

# INDICATEURS SANITAIRES MÉDICO-SOCIAUX ET SOCIAUX

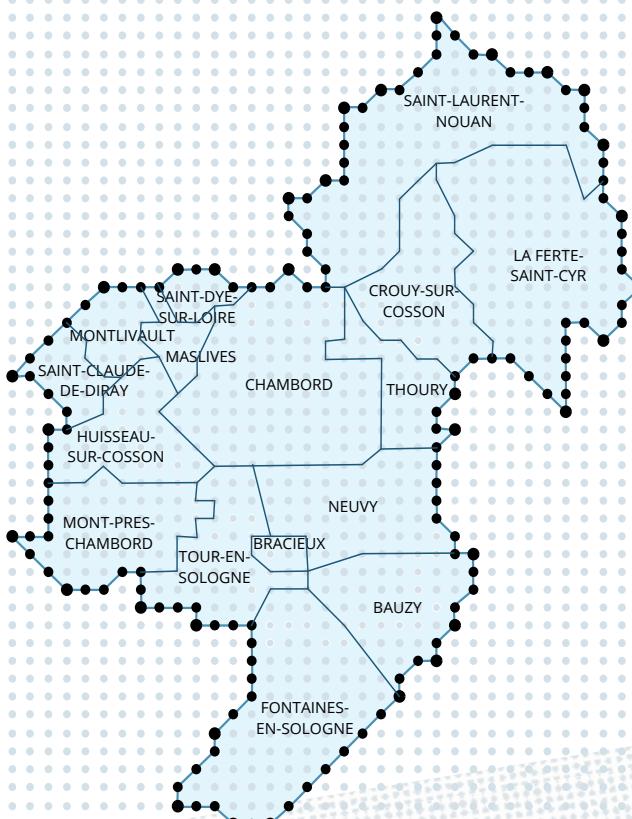
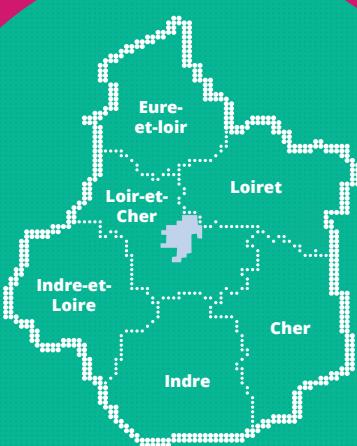
# LOCAUX DE SANTÉ

en vue de l'élaboration  
du Contrat Local de Santé

RAPPORT COMPLET

INDICATEURS  
SANITAIRES,  
MÉDICO-SOCIAUX  
ET SOCIAUX

## GRAND CHAMBORD



JANVIER 2020



# DIAGNOSTIC LOCAL DE SANTÉ DU GRAND CHAMBORD

Remerciements . . . . .	4
Méthodologie de l'étude . . . . .	5
Synthèse de l'étude. . . . .	6
Recommandations . . . . .	15
Annexes . . . . .	17
Contexte général . . . . .	18
Situation spatiale et démographique . . . . .	18
Population précaire . . . . .	29
Formation et ressources de la population . . . . .	34
Qualité de vie . . . . .	36
Santé environnement . . . . .	39
Données de la Caf du Loir-et-Cher . . . . .	44
État de santé . . . . .	81
Données de mortalité . . . . .	81
Données de morbidité . . . . .	86
Santé de la mère et de l'enfant . . . . .	87
Santé mentale. . . . .	97
Maladies chroniques . . . . .	107
Cancers . . . . .	107
Maladies de l'appareil circulatoire . . . . .	111
Diabète . . . . .	113
Maladies de l'appareil respiratoire . . . . .	115
Maladies chroniques . . . . .	118
Vieillissement de la population . . . . .	123
Comportements et conduites à risque . . . . .	136
Addictions . . . . .	136
Vie affective et sexuelle . . . . .	140
Violence faites aux femmes. . . . .	143
Violence routière . . . . .	144
Nutrition . . . . .	148
Offre et recours aux soins. . . . .	149
Médecins généralistes et spécialistes libéraux . . . . .	149
Autres professionnels de santé libéraux . . . . .	151
Accessibilité potentielle localisée. . . . .	155
Offre hospitalière. . . . .	158
Glossaire . . . . .	164
Codification des pathologies . . . . .	167

## Démarche et objectifs

Dans le cadre de la régionalisation des politiques de santé, l'Agence régionale de santé (ARS) de la région Centre-Val de Loire accompagne, par le biais des contrats locaux de santé (CLS), les collectivités territoriales qui souhaitent mettre en place une dynamique de santé locale reposant sur des actions de promotion/prévention de la santé et d'accompagnement médico-social.

À ce titre, la délégation départementale du Loir-et-Cher de l'ARS et la Communauté de communes du Grand Chambord projettent d'établir un CLS. Afin d'orienter les choix stratégiques et apporter une base de connaissances à

l'élaboration de ce CLS, un diagnostic territorial mettant en évidence la situation démographique, sociale, médico-sociale et sanitaire du territoire doit être réalisé au préalable.

## Outils et méthode

L'Observatoire régional de la santé (ORS) de la région Centre-Val de Loire, mandaté pour la réalisation de ce diagnostic en collaboration avec la Communauté de communes du Grand Chambord, s'est attaché à mettre en perspective l'état de santé de la population et l'offre de soins disponible sur le territoire avec une mise en lumière des caractéristiques sociodémographiques du territoire. Les différents indicateurs proposés dans ce document ont été calculés le plus souvent possible à un échelon géographique fin. Par souci de lisibilité et autant de fois qu'il a été possible, les indicateurs formant ce diagnostic local ont fait l'objet d'une représentation cartographique.

## Contenu du diagnostic

Le diagnostic sanitaire de la Communauté de communes du Grand Chambord se structure autour de sept grandes thématiques : le contexte général sociodémographique du territoire ainsi que quelques données environnementales, l'état de santé de la population locale (la santé de la mère et de l'enfant, la santé mentale, les maladies chroniques), le vieillissement de la population, les conduites à risques, la nutrition et enfin l'offre et le recours aux soins.

Mais plus qu'un état des lieux descriptif, ce diagnostic s'est également employé à prendre en compte les réponses qui sont apportées aux différentes problématiques sanitaires qui touchent le territoire, en valorisant les initiatives portées par les acteurs locaux (associations, acteurs et actions de prévention, réseaux locaux de soins...). De plus, afin d'explorer des thématiques qui ne sont pas abordées dans les données quantitatives et d'affiner certaines informations issues des données chiffrées, des entretiens avec les professionnels du territoire et la population ont été réalisés. Cela présente l'avantage de faire émerger des problématiques spécifiques au territoire, du fait de sa configuration géographique (urbaine et rurale), de l'organisation des ressources, du profil et de l'histoire de la population. Le recueil des données qualitatives est fonction de l'expérience, du vécu et aussi des représentations des acteurs du territoire, professionnels et habitants rencontrés.

