARPA).

Aide aux aidants

Ce dispositif assure une continuité des actions pour soutenir les aidants familiaux sur leur territoire de vie. Il répond de manière plus globale et coordonnée à l'ensemble de leurs attentes. Il permet ainsi à l'aidant d'assurer son rôle dans la durée. Il préserve ses choix, sa qualité de vie et crée les conditions favorables à son propre vieillissement.

Module Alzheimer pour les réseaux de santé

Ce module prend en charge en milieu rural les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, depuis le diagnostic jusqu'à l'entrée en institution, et les aide tout au long de la maladie.

Cette prise en charge passe par un plan d'aide individualisé défini grâce au travail en réseau de tous les acteurs et structures intervenant auprès de la personne : professionnels de santé libéraux, services sociaux, établissements de santé, maisons de retraite



Education nationale

La Communauté de communes se distingue par l'effectif de sa population scolarisée. Il existe une attente importante des acteurs et des parents sur le rôle de l'école, des collèges, notamment sur le renforcement des compétences psychosociales des adolescents (thématiques récurrentes : violence, relations filles/garçons, vie affective et sexuelle, conduites de consommation à risque).

Les actions déjà engagées à travers des approches interactives (exposition, ateliers collectifs...) ouvrent des pistes de collaboration entre structures, et soulignent l'importance d'un travail continu et pérenne.

La collaboration avec les chefs d'établissement est mentionnée. La formation des infirmiers en santé scolaire au sein des écoles et collèges est également un levier sur lequel il est possible d'agir.

A noter la mise en œuvre d'une convention avec l'ARS et le Recteur d'Académie.

Par ailleurs, il ne faut pas oublier les établissements relevant du Ministère de l'Agriculture.



Instance Régionale en Education et Promotion de la Santé (IREPS)

L'Instance régionale en éducation et promotion de la santé des Pays de la Loire créée en 2009, est une association œuvrant dans le champ de la promotion de la santé, de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique du patient.

Il est intéressant de constater que la base OSCARS, outil d'observation et de suivi cartographique des actions régionales de santé, ouverte à toute initiative en prévention et promotion de la santé ne

contient pas d'actions sur le périmètre. Les données actuellement collectées sont peu visibles sur le territoire Erdre et Gesvres.

Concernant le **développement des compétences psycho sociales**, programme régional soutenu par l'ARS Pays de la Loire et l'Education nationale, et piloté par l'**IREPS Pays de la Loire**, plusieurs établissements scolaires participent au programme « **Santé à l'école** » : école Marcel Pagnol (Notre Dame des Landes) pour la formation des enseignants, école primaire Moulin de juillet (Les Touches) (mobilisation des enseignants), école d'Héric.

Alors que d'autres demandes sont formulées pour l'avenir (Saint Mars du désert), il est utile de suivre l'ensemble des inscriptions à ce programme et de mesurer l'existence de relais formés sur le territoire.

Il n'a pas été possible d'identifier précisément le nombre et la thématique des actions de prévention (alimentation, exercice physique, maladies cardio-vasculaires, l'éducation thérapeutique, addictions, dépistage des cancers) mises en œuvre par les différents partenaires. Pourtant, cette liste serait utile à alimenter régulièrement. Sa lecture offrirait une meilleure lisibilité sur les pratiques des acteurs.

De même, peu de résultats d'actions évaluées sont disponibles. Il serait également utile de renforcer cette démarche d'évaluation dans les prochaines années.

2. DES SERVICES ET STRUCTURATIONS LOCALES

Implantées sur le territoire de la CCEG, des structures, services et associations portent une dimension préventive de premier plan et facilitent les mises en correspondance nécessaires pour l'élaboration cohérente d'actions.

Centre Médico-Social (Délégation territoriale de Châteaubriant – Conseil départemental Loire Atlantique)

Pour le territoire de la CCEG, le CMS de référence est celui de Nort-sur-Erdre. Il intervient sur 10 des 12 communes que comporte la Communauté de Communes : Casson, les Touches, Nort sur Erdre, Saint Mars du désert, Grandchamp des Fontaines, Petit Mars, Sucé sur Erdre, Vigneux de Bretagne, Treillières et Héric.

PMI

L'accueil en **PMI** débute en prénatal et se termine aux 6 ans de l'enfant. Le nombre de suivi est resté stable sur l'année 2015. La proportion de suivis d'enfants de plus de 2 ans a augmenté en 2015.

Il est constaté une augmentation des **visites à domicile** : des interventions de prévention au plus près de la population, l'accroissement du nombre de familles ayant peu de moyens pour se déplacer, un besoin de soutien parental plus important sont les raisons de cette augmentation.

L'activité des **accompagnements** en permanence est restée stable mais s'oriente davantage vers des accompagnements d'enfants plus grands avec des difficultés éducatives et des conflits de couple.

Le **rôle auprès des familles** est essentiellement la réorientation vers le service vie sociale et insertion (VSI) pour des questions administratives ou concernant leur CMU / mutuelle. Selon les besoins des usagers, elles sont également orienter vers la CAF et la MDPH.

La visite à domicile est un moyen privilégié d'intervenir préventivement et de soutenir la parentalité notamment chez les familles vivant avec de multiples stress : isolement social, précarité socio-économique. Il est proposé 6 à 12 visites débutant dès la grossesse et se poursuivant jusqu'au 6^{ème} ou 12^{ème} mois de l'enfant.

Les **consultations et les permanences** permettent des dépistages précoces de certaines pathologies entraînant une réorientation vers des spécialistes.

Un **travail en partenariat avec le CMP** permet de mieux orienter et accompagner les enfants qui présentent des troubles du comportement.

	CMS Nort sur Erdre
Indicateurs d'activités	
Nombre de naissances	629
Nombre de visites à domicile	494
Nombre d'enfants vus en consultation	609
Nombre d'enfants vus en permanence	821
Effectifs des écoles	2336 (petite section) 2399 (moyenne section)

(Source : PMI / CMS Nort sur Erdre – données 2015)

Vie Sociale et Insertion : les données

Travail partenarial avec le service emploi de la CCEG, la mission locale et les associations d'insertion (ANCRE et solidarité emploi).

Nombre **d'actes posés par le CMS** : 1810 actes auprès du public en 2015, soit 216 actes en plus avec une baisse conséquente du temps de travail.

Le service Vie Sociale et Insertion est très sollicité pour les situations de séparation (informations sur les droits, accès au logement, aide financière).

Actions collectives

- En 2014, des multi-accueils du secteur avaient demandé à la PMI une intervention autour de l'alimentation. Fin 2015, une intervention a été réalisée au multi-accueil de Sucé sur Erdre.
- Une action commune entre les RAM, la CAF et la PMI autour du thème de "l'arrivée d'un enfant" a été mise en place.
- La construction du réseau des petits avec le CMP de Blain a été finalisée en 2015. L'intérêt étant de maintenir le lien entre le CMP et la PMI, de partager les dossiers ainsi que la recherche de solutions efficaces pour les usagers. Une augmentation des prises en charge psychologiques par l'équipe PMI est remarquée suite à la saturation du CMP de Blain et à la fermeture de l'antenne de Nort sur Erdre.
- Une action collective autour d'un "atelier allaitement" à destination des futurs parents et des parents dont le bébé est allaité est envisagé.

(Source : rapport d'activités PMI – VSI Conseil départemental – Données 2015)

MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie)

La MAIA Nord Loire Atlantique est en place depuis le 1er septembre 2013. Son but est d'organiser et de faciliter le parcours des personnes en perte d'autonomie dans un système d'aide et de soins dont la réponse doit être continue, complète, flexible, et réactive aux changements de leurs besoins.

La MAIA examine les situations complexes orientées par les professionnels de la délégation, dont le CLIC fait partie, lors des commissions d'entrée en gestion de situation complexe.

Un des enjeux est d'accompagner individuellement, chez elles, les personnes qui sont confrontées à des situations complexes : personne seule, épuisement de l'aidant, problèmes financiers...

C'est le rôle du "gestionnaire de cas". Un référent unique qui facilite le quotidien du malade, soutient l'aidant et assure la cohérence de la prise en charge, grâce à sa vision globale de la situation. Chaque gestionnaire de cas suit jusqu'à 40 malades, afin que le suivi reste personnalisé.

En 2015 La MAIA a pu relayer 11 situations complexes proposées lors de la commission d'entrée en gestion de situations complexes par le CLIC.

La MAIA suit 54 situations. 20 accompagnements ont été refusés sur l'année 2015.

Année	2012	2013	2014	2015
Nombre de situations complexes	60	48	40	38

Communautés de communes	Nbre pers accompagnées	Pers + 60 ans	Pers + 75 ans
CC de la région de Guémené	0	2128	878
CC de la région de Blain	4	3268	1319
CC de la région de Nozay	3	2630	1045
CC du Castelbriantais	10	8663	3565
CC du Pays d'Ancenis	18	12793	4933
CC de la région de Redon	5	3110	1156
CC de la région de Derval	2	2438	1059
CC Erdre et Gesvres	7	9857	3200
Total	49	44887	17155

CLIC

A noter que le périmètre du CLIC intègre deux Communautés de Communes (Erdre et Gesvres et Pays de Blain).

Le CLIC renforce une dynamique de réseau sur le territoire, visant notamment à la mise en place en place d'actions collectives : organisation et communication en lien avec la MSA autour d'ateliers : « nutrition », « bien vieillir », « mémoire », mise en place avec le comité des caisses de retraite d'un temps fort festif sur « l'isolement, participation avec Al'fa Répit à des temps forts concernant la thématique de « l'aide aux aidants », travail partenarial autour des « limites du maintien à domicile, contribution, des coordinatrices du CLIC à différentes instances, dont les comités techniques de la plateforme de services.

	Année N	Année N-1
Nombre total de personnes aidées	690	584
Nombre de nouvelles personnes aidées	379	269
Nombre de nouveaux dossiers de demande	870	723
Nombre total d'entretiens (avec personnes âgées, familles, professionnels)	4179	4360

(Source : rapport d'activités CLIC 2015)

Les coordinatrices du CLIC interviennent principalement auprès d'usagers de plus de 75 ans, période de vie où les problématiques de dépendance commencent à apparaître. Ainsi, le public de plus de 75 ans représente 71,15% des personnes aidées en 2015.

Un grand nombre d'entretiens donne lieu à une visite à domicile, celle-ci permettant d'effectuer une évaluation globale des besoins des usagers. Il est à noter en 2015 une augmentation des entretiens sur les lieux de permanences, 182 cette année pour 70 en 2014.

Afin de favoriser un accompagnement en adéquation avec les besoins et/ou les demandes des personnes âgées et de leurs familles, le CLIC organise ou participe à des réunions de concertation qui réunissent ensemble les professionnels du médico-social intervenant ou susceptibles d'intervenir auprès de la personne âgée.

Le nombre de personnes aidées a augmenté de 105 dossiers, soit une augmentation 15% entre 2014 et 2015.

Motifs de contact : l'accès aux droits, la vie à domicile, les renseignements pour une structure d'accueil, l'offre de soins

Le CLIC a accompagné des demandes concernant majoritairement l'accès aux droits (43%) et la vie à domicile (36%). Les coordinatrices accompagnent les usagers dans la constitution de dossiers APA, Caisses de retraites (CARSAT, MSA...), et de demande d'aides financières.

L'objectif de ces demandes étant de privilégier le maintien à domicile grâce à la mise en place d'aides et de leur financement pour des personnes dont la volonté première est de rester chez elles le plus longtemps possible.

L'offre de soin représente 7 % de ces demandes : soins à domicile (SSIAD, infirmières), services hospitaliers (HAD, SSR), consultations gériatriques, médecins généralistes, soutien psychologique, réseau de santé

Partenariats

Les partenaires sollicitent le CLIC pour la mise en place d'actions collectives :

- MSA : organisation et communication des ateliers : « nutrition », « bien vieillir », « mémoire »
- Le comité des caisses de retraite : mise en place d'un temps fort festif sur « l'isolement »
- Al'fa Répit : participation à des temps forts concernant la thématique de « l'aide aux aidants »

Accueil des personnes en situation de handicap

Une convention de partenariat relative à l'accueil de proximité du public en situation de handicap a été signée en 2014 avec le Conseil départemental.

Cette convention, signée pour 3 ans, définit le territoire d'intervention, les publics concernés, les missions qui seront assurées par le CLIC. Elle précise les engagements respectifs du CLIC, du Département et de la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées), ainsi que les modalités de suivi et de contrôle de l'activité.



La Maison des Adolescents et l'antenne Nord de Nozay

L'antenne Maison des Adolescents du Nord du département est un « outil » largement sollicité sur un territoire pauvre en termes d'accompagnement des adolescents et de leur famille.

Il est noté une disparité quant à la fréquentation des permanences (faible demande sur Derval, à l'inverse une très forte activité sur Ancenis, Blain et Nort-sur-Erdre). De ce fait, l'équipe a dû ajuster le planning des permanences hebdomadaires pour proposer un à deux créneaux d'accueil hebdomadaires supplémentaires sur certaines communes (Ancenis, Blain, Nort-sur-Erdre).

Face à l'affluence, des adolescents mais aussi du réseau de professionnels, l'équipe au fil des mois s'est interrogée sur ce dispositif mobile, à la fois en terme d'organisation « logistique » mais aussi clinique.

Des réflexions sont en cours pour poursuivre ces aménagements en 2016 au profit d'une bonne qualité d'accueil et d'accompagnement des jeunes et des familles.

Une équipe pluridisciplinaire s'attache à proposer des alternatives de prise en charge aux adolescents et familles du territoire, notamment à travers l'animation d'un groupe ressources ouvert à l'ensemble de professionnels présents sur le territoire.

Les données

L'activité 2015 a connu une forte croissance en termes d'accueil des adolescents.

Au total 230 adolescents se sont rendus sur les permanences réparties sur les 7 Communautés de Communes. Cela représente au total 1234 entretiens.

Parmi l'ensemble des jeunes reçus à l'antenne Nord de la Maison des adolescents, 21 % proviennent du secteur de Nort sur Erdre

Profil des adolescents reçus (ensemble des secteurs)

53% des jeunes sont des filles, contre 47% de garçons.

L'âge moyen de l'adolescent accueilli sur le dispositif du nord est de 14 ans et 4 mois

Thématiques énoncées par le jeune (plusieurs thèmes peuvent être abordés) :

Vie affective : (relation famille, amoureuse, amicale, deuil) 68,3%

Mal être : (sur le plan somatique, suicide, estime de soi, stress - déprime, trouble des conduites alimentaires, scarifications, traumatisme lié à un événement) 45%

Scolarité : (question d'orientation, insertion professionnelle) 33,4%



La Mission locale

Une référente santé propose des modules de prévention santé, en s'appuyant sur des outils innovants de mobilisation personnelle et oriente les jeunes vers le centre d'examens de santé de Nantes.

L'objectif est de promouvoir l'accès aux droits et à la santé des jeunes de 16/25 ans. Il est aussi d'amener ces jeunes souvent en manque de repères par rapport à la santé à s'intéresser à elle, de leur montrer que c'est un levier dans leur parcours d'insertion sociale et professionnelle.

Le parcours santé des jeunes doit être à la fois construit entre les acteurs de manière à bien articuler droits et santé et amener les jeunes qui en ont besoin aux soins, mais il doit aussi s'adapter aux spécificités, aux comportements des jeunes et à leurs parcours de vie.

Par ailleurs, il est rappelé l'importance de prendre en compte le point de vue des jeunes dans la mise en place des projets les concernant.

Nombre de jeunes suivis sur la CCEG (données 2015)

- Nb de jeunes en contact : 756

- Nb de jeunes accompagnés* : 619

* jeune accompagné : un jeune est accompagné sur une période, si au moins, un événement de nature entretien / atelier / information collective, a eu lieu sur cette période pour ce jeune.

Concernant les orientations vers le centre d'examens de santé : 7 jeunes (du territoire de la CCEG) de la Garantie jeunes ont pu en bénéficier.