# DIAGNOSTIC LOCAL DE SANTÉ DU GRAND CHAMBORD

**L'OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ DU CENTRE-VAL DE LOIRE** tient ici à remercier toutes les personnes, institutions et structures qui ont contribué à la réalisation du présent « diagnostic local de santé de la Communauté de communes du Grand Chambord ». L'ORS Centre-Val de Loire tient également à remercier les contributeurs de données qui, par leur transmission d'indicateurs, ont permis d'enrichir le diagnostic, notamment la Caisse d'allocations familiales 41 (la protection maternelle et infantile du Conseil départemental du Loir-et-Cher, la Carsat du Centre-Val de Loire, l'Agence régionale de santé...) ainsi que tous les acteurs et promoteurs d'actions qui ont répondu favorablement à l'enquête de recensement des acteurs et actions de prévention du territoire.

## RÉUNION "ENFANCE FAMILLE"

### # LUNDI 14 OCTOBRE 2019

- M. ABBAS, psychologue scolaire, écoles Mont-Près-Chambord
- M. ALLANIC, maire de St-Claude-de-Diray
- M. BIRAUD, chef de projet démographie médicale, CD 41
- Mme BLANDY, infirmière scolaire, collège de Bracieux
- Mme BRUNET, coordinatrice éducation, Ligue de l'Enseignement
- M. CLEMENT, directeur des services à la population, St Laurent-Nouan
- M. CLEMOT, secrétaire de mairie, Bauzy
- Mme DAESSLE, conseillère sociale logement, Loir-et-Cher-Logements
- Mme DUNEL, responsable restauration scolaire, St Laurent-Nouan
- Mme DURR, responsable ALSH, St Laurent-Nouan
- Mme GACOIN, pilote Ville Amie des enfants, St Laurent-Nouan
- Mme GENTILS, responsable ALSH, St Laurent-Nouan
- Mme GUILLOT-MAROTTE, conseillère technique d'action sociale, CAF 41
- Mme KALODIKIS, accompagnement social lié au logement, Loir-et-Cher Logements
- M. MAUCLAIR, enseignant RASED, EP Mont-Près-Chambord
- M. MARION, maire de Neuvy
- M. MICHEL, coordinateur Sports Elite Jeunes, Mont-Près-Chambord
- Mme RIOLAND, chef de service Insertion, MDCS Nord-Loire Pays de Chambord
- Mme RIVERIN, membre Allaitement 41 anim cafés tétées Mont-Près-Chambord, puéricultrice retraitée CH Blois, Allaitement 41
- Mme SIMON, agent territorial en restauration scolaire, Mont-Près-Chambord
- Mme VELAYANDOM, accueil de loisirs, Sports Elite Jeunes, St Laurent-Nouan
- Mme VERNET, directrice, MDCS Nord-Loire Pays de Chambord

## RÉUNION " CONDUITES À RISQUE"

### # LUNDI 14 OCTOBRE 2019

- Mme BINVAULT, adjointe au maire, Sports Elite Jeunes, Mont-Près-Chambord
- Mme DAËSSLE, conseillère sociale logement, Loir-et-Cher Logement
- Mme FROMENTIN, chef du service territorial accueil administratif, MDCS Nord-Loire Pays de Chambord
- Mme GATAULT, membre du CCAS Mont-Près-Chambord, Banque Alimentaire - Greeters Blois-Chambord
- Mme GATAULT, médecin généraliste, cabinet médical Mont-Près-Chambord
- Mme GUILLOT-MAROTTE, conseillère technique d'action sociale, CAF 41
- Mme HANON, maire de Maslives
- Mme KALODIKIS, conseillère sociale logement, Loir-et-Cher Logements
- Mme LEMERLE, infirmière libérale, St Laurent-Nouan
- Mme RIOLAND, chef de service Insertion, MDCS Nord-Loire Pays de Chambord
- Mme RIVERIN, membre Info allaitement 41, animatrice café tétées, Info Allaitement 41
- M. JUNIN, directeur Pôle Ados, Mont-Près-Chambord
- M. MEISTER, restauration scolaire Mont-Près-Chambord
- M. MORIN, président UNRPA Ensemble et solidaires
- M. SALLÉ, chef de brigade gendarmerie, Cour-Cheverny/Bracieux

## RÉUNION "CONSEIL DE DÉVELOPPEMENT"

### # MERCREDI 16 OCTOBRE 2019

- M. BARATON, Saint Claude de Diray
- Mme BARRAULT, Huisseau-sur-Cosson
- Mme BASTIN, Saint Claude de Diray
- M. BRUNIE, La Ferté-Saint-Cyr
- Mme CHEVALLIER - DROUET, Montlivault
- Mme CLEMENT, Mont-Près-Chambord
- M. DAUTREMEPUIS, Huisseau-sur-Cosson
- Mme DEPROUW, Saint Dyé-sur-Loire
- Mme DOIRE, Saint Dyé-sur-Loire
- Mme DUMENIL, Huisseau-sur-Cosson
- M. GARNIER, Fontaines-en-Sologne
- M. GREFFION, Mont-Près-Chambord
- M. HENAUT, Saint Claude de Diray
- Mme LOISEAU, Thoury
- M. MARTIN-BRISSET, Blois
- M. MORGUET, Bracieux
- M. ROULEAU, Mont-Près-Chambord
- M. VILLAIN, Fontaines-en-Sologne

## RÉUNION "SANTÉ MENTALE"

### # JEUDI 17 OCTOBRE 2019

- M. BORNECH, cadre de santé, CH Blois, service psychiatrie
- Mme CLAVIER-YAPO, psychologue, clinique de Saumery
- M. FERRER, chef de service, Maillage 41
- M. FESNEAU, président Unafam 41
- Mme S. GAILLOT, directrice Ehpad Les Jardins de l'Ardoux, St Laurent-Nouan
- Mme N. GAILLOT, chargée de projet, mission locale de Blois
- Mme GALLOUX, cadre de santé, CH Blois/Ehpad Bracieux
- Mme GARRUCHET-VELLOT, psychologue clinicienne du travail libérale
- Mme GASPARD, psychologue libérale, Bracieux
- M. GOUABAULT, directeur Ehpad La Bonneure, Bracieux
- Mme GUISSÉ, psychologue Cap'Emploi
- M. MERCIER, médecin gériatre, CH Blois
- M. PAREAU, DGS, CC Grand Chambord
- Mme PEROUX, chef de service proximité, MDCS Nord-Loire Pays de Chambord
- Mme RIVERIN, membre Info Allaitement 41, animatrice café tétées
- M. ROULEAU, médecin gériatre, Mont-Près-chambord
- Mme VERNET, directrice MDCS Nord-Loire Pays de Chambord

## RÉUNIONS "AUTONOMIE ET MALADIES CHRONIQUES"

### # JEUDI 17 OCTOBRE 2019

- Mme BOISGARD, responsable de secteur, ADMR La Solognote
- Mme DAËSSLE, conseillère sociale, Loir-et-Cher Logements
- Mme DANGER, IDE, Preserva-Ehpad de Bracieux
- Mme DEBU, conseillère technique, CAF 41
- M. FERRER, chef de service Maillage 41, pilote MAÏA Blois
- Mme LEMERLE, IDE libérale, St Laurent-Nouan
- M. MORIN, président, Ensemble et Solidaire, Mont-Près-Chambord
- Mme PAILLOUX, maire de Bracieux
- M. PAPON, professeur de judo - intervenant Ehpad de Bracieux, judo club Bracieux
- M. ROULEAU, médecin gériatre, EHPAD

## Le diagnostic local de santé de la Communauté de communes du Grand Chambord se structure autour de différentes approches. Plusieurs sources d'information ont été mobilisées et utilisées :

-Des **INDICATEURS QUANTITATIFS** issus des principaux systèmes d'information (données démographiques et sociales issues des différents recensements de population de l'Insee et également d'autres systèmes d'information tels que les données Caf, MSA, Pôle emploi, Cnam...).

Des données sanitaires sont également recueillies à travers des systèmes d'information de l'Inserm CépiDc (mortalité), du régime général de l'Assurance maladie, du régime agricole et du régime des indépendants (ALD), du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) pour les séjours hospitaliers, du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) et du fichier Adéli pour l'offre en matière de professionnels de santé...

Afin d'enrichir l'observation sur certaines thématiques, d'autres producteurs de données ont été sollicités (PMI et Inspection académique pour les données sur la santé de la mère et de l'enfant, Conseil départemental du Loir-et-Cher, Carsat Centre-Val de Loire...).

Les données provenant de systèmes d'information nationaux ou régionaux ont été privilégiées afin de permettre une comparaison entre le territoire d'étude et les territoires de référence (département, région, France hexagonale). Chaque fois que possible, une cartographie est présentée afin d'illustrer les indicateurs. Par défaut, des tableaux ou diagrammes sont présentés, associés à un commentaire afin de faciliter la lecture et l'appropriation des données.

-Un **RECENSEMENT DES ACTEURS ET ACTIONS DE PREVENTION** a été réalisé sur le territoire pour la période 2017-2019, au regard des thématiques de santé étudiées dans le cadre du diagnostic. Les acteurs de prévention ont été contactés par mail afin de les solliciter sur les actions de santé mises en place localement. Un descriptif des actions et de la structure leur a été demandé. Cette étape présente l'avantage de pouvoir identifier les points forts ou les faiblesses du territoire en matière de prévention. De plus, dans le cadre de la réalisation du futur contrat local de santé et en fonction des thématiques identifiées comme prioritaires au regard du diagnostic, ce recensement pointe les leviers d'actions disponibles localement.

-**L'ENTRETIEN DES PERSONNES RESSOURCES DU TERRITOIRE** lors des réunions « thématiques ». Ainsi, une approche par thématiques a été privilégiée et quatre réunions ont été organisées. Les réunions « enfance famille » et « conduites à risque » ont eu lieu le lundi 14 octobre 2019, puis celles sur la « santé mentale » et « autonomie/maladies chroniques » se sont déroulées le jeudi 17 octobre 2019. Ces entretiens collectifs, d'une durée d'au moins de 2h, ont rassemblé d'une manière générale une vingtaine de professionnels. Avec l'accord des participants et sous couvert d'anonymat, les entretiens ont été enregistrés afin d'en faciliter la retranscription et l'analyse. Les entretiens avec les professionnels ressources du territoire ont permis d'échanger sur des questions et thématiques variées, autour de la santé au sens large, leurs perceptions des habitants sur ce territoire, leurs attentes, leurs besoins et les problématiques qu'ils rencontrent au quotidien en matière de santé, d'accès aux soins et à la prévention, la vision du partenariat entre professionnels...

-**L'ENTRETIEN DES ÉLUS DU TERRITOIRE** a eu lieu le mercredi 16 octobre 2019. Cette réunion de travail a permis d'aborder des questions et thématiques variées, autour de la santé au sens large, leurs perceptions des habitants de leurs territoires, leurs attentes, les besoins et problématiques de leurs administrés en matière de santé, d'accès aux soins et à la prévention etc.

## Calendrier du diagnostic

**De mai à juillet 2019 :** réalisation de la phase quantitative de recueil, traitement et analyse des données statistiques.

**D'octobre à décembre 2019 :** recensement des acteurs et actions de prévention

**D'octobre 2019 à janvier 2020 :** réalisation de la phase qualitative et d'analyse de la parole des personnes ressources et des habitants.

# LE GRAND CHAMBORD

## Démographie, cadre de vie et aspects socioéconomiques

La communauté de communes du Grand Chambord se compose de 16 communes et compte un peu plus de 20 000 habitants au recensement de population de 2015. Les villes de Saint-Laurent-Nouan (4 324 habitants), Mont-Près-Chambord (3 244 habitants) et Huisseau-sur-Cosson (2 279 habitants) sont les principales communes du territoire. La communauté de communes s'étend sur 433 km<sup>2</sup>, soit une densité de population de 47,5 habitants au km<sup>2</sup>. Composée de petites communes dans un environnement essentiellement rural, la communauté de communes du Grand Chambord apparaît comme un territoire avant tout résidentiel. Il permet d'y avoir une bonne qualité de vie, éloigné des pollutions et des nuisances urbaines. L'accès à l'immobilier reste très raisonnable, au moins pour les communes les plus rurales, tandis que certaines sont plus chères mais très attractives du fait de la proximité de l'agglomération blésoise.

Depuis 40 ans, le nombre d'habitants de la communauté de communes est en forte augmentation : 11 492 habitants en 1968, 12 560 habitants en 1975, 15 388 habitants en 1982, 17 064 habitants en 1990, 17 921 habitants en 1999, 19 854 habitants en 2009 et 20 486 habitants en 2014. Sur la période 2010-2015, le taux de variation annuel de la population (+0,53 %) reste supérieur à celui du Loir-et-Cher et de la région, et proche de celui de la France hexagonale.