Concernant le modèle d'intervention au sein des groupes de formation, divers sujets sont abordés comme l'arrêt maladie, l'accident de travail, le congé maternité et paternité et le parcours de soin principalement. Des notions telles que la CMU et l'aide à la complémentaire santé sont également abordées.

Dans un second temps, il s'agit d'animer un débat avec les jeunes. Des questions ou des situations de cas peuvent être présentées et il y a un échange. Les sujets peuvent être : les addictions, la contraception, la santé d'un point de vue général (alimentation, sommeil sport...), mais aussi la sécurité routière.

A l'issue de la séance, un questionnaire d'évaluation est remis afin de recueillir les impressions et d'adapter le contenu si nécessaire pour les interventions suivantes.

Génération Mouvement

La commission santé de la fédération départementale se préoccupe du bien vieillir des générations. Plusieurs actions se préparent ; l'une d'elles porte sur l'accompagnement des personnes ayant dans leur famille ou leur entourage une ou des personnes touchées par des maladies entraînant une perte d'autonomie.

Génération Mouvement - *Les Aînés Ruraux* ont signé une convention triennale (2013-2015) avec la CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie) dans le but de former sur l'ensemble du territoire 7200 aidants qui vivent à domicile avec leurs proches.



Le service transport LiLA à la demande

Service de la Communauté de Communes Erdre et Gesvres, LILA à la demande génère de l'activité dans le domaine de la santé. Si les motifs d'appel ne sont pas comptabilisés spécifiquement par rapport à la santé, les interlocuteurs du service confirment la place de ce mode de déplacement en réponse aux sollicitations des personnes pour se rendre en consultation médicale, spécialisée ou non.

Les hôpitaux de Châteaubriant, Ancenis et Nozay, l'Hôpital Nord Laennec, Centre René Gauducheau et Polyclinique Saint – Herblain, l'Accueil de jour de Dréfféac, la clinique Jules Verne à la Haluchère figurent parmi les destinations possibles.

Plus l'offre en transport régulier est performante sur le territoire, moins les services Lila à la demande sont sollicités : c'est le cas du territoire d'Erdre et Gesvres.

Erdre et Gesvres :

Nombre d'usagers : 200

Nombre de voyages : 2800

78 % sont des femmes

les + de 60 ans représentent 70 % des bénéficiaires

Les rendez-vous médicaux représentent 20 % des motifs de voyage.

(Rapport d'activités 2015 - Données 2013)

3. DES CAMPAGNES DE DEPISTAGE

Santé Bucco-dentaire : campagne de prévention MT dents

C'est dès le plus jeune âge et pour toute la vie que se construit la santé bucco-dentaire. Les bonnes habitudes d'hygiène dentaire et la détection d'éventuelles caries permettent de garder des dents saines longtemps. Cela évite également de nombreux problèmes dentaires, parfois longs et coûteux, à l'âge adulte.

L'Assurance Maladie a créé ce dispositif qui permet aux enfants de consulter un chirurgien-dentiste gratuitement aux âges clés de leurs croissances bucco-dentaires (6, 9, 12, 15 et 18 ans).

Si l'enfant a besoin de recevoir des soins, ces derniers sont entièrement remboursés (sauf orthodontie et prothèse). Les soins sont à réaliser dans les 9 mois qui suivent le rendez-vous.

	CCEG	Loire Atlantique
Population concernée / enfants – 6ans	740	14 629
Nombre enfants vu dentiste	539	10 073
Taux vu dentiste	72,8 %	68,9 %
Dont EDB (*)	484	8 506
Taux EBD (*)	65,4 %	58,1 %

Source : Données Assurance maladie - mai 2016

(rappel : nombre de dentistes sur le territoire Erdre et Gesvres : 29)

Un point d'analyse

Le taux d'enfants ayant vu un dentiste est légèrement supérieur sur le territoire d'Erdre et Gesvres, à la moyenne départementale.

(*) Le taux EBD est le pourcentage d'enfants ayant bénéficié d'un Examen Bucco-Dentaire. Celui-ci comprend une anamnèse, un examen bucco-dentaire, des éléments d'éducation sanitaire et un éventuel programme de soins.

Le taux EBD est supérieur à la moyenne départementale de plus de 7 points.

Comme le taux de « Vu dentiste » varie de 60% à 81 %, le taux EBD varie lui aussi en fonction des communes, de 50 % à 73 %.

Campagnes organisées de dépistage du cancer du sein : les données de la participation

	CCEG	Loire Atlantique	Pays de la Loire	France
Population cible totale	8 823*	189 378**	540 351**	9 749 143**
Population cible 2015	4 412	95 573	272 663	4 914 726
Femmes invitées en 2015	4 383	101 760	-	-
Dépistage réalisés suite aux invitations 2015 (provisoire)	2 653	60 145	-	-
Dépistages réalisés en 2015	2 661	60 372	167 149	2 530 947
Taux de participation « Invitées »	60,5 % (=D/C)	59,1 %	-	-
Taux de participation « InVS »	60,3 % (=E/B)	63,2 %	61,3 %	51,5 %

(Source : Cap Santé Plus 44 – Structure de gestion du dépistage organisé des cancers de Loire Atlantique Données 2015)

Source pour l'évaluation de la population cible (ligne A) : * Notre base de données ** Population Insee InVS (avril 2016)

Un point d'analyse

Parmi les données relevant de l'offre de prévention, le résultat lié au dépistage organisé du cancer du sein est un élément utile à considérer. Les bénéficiaires de ces dépistages sont les femmes entre 50 et 74 ans ayant réalisé une mammographie dans l'année. L'adhésion des femmes à ce programme est importante à encourager. Cap Santé Plus 44 est la structure de gestion du dépistage organisé du cancer du sein.

Plus de 2 660 **dépistages du cancer du sein** ont été réalisés en 2015 pour les habitantes de la Communauté de communes Erdre et Gesvres (bénéficiaires : femmes de 50 à 74 ans).

Le taux de participation à ces mammographies représente 60% du public cible (moyenne équivalente à la moyenne départementale).

Par ailleurs, pour le **dépistage organisé du cancer colorectal**, le changement de test depuis juin 2015 (passage au test immunologique) entraîne des modifications de pratiques et les données de participation ne sont pas exploitables à ce jour.



1. LE PANORAMA DES ACTEURS

Cet essai de « panorama » identifie les acteurs présents sur la Communauté de communes et rencontrés pour la plupart, lors du diagnostic. Il a vocation à aider à la coopération et à la rencontre entre acteurs de champs et d'horizons professionnels différents.

Les élus / Conseil communautaire
Directions intercommunales
Agence régionale de santé

Les professionnels de santé

Professionnels de santé libéraux, dont médecins généralistes, infirmiers pharmaciens .../...

Etablissement de santé spécialisé de Blain

CMP de Blain
 CMPP de Blain

Santé scolaire
 PMI
 Maison des adolescents (Nantes et antenne de Nozay)

CSAPA

Réseaux de santé :
 Maladies chroniques 44
 Réseau Ados

Les acteurs du social

CCAS
 Conseil départemental
 Centre médical et social
 PMI

CPAM
 MSA
 CARSAT

Les acteurs du médico-social

CLIC
 7 EPHAD

5 SSIAD

FAM
 MAS
 MAIA
 Plateforme de répit
 Groupe Ressources

Les autres champs

Educatif

Inspection académique
 Ecoles maternelles
 Ecoles élémentaires

Collèges
 Lycées

Associations de parents d'élèves

Autres

Mission locale
 Maison de l'emploi
 Association intermédiaire
 Ancre
 Génération
 Mouvement
 6 relais d'assistantes maternelles
 10 multi accueil
 ...

Partenaires

Agence Régionale de Santé, Conseil départemental 44, CPAM, CAF, Education nationale, Maison des Adolescents, IREPS Pays de la Loire...

Dispositifs

Agenda 21, mission handicap, LILA transport à la demande...