La population y est en moyenne plus jeune que sur le département et la région, avec à la fois une part plus forte de jeunes et une part plus faible de personnes âgées. La population du territoire est surtout plus jeune que sur d'autres territoires ruraux. Cela s'explique en partie par la proximité de l'agglomération, qui permet à une grande partie ouest

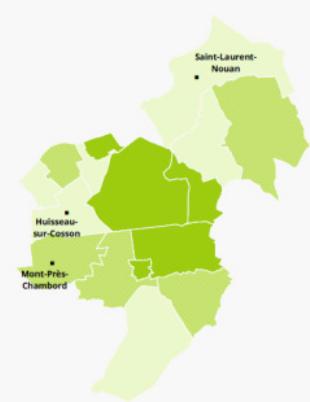
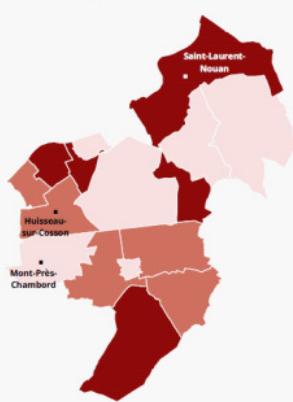
du territoire d'attirer des actifs, plutôt jeunes, en provenance de Blois. D'autres nouveaux habitants sont issus de grandes villes de la région comme Orléans ou Tours où ils continuent à travailler. Toutefois, comme ailleurs, le vieillissement de la population nécessite une véritable prise en compte et des adaptations à venir.

Plusieurs indicateurs socioéconomiques témoignent d'une population favorisée pour un secteur rural. Le territoire compte davantage de professions intermédiaires et comporte une proportion moindre d'agriculteurs et d'ouvriers. Le taux de personnes de 15-64 ans sans qualification ou d'un faible niveau de formation sur le territoire est plus faible qu'ailleurs. Le revenu net moyen par foyer est de 28 304 euros, soit plus que dans le département, la région et la France (entre 24 000 et 26 000 euros). En 2015, le taux de chômage des 15-64 ans n'y était que de 10,0 % (13,7 % en France hexagonale) et le taux de pauvreté de 7,9 % (respectivement 12,8 %, 13,2 % et 14,9 % aux niveaux départemental, régional et national). Paradoxalement,



SOURCE : INSEE (RP 2015)  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

### STRUCTURE DE LA POPULATION EN 2015



SOURCE : INSEE (RP 2015)  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

économique. Le gain d'une cinquantaine d'emplois a également été enregistré à Mont-Près-Chambord, principalement dans le domaine du commerce, des transports et des services, ainsi que ceux, de moindre ampleur, enregistrés dans certaines communes à forte croissance démographique (Montlivault, Saint-Claude-de-Diray...) ou encore à Chambord.

Concernant le logement, on observe aussi beaucoup moins de ménages locataires et de locataires en logement HLM qu'au sein du département, de la région ou de la France. Peu de populations en situation de précarité s'installent dans le Grand Chambord car le parc social y est encore peu développé. Seuls 9,4 % des ménages du territoire sont couverts par une allocation logement (contre 17,5 % dans le département, 19,9 % en Centre-Val de Loire et 22,1 % en France hexagonale). Le taux de ménages isolés est plus faible qu'ailleurs, même si les ménages monoparentaux sont autant présents. Les taux d'allocataires de l'AAH, du RSA, de bénéficiaires de la CMU-C sont aussi très nettement inférieurs dans le Grand Chambord ; et parmi eux la part de ceux qui ne vivent que des revenus des allocations est aussi plus faible qu'au sein d'autres territoires.



Sur ces aspects socioéconomiques, seul le taux de scolarisation des 18-24 ans est plus faible que dans d'autres territoires, ce qui s'explique par la nécessité pour les jeunes de partir pour suivre des études supérieures qui ne se trouvent pas directement sur le territoire.

Ces indicateurs favorables marquent toutefois des disparités entre les populations. En effet, les moyennes traduisent en partie les arrivées de nouveaux habitants qui présentent un profil différent des habitants originaires du territoire, avec un niveau de vie et de qualification globalement plus élevé. Le territoire bénéficie beaucoup de l'influence des villes de Blois et d'Orléans, et les communes les plus proches de celles-ci sont aussi les plus dynamiques en termes de population, et celles sur lesquelles le niveau de vie a tendance à beaucoup augmenter, en lien avec l'extension de la couronne de Blois et la progression des prix de l'immobilier. Certaines communes situées le long de la frontière est du territoire connaissent des populations à plus faibles revenus.



Les arrivées importantes de nouvelles populations sont généralement bien perçues par les acteurs du territoire, lui conférant un certain dynamisme, soutenant la natalité et la présence des écoles, sans apporter de grandes problématiques sociales. Elles nécessitent néanmoins le développement de structures et de services de proximité, dans un contexte où il est difficile aux collectivités du territoire de recruter, tant dans les domaines éducatifs que techniques ou administratifs. Certains services sont probablement à mutualiser sur ces communes de petite taille qui ne pourront répondre seules à toutes les demandes des populations. Un autre constat réalisé par les acteurs rencontrés est que ces nouveaux habitants ne s'intègrent pas toujours facilement à la vie locale et aux populations d'origine du territoire et ne font que coexister sur certaines communes. Certains villages, bien qu'ayant vu leur population s'accroître ou se maintenir avec ces nouveaux habitants, sont décrits comme des simples villages « dortoirs ».



Même si une forte proportion d'actifs est amenée à se rendre hors de leur commune de résidence pour exercer leur activité professionnelle, les déplacements restent sinon relativement courts étant donné la proximité de services sur les principales communes (Saint-Laurent-Nouan, Bracieux, Blois et son agglomération) et seules les populations sans aucun moyen de locomotion sont réellement pénalisées. La faible disponibilité des transports en commun pénalise tout de même les ménages qui n'ont qu'une voiture, les familles monoparentales, les jeunes et les personnes âgées.

## Santé environnement

Concernant l'environnement, aucune commune du Grand Chambord n'est répertoriée comme zone sensible du code de l'Environnement (pour la qualité de l'air). Au niveau des eaux d'alimentation, toutes les communes du territoire ont une teneur moyenne en nitrates inférieure à 25 mg/l. Les départements du Loiret, de l'Eure-et-Loir et du Loir-et-Cher sont les départements les plus concernés par des non-conformités récurrentes. Au sein du Grand Chambord, en 2017, l'unité de distribution de Saint-Laurent-Nouan a un pourcentage de non-conformité bactériologique compris entre 5 % et 30 %. Depuis le début de l'année 2018, la recherche de nouvelles molécules, issues notamment de la dégradation de substance présentes dans des herbicides, a entraîné une hausse sensible des non-conformités, sans nécessité de restriction de l'usage de l'eau.