2. A LA RENCONTRE DES ACTEURS : RETOURS D'ENTRETIENS

De nombreuses personnes ont pu être entendues lors d'entretiens individuels ou collectifs (*Cf annexe*). Dans leur diversité et horizon professionnel, associatif, éducatif ou électif, elles ont pu exprimer leurs attentes, leurs envies, leurs besoins, leurs avis, leurs facilités ou difficultés à appréhender les questions de santé sur la communauté de communes.

Les retours d'entretiens synthétisés ci-dessous mettent en évidence plusieurs points d'importance. Positionnements stratégiques ou opérationnels, populationnels et professionnels, ils relèvent les constats prioritaires, valorisent l'existant et lancent les premières propositions et pistes d'action.

1. Les principes directeurs

Le positionnement volontariste de la Communauté de communes est **une réelle opportunité pour les acteurs et partenaires rencontrés**, un gage d'innovation et d'ouverture à de nouvelles pratiques professionnelles et de coopérations publiques/privées dans un cadre contractuel entre la CCEG et l'ARS.

Le CLS est au centre de ces réflexions et évolutions ; il se positionne comme un fil conducteur innovant, force de proposition à différentes échelles territoriales.

Dans cet esprit de collaboration, la CCEG est attendue par les acteurs et partenaires sur quelques principes directeurs :

- **Le pilotage des axes de développement en santé**
Selon les acteurs, la Communauté de communes doit être garante, avec l'Agence régionale de santé, des axes de développement du CLS. Dans ce cadre, ce positionnement affirmé nécessitera la mise en place d'instances de pilotage et technique ouvertes à des partenaires représentatifs du territoire, en capacité d'influer sur les décisions prises.
- **Un cadre nécessaire de concertation**
Dès à présent, un nombre important d'acteurs et partenaires souhaitent s'engager sur les orientations générales d'un CLS. Cette implication collective est notable et il est important que l'intercommunalité facilite ces temps de concertation productifs. Un comité technique pourrait se constituer à partir de groupes actions mobilisés dans une phase ultérieure.
- **Une cohérence entre attentes locales et régionales**
La qualité des collaborations institutionnelles avec l'ARS, le département, l'Assurance Maladie, l'Education nationale, doit permettre de préciser et de faire évoluer les choix d'interventions. Le positionnement partenarial de la Communauté de communes doit faciliter le repérage des actions pertinentes à mettre en œuvre, et cette précision (diagnostic réalisé, fédération des professionnels et partenaires locaux, connaissance de la population, implication des élus, pertinence des thématiques retenues...) est une condition majeure pour inscrire les projets/actions dans la durée.
- **Un échange régulier entre territoires**
En correspondance avec d'autres initiatives de santé développées sur le département et /ou au sein de territoires environnants, la CCEG peut faciliter les rapprochements avec d'autres initiatives territoriales, gage de mutualisation des énergies et atout pour une plus grande lisibilité d'action. La communauté de communes, en retour, peut apporter son expertise locale, au service des initiatives et projets sur un territoire élargi.

2. Les éléments d'ordre opérationnel

Une plus-value attendue au regard de l'existant

De multiples dynamiques et initiatives de santé sont d'ores et déjà engagées au sein du territoire, les acteurs insistent pour que l'intervention de la CCEG porte sur des enjeux pouvant être appréhendés à partir de croisements de thématiques de santé et autres politiques publiques : par exemple le lien entre insertion professionnelle et santé, l'habitat, santé mentale, recours et accès aux soins.

Un apport d'informations territoriales

La CCEG doit être attentive à diffuser des informations adaptées aux attentes des professionnels actifs au sein des communes :

- diffusion de documents actualisés des programmes et dispositifs de santé publique présents sur le territoire : les actions conduites au sein des institutions partenaires, les initiatives des communes, les perspectives à divers degrés territoriaux, les innovations repérées
- organisation de rencontres, de débats, d'interventions thématiques avec des représentants de l'ARS
- organisation de rencontres avec les établissements de santé environnants

Un appui à la formation

- Appui à l'organisation de formations, à partir des propositions des professionnels de santé

La mise en œuvre d'actions de prévention

- Proposition de mise en œuvre, à partir des observations et recommandations, d'actions aux approches ludiques, facilitant l'implication des personnes
- Organisation de campagnes de prévention en lien avec les recommandations des acteurs et partenaires intercommunaux

Une aide à la coordination

- Proposition de contacts clés sur le territoire pour faciliter les échanges de pratiques et modéliser au sein des communes (sans standardiser) les actions pertinentes.
- Renforcement du travail de coordination avec les acteurs de santé et sociaux du territoire par le biais d'informations concrètes et personnalisées

3. Les points d'appui à la mise en place des actions

La participation habitante : un levier central de développement

La Communauté de communes peut jouer un rôle moteur dans l'élaboration d'outils de concertation avec la population, et faciliter l'adaptation de l'offre de service proposée en termes de prévention.

Même s'il est parfois difficile pour les habitants de parler « santé », la présence quotidienne des acteurs au sein de structures (CMS, CMP, CLIC, CCAS) contribue à construire des liens de confiance avec les personnes et leurs familles. La diversité des activités proposées permet de toucher un ensemble de publics pas ou peu rejoint par les différents acteurs de la prévention.



Un conseil de développement concerné

La participation habitante doit rejoindre les efforts entrepris par le Conseil de développement dans le domaine de la démocratie locale.

Peu de questions au regard des préoccupations de santé rencontrées par les habitants sont à ce jour posées. Elles pourront néanmoins l'être dans le cadre d'autres concertations démultipliées sur le territoire.

Les politiques sociales de la CCEG : un socle de développement santé

Les priorités sociales de la CCEG (petite enfance, jeunesse, personnes âgées) sont en correspondance continue avec les enjeux de santé. Les actions du futur CLS devront s'appuyer sur les professionnels et structures existantes et intégrer les programmations en présence. Des pistes de développement santé pourraient être formalisées à l'échelle de la CCEG et proposées aux acteurs et professionnels de proximité (centres de loisirs sans hébergement, maisons des jeunes, Mission locale, initiatives communales...).

Des interactions existantes ou en émergence avec des partenaires

Les complémentarités entre la CCEG et les partenaires institutionnels sont à renforcer dans le cadre du CLS. La valeur ajoutée de ces partenariats peut être importante, il s'agit de formaliser davantage les thématiques à investir.

D'ores et déjà les points de force se concentrent sur les enjeux liés à l'accès aux droits et aux soins, la prévention des maladies chroniques, la santé mentale, la santé des enfants et des jeunes. De nombreux partenaires sont volontaires pour renforcer les collaborations attendues au sein de la CCEG : les services de la CPAM, de la MSA, l'Institut régional d'éducation et de promotion de la santé, le secteur psychiatrique (pôles centre et Est), le réseau de santé Maladies chroniques 44, le centre médico-social du Conseil départemental, la Maison des adolescents et son antenne Nord, les centres d'exams de santé de Nantes et Saint-Nazaire, la MAÏA.

Le CLS doit valoriser ces interactions et préciser le cadre opérationnel des interventions.

L'importance du travail en réseau

De nombreuses initiatives favorisant les concertations professionnelles sont engagées au sein du territoire : les interactions entre le CLIC, la MAÏA, la Plate-forme de service, le réseau Ados, le groupe Ressource associant le CMP, la Maison des Adolescents, des professionnels de l'enfance et de la jeunesse, les infirmières scolaires, les rendez-vous de Nort-sur-Erdre, centré sur les situations de précarité associant le centre médico-social, des professionnels du champ médico-social, le CMP, un collectif de personnes allocataires du RSA en lien avec le CMS (direction de la vie sociale et de l'insertion/délégation départementale de Châteaubriant).

Ces cadres de concertation optimisent les échanges d'information entre professionnels et surtout permettent la mise en place de solutions adaptées face à des situations complexes. L'action de ces réseaux est à valoriser et à conforter au sein du futur CLS.