Quant aux logements, la CC du Grand Chambord ne comptait, en 2015, que 266 résidences principales du parc privé potentiellement indigne (PPPI), ce qui correspond à 3,1 % du parc privé de résidences principales du territoire, ce qui est plus faible que dans le département et la région.

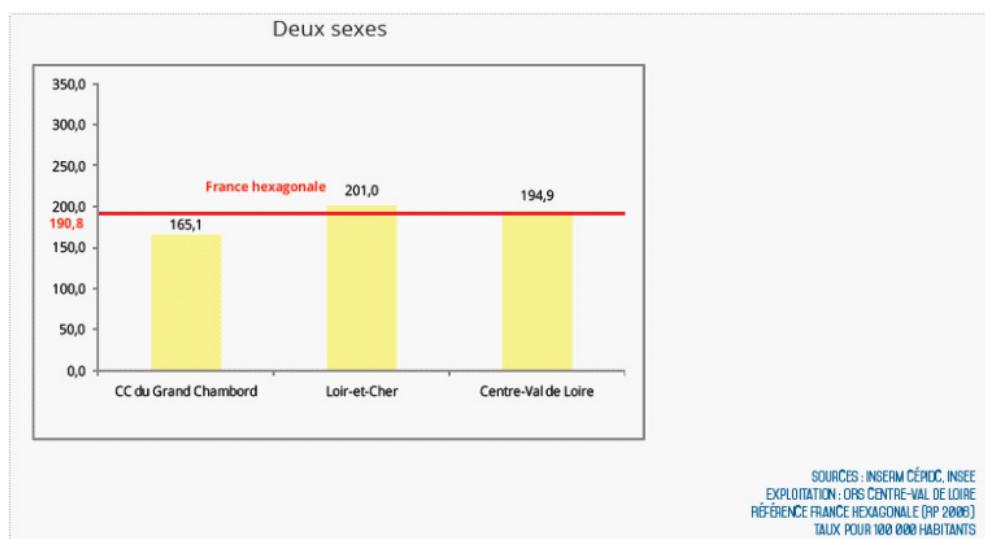
## Etat de santé

### Mortalité générale et prématurée



Au sein du Grand Chambord, 1 640 décès ont été recensés entre 2007 et 2015, ce qui représente 182 décès par an. Le taux comparatif est proche de ceux observés dans le département, la région et au niveau national. Le cancer y est la première cause de mortalité et représente 27,9 % de l'ensemble des décès. Les maladies de l'appareil circulatoire représentent la deuxième cause de mortalité avec 24,4 % des décès. Les maladies de l'appareil du système nerveux sont la troisième cause de mortalité, suivies des causes externes de morbidité et de mortalité et des maladies de l'appareil respiratoire.

32 décès annuels prématurés (avant 65 ans) sont observés au sein du Grand Chambord. Le taux comparatif de mortalité prématurée est significativement inférieur à ceux observés aux niveaux départemental, régional et national, et cette sous-mortalité prématurée est plus significative chez les femmes que chez les hommes.



Même si les décès prématurés sont moins nombreux qu'ailleurs, une grande part de ces derniers aurait pu être évitée en agissant sur les facteurs de risques individuels ou avec une prise en charge plus performante des systèmes de soins. La prévention primaire constitue un levier permettant de diminuer l'incidence de cette mortalité évitable liée aux comportements à risque, notamment la consommation d'alcool, de tabac, les accidents de la route, le suicide... Ainsi, pour la période 2007-2015, on estime que 38,6 % des décès prématurés auraient pu être évités par la prévention primaire sur le territoire.

Au total, en 2017, 4 816 personnes du Grand Chambord bénéficiaient d'une prise en charge pour une ALD. En éliminant l'effet de la structure par âge, le taux d'admission en ALD au sein du Grand Chambord est inférieur à ceux du département, de la région et de la France hexagonale.

### Santé de la mère et de l'enfant

Pour la période 2015-2017, l'indice conjoncturel de fécondité du Grand Chambord, de 1,8 enfant par femme âgée de 15 à 49 ans, est légèrement inférieur à celui de la région. L'âge moyen des mères primipares y est un peu plus élevé. 55,1 % des naissances ont eu lieu au centre hospitalier de Blois, 36,9 % des naissances ont eu lieu à la polyclinique de Blois sur la même période, et 4,9 % en dehors du département.

Sans gynécologue, et avec l'équivalent d'une seule sage-femme libérale à temps plein pour le territoire, le suivi des grossesses s'effectue principalement avec les médecins traitants ou les professionnels extérieurs au territoire et dans les maternités. Malgré cela, le taux de préparation à l'accouchement est plus élevé au sein du Grand Chambord : 62,8 % contre 47,1 % dans le département et 39,8 % dans la région. En revanche, la part des femmes enceintes ayant réalisé le nombre d'échographies recommandé est plus faible qu'ailleurs, de même



# SOINS PRATIQUES

que la mise en place de l'allaitement au moment du certificat de santé du 8<sup>ème</sup> jour. En effet, les femmes sortent rapidement de la maternité et voient ensuite rarement des professionnels susceptibles de les étayer, de les guider dans les gestes du quotidien. Le système Prado ne repose ici que sur un poste de sage-femme, ce qui peut en partie expliquer les difficultés lors de la mise en place de l'allaitement.



Suite à l'accouchement, les acteurs rencontrés relèvent une situation fréquente d'isolement des parents. Il y a beaucoup moins de relai familial que par le passé. Les femmes sont parfois seules avec leurs bébés ou avec une présence significative de leur conjoint, mais sans personne susceptible de les aider dans les problèmes qu'elles peuvent rencontrer avec leur enfant. La période entre la naissance et les trois mois de l'enfant apparaît comme la moins bien accompagnée. La PMI souffre encore d'une image négative dans certaines familles, et celles qui ont un médecin traitant ne le consultent généralement que lors des vaccinations ou si un problème médical est suspecté. Il manque donc des lieux d'accueils parents-enfants ou des lieux de rencontre permettant aux femmes et aux parents d'échanger leurs expériences et/ou de bénéficier de conseils de professionnels de la petite enfance. Ce type d'organisation ouverte permet aussi aux femmes qui en auraient le besoin et l'envie d'avoir fait un premier pas vers un accompagnement, d'autant plus quand les parents ne savent souvent pas à qui s'adresser. Ils n'ont pas d'interlocuteur direct à même de les aiguiller au sein des petites communes, à part le maire qui n'a pas forcément les connaissances et compétences pour cela.