Le soutien de la CCEG aux professionnels de santé

Certains professionnels de santé rencontrés sont ouverts à des collaborations formalisées avec la CCEG sur les enjeux de prévention (des jeunes médecins récemment installés à Casson sont attentifs aux enjeux de prévention santé concernant les jeunes, l'activité physique, les programmes d'éducation thérapeutique, le centre de soins infirmier de Nort-sur-Erdre organise des conférences sur des thématiques de santé publique...).

D'autres sont sensibles à la valorisation de leurs pratiques professionnelles et souhaitent que des temps de concertation soient proposés au sein de la CCEG (pharmaciens, kinésithérapeutes, des professionnels peu sollicités sur les enjeux locaux de santé publique et qui sont prêts à partager leurs expertises avec d'autres acteurs du territoire).

De façon générale, les professionnels de santé pensent qu'un contrat local de santé est une opportunité pour préciser les missions respectives et développer des actions concrètes : mise en place de programmes ETP (diabète, insuffisance respiratoire), valorisation de l'attractivité médicale sur le territoire, soutien des professionnels de santé installés.

Des initiatives structurantes

La présence sur le territoire d'institutions, de structures mobilisées au service de la jeunesse est notable. L'antériorité d'un réseau Ados, associant le champ pédopsychiatrique et l'Education Nationale, la mise en place récente d'un groupe ressources, animée par l'antenne Nord de la Maison des Adolescents, regroupant une grande diversité de professionnels, une animation jeunesse à échelle intercommunale, une mission locale attentive à ces enjeux de prévention santé, autant d'éléments de fond conjuguant expertises professionnelles et territoriales.

L'axe jeunesse bénéficie d'une volonté politique et technique affirmée, à travers la mise en place d'un comité stratégique regroupant les élus communautaires, et d'un comité d'animation territoriale, ouvert à des professionnels représentatifs des champs social, médico-social, éducatif, et de l'insertion.

4. Les publics et les thématiques de santé

L'environnement, la santé des enfants et des jeunes, la santé mentale, la santé en lien avec les situations de précarité, le parcours de santé des personnes âgées sont les principales portes d'entrée repérées.

Pour chaque thématique, sont identifiées les ressources clés sur le territoire.

Santé, environnement et développement durable

La politique intercommunale de santé ne peut être dissociée de l'action pour un développement durable. Les orientations de l'agenda 21 de la Communauté de communes d'Erdre et Gesvres et celles d'un possible contrat local de santé ont de nombreux points communs.

Si la promotion de la santé doit intégrer les soins et leurs accès, elle ne peut manquer d'en élargir le champ en y associant, dans une dynamique élargie, la prévention et l'éducation. L'approche socio-écologique de la santé implique d'agir sur l'ensemble des déterminants (logement, transport, environnement...), en travaillant en amont dès que possible.

La juxtaposition des approches entre l'agenda 21 et le CLS peut déclencher une approche moderne et cohérente en termes de santé publique sur le territoire et s'articuler avec les actions définies.

Cette approche est transversale à l'ensemble des priorités déclinées ci-dessous.

Santé des enfants et des jeunes

Petite enfance

Priorité sociale de la CCEG, les jeunes enfants et leurs familles bénéficient de différents services au sein du territoire : haltes garderies, relais d'assistantes maternelles. Sur le champ sanitaire et social, les services de la PMI, à travers les puéricultrices, proposent des visites à domicile sur les thèmes de l'attachement « mères/bébés », de l'alimentation, de l'allaitement maternel. Ils mettent en avant l'importance d'agir précocement au sein des familles. Des dépistages auditifs et visuels sont effectués au sein des écoles.

Le CLS peut être un vecteur important pour fédérer et mutualiser davantage les compétences en interface de la santé et de la petite enfance. Les professionnels de PMI sont ouverts à des collaborations innovantes dans ce sens, proposant des accompagnements méthodologiques et le soutien au montage d'action : création de lieux d'accueil parents/enfants, organisation de réunions d'information, rapprochement avec les professionnels de santé du territoire.

Enfance, adolescence et vulnérabilité sociale

La santé des enfants et des jeunes est un thème de santé central pour de nombreux acteurs rencontrés lors du diagnostic. Il est en correspondance continue avec plusieurs champs d'intervention (PMI, écoles et collèges, infirmières scolaires, Mission locale, Maison des Ados, groupe Ressources, services jeunesse communaux, CMP, CMPP). Le lien entre la santé des jeunes et la vulnérabilité sociale des familles est souvent évoqué avec une mise en exergue des principales problématiques existantes : hygiène de vie, accès aux soins, troubles du comportement, consommation excessive (alcool et autres psychotropes), santé mentale, difficultés économiques, freins à l'accessibilité à l'offre de service existante...

Globalement, et indépendamment de problèmes plus spécifiques de santé, une large partie des jeunes suivis par les intervenants est confrontée à des difficultés sur le plan de la scolarisation et de l'insertion. Certaines familles ont du mal à agir sur ces plans devant l'accumulation de leurs propres difficultés sociales. Les contextes locaux (incertitudes sur

l'avenir, en particulier quant aux possibilités d'accéder à un emploi, fragilisation du tissu social et familial) pèsent sur les adolescents.

Sur le plan de la prévention, il s'agit de repérer les meilleures portes d'entrée pour délivrer des messages adaptés aux jeunes et d'imaginer les leviers pour croiser leurs centres d'intérêt (loisirs, mode, internet...).

Fragilités repérées

La conjonction entre ces différents facteurs produit, plus particulièrement chez les adolescents et jeunes adultes, des états de vulnérabilité qui participent à l'accentuation de la désorganisation de leur style de vie. Quand survient un problème de santé (accident, maladie, troubles du comportement), il n'est souvent pas traité et les prises en compte arrivent tardivement alors que la difficulté est déjà bien installée. Rappelons les délais d'attente importants pour accéder au CMPP de Blain, ou consulter un orthophoniste, un ophtalmologiste ...). La « boucle » qui enchaîne les problèmes et approfondit la vulnérabilité se traduit directement au niveau de l'hygiène de vie (point prégnant relevé par de nombreux acteurs), avec les effets d'une perte progressive des repères, pouvant fonctionner comme une toile de fond à d'autres troubles (alimentation, addictions, sommeil, pratiques excessives des jeux vidéo).

L'éloignement des services proposés

Plus que d'autres populations, les adolescents apparaissent comme les plus éloignés des soins et de la prévention eu égard à leur sensibilité et à la période de transition particulière qu'ils traversent. La question préoccupante au niveau de l'offre de service existante, c'est celle de l'accentuation de ces distances pour les jeunes les plus exposés aux effets des inégalités sociales. Les constats relatifs à l'éloignement des adolescents à l'égard des problématiques de santé et des institutions conduisent les acteurs intervenant dans ce domaine à adopter des dispositions particulières en termes d'accessibilité, de proximité ou de rapprochement. Les maîtres-mots sont l'accompagnement et l'« aller-vers ».

Dans ce sens, notons la mise en place de permanence de la Maison des ados (1 jour par semaine) à Nort-sur-Erdre.

Les ressources clés

Mission locale
CMPP de Blain
CMP de Blain
CMP de Nort-sur-Erdre
L'antenne Nord de la Maison des Adolescents à Nozay
Le réseau Ados
Groupe Ressources
infirmières scolaires
IREPS
centre d'examen de santé de Nantes (CPAM)

Santé et situations de précarité

Droits et accès aux soins

Etre précaire, ce n'est pas seulement manquer d'argent pour aller chez les médecins, c'est aussi affronter des refus de soins alors qu'on est titulaire d'une couverture maladie, ne pas connaître ses droits car on ne maîtrise pas le système de l'administration, repousser des soins courants parce qu'on travaille aux heures d'ouverture des cabinets médicaux.... La précarité signifie encore trop souvent l'éloignement des structures de soins. Lutter contre cet éloignement nécessite de renforcer les moyens mais aussi d'adapter le système aux besoins spécifiques des populations.

Il est important d'analyser les typologies de population différentes au sein de la CCEG. Les personnes en situation de vulnérabilité et/ou de précarité sont confrontées directement à des difficultés d'accès aux soins, d'actualisation de droits et se heurtent à des modalités administratives et techniques (le tout numérique au sein des administrations). Certaines d'entre elles témoignent d'un refus de prise en charge en tant que bénéficiaires de la CMU.