Les acteurs rencontrés soulignent le fait que l'offre de multi-accueil est assez développée, avec différentes amplitudes horaires et un accès à ces accueils ainsi qu'aux centres de loisirs à des tarifs qui tiennent compte des possibilités financières des familles. En revanche, ils regrettent que les initiatives développées soient entreprises individuellement par telle ou telle commune, dispersées, sans vision d'ensemble des besoins du territoire et sans articulation : certains accueils de loisirs peinent à atteindre la taille critique pour fonctionner, alors qu'une offre conséquente est présente sur certains villages et absente sur d'autres plus petits.



Si l'offre de services pour les jeunes enfants est jugée bien développée parmi les personnes rencontrées, c'est beaucoup moins le cas pour les adolescents. Ceux-ci sont plus souvent laissés à eux-mêmes, sur les réseaux sociaux et/ou dans la rue. Ce constat découle d'un moindre investissement des politiques publiques et d'une demande plus faible des familles pour leurs enfants situés dans ces tranches d'âge. La plupart des possibilités ne se trouvent pas à proximité directe et la mobilité constitue pour eux une difficulté importante, qu'il s'agisse des loisirs ou de l'accès à la prévention, aux soins et aux accompagnements qu'ils peuvent rechercher de façon indépendante à leurs parents. En l'absence de moyens de transport pour aller à Blois, ils ne peuvent par exemple pas se rendre seuls au centre de planification, au planning familial ou à la maison des adolescents. Cette limite constatée nécessite probablement un plus grand nombre de permanences locales et le développement de pratiques d'aller-vers pour les jeunes du territoire.

## Situations de handicap

Un travail apparaît nécessaire pour améliorer le dépistage, la prise en charge et l'accueil des enfants en situation de handicap sur le territoire. Lorsque les enfants présentent des troubles des apprentissages ou du comportement, leur prise en charge est rendue difficile par le manque des professionnels de santé spécialisés sur le territoire. Les orthophonistes, ergothérapeutes, psychomotriciens sont trop peu nombreux et débordés. Concernant les orthophonistes en particulier, certains professionnels mentionnent que le recours à ces professionnels est maintenant très fréquent, en lien avec l'inquiétude des parents, dès lors que les apprentissages ne s'inscrivent pas dans la temporalité courante.



L'accueil des enfants en situation de handicap se fait aussi de plus en plus souvent en milieu ordinaire, à l'école et en milieu périscolaire. Cette orientation correspond aux politiques publiques qui se veulent plus inclusives mais c'est également parce que les structures spécialisées pour les enfants en situation de handicap (IME, ITEP...) n'ont pas assez de places pour accueillir des enfants qui n'ont pas l'autonomie suffisante pour évoluer dans des environnements ordinaires. Les structures périscolaires (et scolaires dans une moindre mesure) manquent de moyens et de formation pour gérer dans de bonnes conditions l'accueil de ces enfants. Elles n'ont pas suffisamment d'animateurs, ne peuvent former ceux-ci à tous les handicaps et n'ont pas de possibilité d'employer les personnels déjà au contact des enfants au sein de l'Éducation nationale. En l'absence de ces solutions, les enfants sont accueillis et des solutions trouvées au cas par cas, avec plus ou moins de réussite selon le

contexte et le handicap.

Pour les personnes adultes, il est relevé que celles en situation de handicap moteur évoluent dans un environnement et un urbanisme inadapté à la mobilité en fauteuil ou avec un déambulateur. Cette vie en milieu ordinaire, avec un domicile autonome, nécessite aussi un meilleur accès à l'information quant aux aides, difficile sur le territoire, et une adaptation progressive des logements et des infrastructures. Au-delà des aménagements des infrastructures publiques, la mobilité des personnes handicapées rencontre aussi certains freins sociaux et symboliques, qui appellent à une prise de conscience et une éducation à l'autonomie de façon très large.

## Santé mentale

Le territoire compte en moyenne, 18 nouvelles admissions pour affections psychiatriques par an. Elles constituent un des principaux motifs d'admission en ALD, derrière les pathologies cardiovasculaires, les tumeurs malignes et le diabète. Au total, en 2017, 309 habitants du Grand Chambord bénéficiaient d'une prise en charge ALD pour affections psychiatriques. À l'échelle du Grand Chambord, 24 patients sont hospitalisés annuellement pour tentatives de suicide et moins de 5 décès par suicide par an sont recensés, ce qui représente des taux comparables à ceux observés aux niveaux départemental, régional et national.



Les prises en charge des troubles psychiques accordent une place prépondérante aux soins ambulatoires et le maintien des personnes dans leurs lieux de vie en complémentarité avec les services médico-sociaux, sociaux, éducatifs. C'est pourquoi sur les 30 dernières années, le nombre

 des patients traités par les secteurs de psychiatrie n'a cessé d'augmenter, alors que les lits de psychiatrie ont fortement diminué. Les cliniques, certes bien présentes sur le territoire, sont plutôt équipées pour des types de pathologies moins importantes qu'en psychiatrie publique, et ne peuvent absorber l'ensemble des besoins. Les secteurs de psychiatrie, désormais moins stigmatisés, ont à traiter également plus souvent de problématiques psychosociales et peinent à faire face à l'ensemble des demandes de la population. Le secteur libéral ne peut pas non plus y répondre, avec un seul psychiatre en exercice sur le Grand Chambord au 1<sup>er</sup> janvier 2018. Des consultations de psychologue peuvent répondre à une partie de ces demandes, le territoire compte ainsi 10 psychologues salariés, 2 psychologues libéraux et 4 en activité mixte. Toutefois, les consultations ne sont pas remboursées actuellement dans la région par l'Assurance maladie, et les mutuelles ne prennent en charge que très peu de consultations. La précarité économique d'une partie de la population du territoire du Grand Chambord constitue ainsi un frein important dans le recours au psychologue et les professionnels constatent que nombre de personnes essaient de limiter le coût des consultations, en privilégiant le recours au CMP malgré les délais d'attente, en espaçant les rendez-vous ou en limitant la durée de leur prise en charge en libéral. Les personnes malades psychiques du territoire souffrent également de l'isolement, manquent de mobilité pour accéder aux soins et n'y ont recours que lorsque la situation est relativement dégradée ou qu'un proche ou voisin signale une situation de crise qui nécessite une hospitalisation contrainte.