Afin de renforcer la concertation partenariale et professionnelle, une dynamique nommée « les rendez-vous d'Erdre et Gesvres », traduite par des rencontres régulières entre acteurs du champ social et médico-social est actuellement mise en place. Elle vise à échanger les informations en présence et approfondir des thématiques liées à ces situations de précarité.

Sur le logement temporaire, une structure « les eaux vives » est engagée sur ces sujets.

L'identification des freins

L'**accueil** dans les processus d'accès aux soins est reconnu pour son importance. Les orientations entre professionnels du soin, du médico-social et du social, la communication avec les usagers, patients, bénéficiaires, comme les actions menées pour recevoir le public dans de meilleures conditions sont prioritaires (CLIC, SSIAD, CMP, CMS, médecine de ville...).

Néanmoins, par appréhension des conditions d'accueil qui leur seraient réservées, qu'elles soient réelles ou imaginées, certains publics en difficultés ne font pas la démarche de se rendre dans les lieux qui pourraient leur venir en aide.

Pour les personnes vivant en situation de grande vulnérabilité sociale, l'accès aux soins apparaît aléatoire. Pour certains acteurs, il semble que les professionnels de santé ne s'adaptent pas toujours aux caractéristiques de la population, des problèmes de transport sont évoqués, ainsi que des besoins non satisfaits en termes d'accompagnement physique.

Plusieurs autres facteurs conditionnent les accès tant aux soins, qu'au dépistage et à la prévention : les personnes qui se trouvent en grande difficulté en matière de **logement** le sont aussi davantage dans le domaine de leur santé. Pour les plus fragiles, des **réponses trop tardives** à leur demande de soin (délai de rendez-vous éloigné) représentent une difficulté supplémentaire.

L'accès aux consultations spécialisées

Si, une fois les droits ouverts, l'accès à la médecine de ville ne semble pas poser (à priori) de problèmes, les difficultés se situent au niveau des passages d'un lieu à un autre (transports, distance subjective) et d'un professionnel à un autre (du médecin de proximité vers le spécialiste ou vers les examens à effectuer, sur Nantes ou ailleurs).

Les « parcours » ne vont pas de soi pour certaines catégories de personnes (notamment, en situation de précarité) qui ont du mal à se repérer et s'arrêtent souvent au stade du premier recours. Elles appréhendent des engagements supplémentaires en dehors des cas de force majeure.

Les consultations spécialisées qui souffrent de cette distance sont les soins dentaires, les problèmes auditifs et de vue.

Il y aurait donc besoin de mettre à plat ce qui peut être facilitateur pour les plus démunis et de penser à des accompagnements appropriés quand les déplacements sont nécessaires.

Ressources clés

Centre examens de santé de Nantes, CPAM
Les rendez-vous de Nort-sur-Erdre (échanges de pratiques entre professionnels du champ social et médico-social)
Centre Médico Social Nort-sur-Erdre, Conseil départemental
CCAS
Pôle accès aux droits de la CPAM

La santé mentale

Les questions qui se posent dans le domaine de la psychiatrie et *a fortiori* de la santé mentale sont nombreuses. La mise en perspective d'un Conseil local de santé mentale à l'échelle du territoire, l'implantation prochaine du CMP à Héric permettront d'approfondir des questions considérées comme stratégiques par les acteurs et partenaires :

- identification des besoins non actuellement couverts
- des difficultés vécues qui ne sont pas prises en compte ou qui nécessiteraient une meilleure appréhension, échanges et propositions sur les possibilités d'améliorer les dispositifs existants (accueil, orientation, coordination, prévention).

L'accès aux ressources

Il est important d'aborder la question des soins et de leur accès en psychiatrie ainsi que des ressources en prévention et médico-social. Quelques problématiques sont signalées :

- le renforcement des relations dans le système de santé mentale entre les principaux acteurs concernés, en particulier : psychiatres/médecins généralistes, soignants/parents et proches des patients, psychiatres et médecins /travailleurs sociaux et associations...
- Les difficultés de communication (cloisonnement, absence d'articulation) pourraient contribuer à rigidifier les parcours et à réduire l'accès des personnes les plus vulnérables et de ceux subissant l'exclusion sociale ; les expériences d'accompagnement, de coopération et de travail en réseau pourraient être valorisées et développées dans l'optique de réduction de ces écarts
- Logement et santé mentale : conditions et difficultés de vie pour les personnes souffrant de troubles psychiques dans le cadre du logement (troubles, ressources, gestion des situations), acteurs, relais et expériences susceptibles d'améliorer la situation des personnes
- Identification des problématiques et besoins spécifiques relatifs aux questions de santé mentale ne relevant pas des maladies mentales (détresse et souffrance psycho-sociales, problématiques propres à certaines populations, souffrance au travail), avec des enjeux relatifs à l'identification des démarches et compétences appropriées, des possibilités d'actions de prévention et d'articulation à la psychiatrie.

Des publics diversifiés

En ce qui concerne **les enfants**, sont repérés des troubles de la motricité, de l'attention, du comportement, du sommeil. De nombreuses familles sont démunies face aux problématiques de leur(s) enfant(s).

Pour **les adolescents**, l'accent est mis sur le mal-être, la consommation de produits psychoactifs, les troubles du comportement, la dépression, l'anorexie

Pour **les adultes**, dont les personnes âgées, stress, agressivité, dépression, consommation de produits psychoactifs sont mis en avant.

Des pathologies psychiatriques - Alzheimer et maladies apparentées, handicaps mental et psychique - sont-elles-aussi, repérées auprès **des personnes âgées**.

Pour les acteurs et partenaires de la Communauté de communes, il s'agit de traiter aussi bien des besoins relevant strictement de **la psychiatrie** que ceux qui renvoient plus largement aux **souffrances** dites **psycho-sociales** (mal-être, détresse psychique).

L'implication affirmée du Pôle de psychiatrie permet de progresser sur ces questionnements à travers la mise en place progressive de réponses adaptées : mise en place prochaine d'un CLSM, conventions entre partenaires.

Ressources clés

Centre hospitalier spécialisé de Blain
Hôpital de jour de Blain
Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel de Blain
CMP, Blain
CMP, Nort-sur-Erdre
Hôpital de jour géro-psy psychiatrique de Blain

Le parcours de santé des personnes âgées

Une attention portée aux personnes âgées

Le vieillissement de la population, corollaire du progrès social et de l'augmentation de l'espérance de vie, constitue un enjeu majeur pour la Communauté de communes, porteuse d'un CLIC. Les personnes âgées constituent une ressource et une richesse pour le territoire. Les services, les équipements et les actions communales et de leurs partenaires visent à participer, au quotidien, au renforcement du vivre ensemble et des liens intergénérationnels autour d'enjeux partagés par les services qui interviennent directement ou indirectement en direction des personnes âgées.

Une transversalité pour des prises en charge de qualité

L'enjeu pour les acteurs rencontrés est d'aborder cette question en transversalité, de la prévention à l'accompagnement social, médico-social et sanitaire, dans une logique de décloisonnement des secteurs et de structuration du parcours de santé et de vie.

Selon nos interlocuteurs, le suivi et l'accompagnement des personnes âgées est de grande qualité au sein du territoire. La position d'interface assumée par le CLIC permet de renforcer cette fluidité partenariale nécessaire à la qualité mais aussi à la capacité d'adaptation des prises en charges. Les professionnels semblent apprécier ces collaborations et soulignent le fait que les complémentarités et subsidiarités entre missions respectives sont respectées.

La question du repérage, de l'anticipation nécessaire auprès de personnes en fragilité est posée.

Les acteurs souhaitent s'investir sur cette réflexion et proposer des modalités susceptibles de renforcer la qualité du parcours de santé. Mieux gérer les cas complexes grâce à une approche populationnelle. (Vigilance sur les personnes isolées, en rupture familiale, qui ne font plus appel). En collaboration avec le CLIC et autres acteurs du territoire, la MAIA est interpellée pour les cas complexes. Peut-être n'est-elle pas suffisamment connue des acteurs de santé ?

Une coordination des soins effective

La coordination des soins et des aides aux personnes âgées fait depuis longtemps l'objet d'attention des pouvoirs publics, et a donné lieu à la création de nombreux dispositifs. Loin de constituer un volet d'intervention supplémentaire aux côtés de ceux concernant le logement, la santé ou les loisirs, les mesures visant l'amélioration de la coordination sont révélatrices du développement d'une politique globale et territoriale visant les personnes âgées demeurant à domicile, notamment les plus fragiles (santé, précarité économique, isolement, adaptation du logement...).

Les débats impliquent un nombre croissant d'acteurs : administrations des secteurs social et sanitaire, mais aussi prestataires de services à domicile, médecine de ville, autres professionnels de santé, réseaux, MAIA, SSIAD, associations de familles.

Sur le territoire d'Erdre et Gesvres, les acteurs soulignent que cette coordination est assurée, et même si les médecins libéraux sont fortement sollicités, ils répondent aux exigences des situations.

Une implication des seniors à promouvoir

En interface de l'ensemble de ces acteurs et partenaires, des dynamiques associatives souhaitent renforcer leur politique de soutien aux personnes âgées, notamment en impliquant les seniors dans une dynamique collective de mobilisation en continu, de co-construction d'outils, de dispositifs, de lieux et de moments de concertation avec les professionnels des secteurs sanitaires, social et médico-social, et visant à terme à ajuster l'offre de service existante aux réelles attentes et besoins des personnes âgées (aide pour le bien vieillir, aide pour rompre l'isolement, aide aux aidants).

Malgré la richesse et la proximité de nombreuses réponses sanitaires et médico-sociales du territoire, nombre de personnes âgées ne parviennent pas à se les approprier (situations d'isolement, de méconnaissance, absence de relais) et se heurtent à des cloisonnements de services, de spécialistes, de réseaux.

Engager une réflexion/action d'ordre qualitatif avec la population et les professionnels devrait permettre d'améliorer l'ajustement nécessaire entre l'offre de soin, sociale et médico-sociale et les besoins, notamment sur le plan qualitatif, des personnes âgées, et de faire émerger de nouvelles formes d'engagements partenariaux accompagnés par les services intercommunaux.

Maintien à domicile, aide aux aidants

La question du renforcement de l'organisation du maintien à domicile est centrale et concerne l'ensemble des acteurs et partenaires. Le travail sur l'amont de la situation, des éclairages psycho-pathologique, agir au domicile ...

L'aide aux aidants est cruciale. Des initiatives de soutien aux familles aidantes sont engagées (MSA, SSIAD, CLIC, associations locales). Des actions de sensibilisation, de promotion des dispositifs sont à renforcer. Il s'agit de rapprocher l'offre de service aux aidants par une dynamique territoriale d'information, de sensibilisation, d'initiatives collectives.

Des outils de liaison nécessaires

La question des fiches de liaison, protocoles, gestions des sorties hospitalières est fréquemment évoquée. Une mise en lumière de ces outils indispensables à la qualité des parcours de soins pourrait être effectuée (MAIA, SSIAD, CLIC, Plate-forme de service, SSR...) auprès des professionnels de santé.

Les ressources clés

MAIA
CLIC
Plate-forme de services
SSIAD
Services à la personne
Délégation territoriale PA/PH, Conseil départemental
MSA
Service social de la CARSAT
Service social du centre SSR de Vigneux de Bretagne
CMP (orientation psycho-gérontologique) de Nort-sur-Erdre
EPHADS
Centre de soin infirmier de Nort-sur-Erdre
Equipe spécialisée Alzheimer à Bonneuvre

Vers des priorités de santé, en résumé...

▪ Les principes directeurs

Le pilotage des axes de développement en santé
Un cadre nécessaire de concertation
Une cohérence entre attentes locales et régionales
Un échange régulier entre territoires

▪ Les éléments d'ordre opérationnel

Une plus-value attendue au regard de l'existant
Un apport d'informations territoriales
Un appui à la formation
La mise en œuvre d'actions de prévention
Une aide à la coordination

▪ Les points d'appui à la mise en place des actions

La participation habitante : un levier central de développement
Un conseil de développement concerné
Les politiques sociales de la CCEG, un socle de développement santé
Des interactions existantes ou en émergence avec des partenaires
L'importance du travail en réseau
Le soutien de la CCEG aux professionnels de santé
Des initiatives structurantes

Les publics et les thématiques de santé



Santé, environnement et développement durable

Santé des enfants et des jeunes

Petite enfance
Enfance, adolescence et vulnérabilité sociale
Fragilités repérées
L'éloignement des services proposés

Santé et situations de précarité

Droits et accès aux soins
L'identification des freins
L'accès aux consultations spécialisées

La santé mentale

L'accès aux ressources
Des publics diversifiés

Le parcours de santé des personnes âgées

Une attention portée aux personnes âgées
Une transversalité des prises en charge de qualité
Une coordination des soins effective

V. ENJEUX REGIONAUX ET DYNAMIQUES INTERCOMMUNALES DE SANTE : LES CORRESPONDANCES



Agence Régionale de Santé

L'ARS Pays de la Loire définit et met en œuvre la politique de santé dans la région. Sa compétence porte sur l'ensemble du champ de la santé, de la veille sanitaire à l'organisation des soins hospitaliers, en passant par la prévention et l'organisation de la prise en charge dans les établissements médico-sociaux. Elle dispose de larges prérogatives pour construire et mettre en œuvre avec tous ses partenaires, un projet global au service des habitants.

Grâce à sa gouvernance et une large concertation, l'ARS associe l'ensemble des acteurs locaux de santé et collectivités locales dans la prise de décisions à travers ses principales instances de démocratie sanitaire : la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA), les conférences de territoire dans les départements et les commissions de coordination des politiques publiques.

Ses principes d'action reposent sur les points suivants :

- La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé passe par une mobilisation de tous les acteurs
- L'investissement dans la prévention est essentiel pour éviter les soins inutiles
- La protection de la population impose une vigilance renforcée face aux risques sanitaires
- La structuration de l'offre de santé doit être réellement subordonnée aux besoins de santé des habitants
- La cohérence des parcours de santé des usagers requiert une approche intégrée entre prévention, soin et prise en charge médico-sociale
- Une démocratie sanitaire passe par le développement de l'observation et de l'information
- La créativité des acteurs locaux est un levier majeur du changement

Le **Projet Régional de Santé** des Pays de la Loire accorde aux dynamiques territoriales une importance déterminante pour relever les trois défis en présence, communs à l'ensemble des territoires de la région.

- **La personne au cœur du système de santé** : *chacun doit pouvoir être acteur de sa santé. Chaque personne doit pouvoir agir sur les déterminants de sa santé en mobilisant les ressources physiques, psychologiques et sociales et en agissant sur ses habitudes de vie. La personne doit être reconnue comme une ressource pour sa propre santé.*

- **La proximité organisée** : (...) *seule une meilleure coordination, voire une plus grande intégration, entre le secteur du soin et le secteur médico-social au niveau du premier recours d'une part, et entre les services de premier recours et les services spécialisés d'autre part permettra d'accompagner l'ensemble de ces évolutions. Pour mettre en œuvre un tel système intégré, c'est en proximité que doivent être organisés d'une part la coordination entre les professionnels du soin et de l'accompagnement médicosocial et d'autre part l'accès à la médecine spécialisée y compris très à distance lorsque la sécurité et la qualité des soins exige la concentration des équipes et des plateaux techniques.*

- **La maîtrise des risques de santé** : *Les actions de santé publique en population menées dans le contexte régional seront mises en œuvre à l'échelle des territoires. Des partenariats pourront être montés avec des opérateurs locaux de promotion de la santé pour mettre en œuvre des projets. L'impact des interventions a toute chance d'être plus grand si les associations œuvrant sur une même zone regroupent leurs compétences et leurs forces pour conduire des actions dans une dynamique multithématique. La mutualisation des compétences dans le respect des identités des associations sera un atout pour diffuser une culture de la prévention et de la promotion de la santé territoriaux.*

Pour la CCEG, ces défis sont au cœur des préoccupations des élus et des professionnels. Les objectifs poursuivis localement sont en correspondance avec le diagnostic régional et les mises en perspective proposées par l'ARS.