Le maintien des personnes à domicile résulte en partie du manque de structures durables adaptées avec hébergement, c'est pourquoi les acteurs rencontrés constatent une augmentation du nombre de situations de « crises » ou « aiguës » adressées aux secteurs de psychiatrie.

Certains secteurs ruraux du territoire semblent associés à des problématiques de souffrance psychique plus marquées. Sur ces territoires résident notamment des personnes âgées isolées et des populations nouvellement installées issues de zones urbaines, généralement peu aisées. Celles-ci sont venues en grande partie pour l'attractivité du foncier mais demeurent dans une précarité économique et sociale, disposent d'un accès plus difficile aux différents services publics et vivent une forme de ségrégation territoriale.

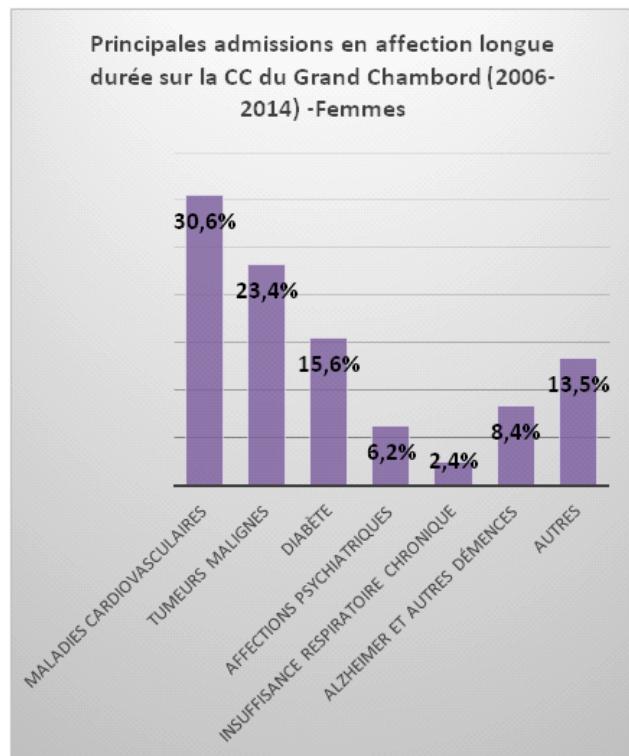
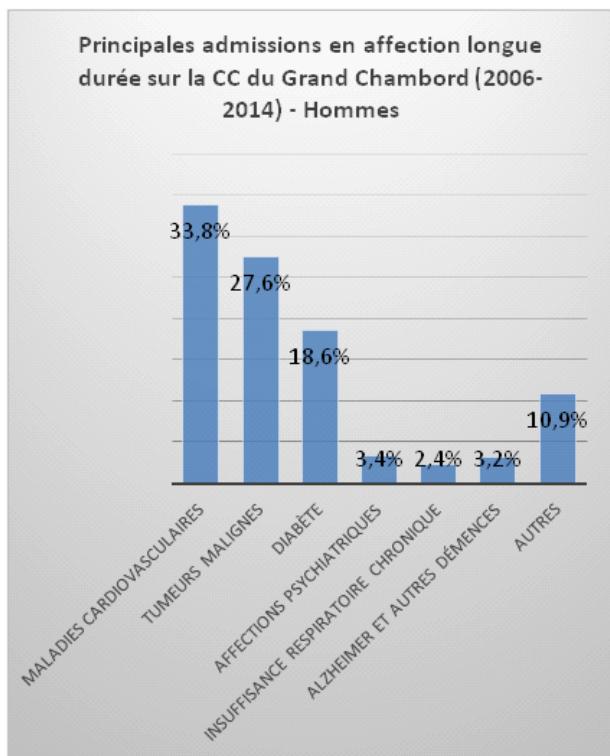
L'accompagnement et la prise en charge de populations plutôt âgées et présentant des troubles psychiques est la plus problématique pour les professionnels interrogés. Ces personnes ne trouvent pas de prise en charge adaptée à leur besoins. Nombre d'entre elles restent à domicile, par manque de place dans les Ehpad, parce qu'elles n'ont pas les moyens financiers de les intégrer ou parce que ces établissements refusent de les admettre. Quand elles intègrent les Ehpad, ces derniers ne sont pas adaptés à leur problématique et leur font courir le risque de perturbations (absence de formations, recours excessif aux médicaments). Dans les établissements psychiatriques, les soins et tâches liés au maintien de leur autonomie de vie quotidienne accaparent un temps important du personnel soignant. Parallèlement au développement nécessaire d'une filière de gérontopsychiatrie, il apparaît aussi important de travailler sur les conditions de vie en Ehpad pour limiter l'apparition des troubles qui sont liés à une forme d'enfermement, d'isolement et de perte de repères des personnes âgées.

Chez les jeunes, les principales possibilités d'accompagnement, qu'il s'agisse du soin ou d'accompagnement en amont, sont

# CHRONIQUE

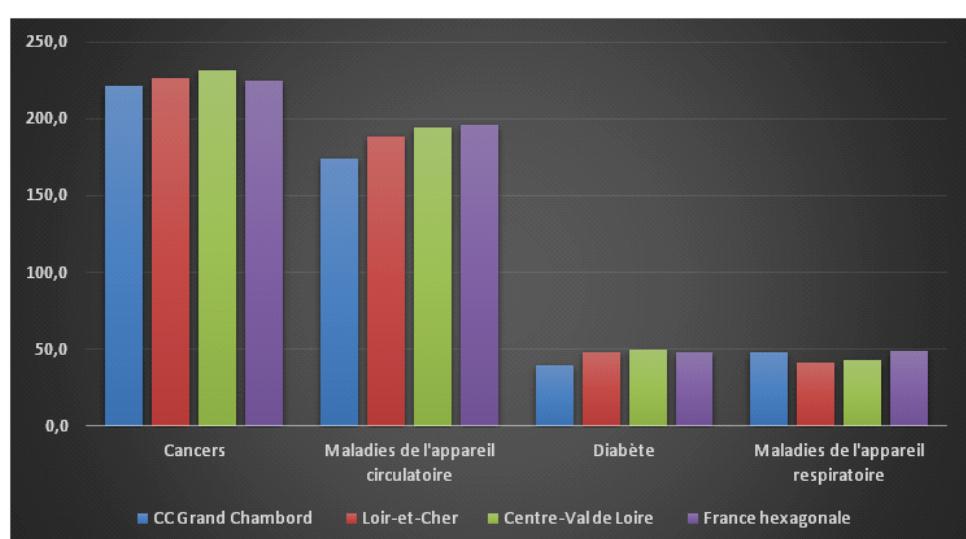
principalement situées sur Blois, même si des premiers contacts avec les jeunes sont possibles au niveau local. La prise en charge des jeunes à la MDA ou à la mission locale nécessite donc souvent l'accompagnement physique par leurs parents, ce qui peut constituer parfois un frein.