Les axes du futur Contrat local de santé, à l'instar de ceux déclinés au sein des schémas régionaux, devront s'inscrire dans une approche ouverte, en capacité de favoriser des parcours de santé intégrant la prévention, le soin et la prise en charge médico-sociale.

Pour l'ARS, impulser une mobilisation pour faire émerger et accompagner les initiatives territoriales innovantes de prise en charge est l'une des conditions de réussite dans cette recherche de cohérence générale.

Si les enjeux et finalités entre la Communauté de communes et l'Agence Régionale de Santé sont partagés, la mise en mouvement local reste le critère le plus important.

S'organiser autour d'axes de santé partagés

Le diagnostic s'est efforcé, à travers l'animation de l'ensemble des rencontres, de mesurer cette capacité à s'organiser autour d'axes de santé suffisamment explicites pour emporter l'adhésion des acteurs.

La valeur ajoutée du CLS est de parvenir, tout en respectant les spécificités des acteurs locaux et régionaux, à proposer un cadre d'intervention cohérent, dans lequel chacun puisse exprimer et ajuster ses attentes en termes de complémentarités et de subsidiarités. «Il faut éviter les effets de redondance » ; un leitmotiv que chaque acteur souhaite dépasser, par une exigence d'opérationnalité, au sein d'un cadre suffisamment identifié.

Le Contrat local de santé est l'occasion de formaliser davantage ces attentes partenariales. Les axes de développement proposés sont des supports de renforcement de l'organisation socio et sanitaire locale.

Promouvoir une intelligence socio-sanitaire

Plusieurs acteurs mettent en avant la nécessité de promouvoir « une intelligence socio-sanitaire » sur la Communauté de communes et son territoire d'appartenance. Il s'agit de mettre à profit ces temps de diagnostic actualisé, ces temps de concertation, l'appropriation des équilibres entre attentes régionales et locales.

Sans rechercher l'exhaustivité de ces correspondances, il est utile de constater le positionnement en phase avec les partenaires mobilisés (communes, ARS, Conseil départemental, CPAM, MSA...), autant sur les enjeux de fond que sur les modalités d'intervention.



Les interactions entre l'ARS et la CCEG

La délégation territoriale de Loire Atlantique remplit une mission de proximité. Elle représente la Directrice Générale en département et est l'interlocuteur privilégié des élus et des professionnels de santé sur leur territoire. Attentive au développement des projets territoriaux, elle suit particulièrement les avancées des établissements publics de coopération intercommunale comme celui d'Erdre et Gesvres.

Pour améliorer la santé de la population et réduire les inégalités, le **programme territorial de santé** (PTS) définit les priorités au sein de la Loire Atlantique. Il décline en actions opérationnelles, les orientations stratégiques et les objectifs du Projet Régional de Santé (PRS).

Le PTS, dans une logique de territoire, vise à :

- Apporter une réponse coordonnée dans une approche transversale de prévention, de soins et d'accompagnement médico-social

- Optimiser l'organisation de l'offre de soins et médico-sociale : besoins non couverts en certains lieux, réorganisation des services, coordination entre professionnels...
- Mettre en oeuvre les réponses qui permettent d'optimiser les ressources : il en est ainsi des actions visant la mutualisation des moyens, les coopérations entre les structures....

De nombreuses actions sont ainsi proposées, croisant des principes centraux d'intervention : la personne au cœur du système de santé, la maîtrise des risques en santé, la proximité organisée.

La quasi-totalité des actions du PTS croise les réflexions et les actions déjà engagées sur le territoire, et constitue un référentiel particulièrement intéressant pour les membres des futurs groupes actions.

ANNEXE

Les entretiens réalisés

Elus CCEG

Mr Claude LABARRE, Vice-président action sociale et sanitaire, CCEG
Mr THIBAUD, Vice-président culture jeunesse, CCEG
Mme Françoise GROUSSOLLE, adjointe aux affaires sociales, Fay-de-Bretagne

Conseil de développement

Mr LAMOTTE, président du conseil de développement
Mr GAUTREAU, membre du conseil d'administration

ARS – DT 44

M. Laurent DEROUT, chargé de mission personnes âgées
Mme LEMARECHAL, référente ETP régionale
Mme Carole MARAIS, chargée de mission Offre de soin de 1^{er} recours (*)

Services de la Communauté de communes

Mme Françoise HOTTIN, DGA,
Mme Séverine HOUEL, coordinatrice CLIC/référente santé,
Mme TARDIVEL, chargée de mission handicap
Mr CHEVALIER, responsable habitat, aménagement, urbanisme
Mme Marion RICHARTE, responsable de service Amélioration de l'action publique et Développement durable
Mme DASPREMONT, conseillère à l'emploi, maison de l'emploi, Nort-sur-Erdre
Mme BRAZEAU, chargée de développement et participation citoyenne

Partenaires

Mme RINCE, responsable Pôle Accès aux droits, CPAM
Mme HAUTIER, responsable Pôle services en santé, CPAM (*)
Mme THOMAS, responsable du pôle statistique, CPAM (*)
Mme SAFATLY, chargée des relations avec les partenaires, centres d'examens de santé de Nantes et Saint Nazaire (*)
Mme Brigitte BESNARD, service social départemental, CARSAT
Mme Marie-Odile WILLIAMSON, directrice territoriale, IREPS Pays de Loire
Mme DROUAUD, direction PA/PH, délégation territoriale conseil départemental 44 (*)
Docteur BIETTE-EFFRAY, médecin responsable unité PMI de Châteaubriant (*)
Mme LEMAITRE, conseillère en insertion/référente santé, Mission locale (*)
Mme HAMARD, conseillère en insertion, association intermédiaire Ancre (*)
Mr TOURILLON, directeur MAS Diapason
Mme BARADARAN, direction vie sociale et insertion, délégation territoriale conseil départemental 44
Mme Caroline-Laure LE ROHO, agent de développement social MSA Loire Atlantique
Mme Françoise GENTIL-HAMEON, chargée de mission, Agence d'Urbanisme de la Région Nantaise AURAN
Mme CHERRUEL, chargée de mission, Agence d'Urbanisme de la Région Nantaise AURAN

Professionnels de santé

Dr Antoine REDOR, médecin généraliste, Vigneux de Bretagne
Dr Julia MESLIN, médecin généraliste, Casson
Dr ROUSSEAU médecin généraliste, Casson
Mme FEUILLARD, responsable du centre de soins, Nort-sur-Erdre
Mme MOREAU, pharmacienne, Treillières
Mme HAMEL-LABBE, infirmière scolaire
M. CHAPPEY, kinésithérapeute, Héric
Mme PETREL, infirmière, SSIAD, Nort-sur-Erdre
Mme REZZO-LEGO, cadre supérieur de santé, pôle centre, CHS de Blain
Mme PERREL, coordinatrice administrative Maladies chroniques 44 (*)
Docteur ABRAM-WINER, Maladies chroniques 44 (*)
Dr REYBOZ, psychiatre, responsable de l'unité d'admission, CHS de Blain
Dr RONTET, psychiatre, CHS de Blain
Dr Corinne ALLIOUX, médecin coordinateur Cap Santé Plus 44 / Structure de gestion du dépistage organisé des cancers - Loire Atlantique (*)

Professionnels du champ social et médico-social

M. COTTIN, directeur de la Maison des adolescents de Nantes

M. POITOU, coordonnateur clinique, MDA de Nantes

Mme PROUX, coordinatrice de la MAÏA (*)

Mme PICOT, coordinatrice de l'antenne Nord, Maison des adolescents (*)

Mme TESSIER, assistante sociale, SSR, Vigneux de Bretagne

Autres

Mr GAUDIN, animateur, Générations et Mouvement

Mme la responsable du service LILA à la demande – CCEG (*)

(*) : *entretien téléphonique*

Soit un total de 51 entretiens