## Maladies chroniques



Les taux de mortalité par maladies chroniques sont souvent comparables entre le Grand Chambord et le Loir-et-Cher, la région et la France hexagonale. Le cancer et les maladies cardiovasculaires y sont la première cause de mortalité, ce qui représente, en moyenne 51 décès annuels pour chacune de ces pathologies. Les taux de patients pris en charge en affections de longue durée ou en hospitalisation pour des cancers sont similaires aux autres territoires. Au niveau des maladies cardiovasculaires, les taux de mortalité et d'admissions en ALD sont en revanche significativement inférieurs à ceux de la région et du niveau national. Il en va de même pour les taux de mortalité d'ALD et d'hospitalisation pour le diabète qui sont plus faibles que sur le territoire national. Pour les maladies respiratoires, les ALD pour BPCO sont significativement inférieures à celles de la région et de la France, de même que les hospitalisations pour asthme.

## Taux comparatifs de mortalité (deux sexes) des principales maladies chroniques



# CHAPITRE 2

Le dépistage pourrait encore être amélioré avec une plus grande prévention primaire et des délais moins importants pour accéder aux spécialistes et aux examens spécialisés. Une fois dépistées, les maladies chroniques sont plutôt bien prises en charge au niveau médical, bien que les informations ne soient pas toujours relayées en dehors des filières spécialisées, notamment au médecin traitant en aval des hospitalisations. La prise en charge financière de la maladie via les ALD, couvre bien les consultations et traitements, mais les multiples impacts sur la vie quotidienne soulèvent des difficultés notamment pour les malades jeunes qui doivent arrêter de travailler. Ils subissent des pertes de revenus importantes, pouvant mettre en difficulté leurs familles et vivent aussi une discrimination et des pertes de responsabilité lorsqu'ils sont en mesure de travailler à nouveau. Les aides dont les malades peuvent bénéficier, en plus de l'ALD, dépendent de leur âge et de leurs situations. Les dispositifs dédiés au grand âge, au handicap, à la famille pourront être mobilisés selon les cas mais l'information n'est pas forcément accessible. Les aides financières de la Caf, des caisses de retraites et de services sociaux sont possibles mais beaucoup sont spécifiques aux pathologies ou ont des conditions très encadrées pour pouvoir être mises en place. Cette dispersion des aides et leur évolution dans le temps complique grandement la connaissance des aides mobilisables pour les potentiels bénéficiaires, comme pour une grande partie des professionnels qu'ils côtoient.

Une fois amorcé les demandes, certaines difficultés demeurent. Il existe des possibilités d'alerter quant à certaines situations et les médecins du département peuvent traiter des prestations compensatoires en urgence mais en dehors de ces cas, les dossiers de demande effectués auprès de la MDPH ont des délais de traitement importants de plusieurs mois. Entre-temps, la situation de la personne peut avoir évolué de façon significative, au point que la décision effective de la commission n'est plus toujours adaptée.

## Vieillissement de la population

Selon le recensement de population de l'Insee de 2015, 1 861 personnes âgées de 75 ans et plus vivent dans la CC du Grand Chambord, dont 724 personnes âgées vivent seules à domicile. L'indice de vieillissement est supérieur, en 2010 comme en 2015, à celui du niveau national. En revanche, il est inférieur à ceux du département et de la région.

Le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus va augmenter encore au cours des prochaines décennies, ainsi que leur part dans l'ensemble de la population, qui devrait s'élever à 16 % en 2050 et 21 % dans le Loir-et-Cher. Le vieillissement de la population est l'un des défis majeurs qu'il va falloir relever de par ses conséquences démographiques, économiques et sanitaires. Le territoire du Grand Chambord compte 4 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes totalisant 279 places d'accueil (2 à Saint-Laurent-Nouan, 1 à Saint-Dyé-sur-Loire et 1 à Bracieux) soit un taux d'équipement supérieur aux autres territoires.



Lorsqu'elles sont à domicile, les personnes âgées et celles en situation de handicap évoluent encore souvent dans un environnement inadapté à la mobilité en fauteuil ou avec un déambulateur. Elles accumulent de la fatigue et ont plus de risques de chutes. La vie en milieu ordinaire nécessite un meilleur accès à l'information quant aux aides et une adaptation plus importante des logements et des infrastructures. Les nouvelles constructions immobilières conçues comme de l'habitat inclusif ne sont pas à ce jour accompagnées d'un nombre de services suffisants pour un maintien à domicile durable.

Les acteurs rencontrés insistent sur le manque d'anticipation et de prévention face aux difficultés du vieillissement au domicile. Les actions de prévention de la perte d'autonomie sont assez nombreuses et gratuites mais mal connues des personnes âgées et des professionnels qui pourraient les y orienter. Des bilans de santé plus réguliers seraient à réaliser auprès des personnes âgées pour les pertes visuelles, d'audition, d'équilibre ou la dentition afin de soigner ou corriger les petits problèmes avant toute complication ou risques secondaires liés à ces pertes.



Il apparaît également nécessaire d'agir précocement auprès des personnes âgées les moins enclines à sortir de leur domicile et à prendre en charge leurs problématiques de santé. Les professionnels qui interviennent à domicile sont à même de prévenir la complication de certaines situations en alertant l'entourage ou le médecin traitant. Mais le recours aux services d'aide et de soins à domicile a généralement lieu dans l'urgence, lorsque la situation n'est plus tenable au domicile des personnes âgées sans un soutien extérieur.

En effet, les possibilités de financer des services à domicile en amont avec les caisses de retraite se sont restreintes. Or ces aides permettaient aux personnes d'amorcer un recours qui pouvait ensuite être modulé à la hausse quand les besoins augmentaient. De plus, les temps d'intervention au domicile sont restreints, souvent limités à des actes techniques, avec un personnel changeant. Les relations entre les professionnels et les personnes âgées sont de ce fait plus difficiles à établir, de même que les possibilités d'observer les éventuelles difficultés de la vie quotidienne. Enfin la perspective future d'une entrée en Ehpad, dont les coûts peuvent être très importants, conduit aussi



# SOINS À DOMICILE

beaucoup de familles à économiser au maximum tant que le maintien à domicile est possible et à différer le recours à toute aide qui représente un quelconque coût. Cette situation est maintenue jusqu'à un accident, une hospitalisation, où il est alors difficile de modifier tout l'environnement et l'accompagnement des personnes âgées pour faire face à la nouvelle situation.

Alors que les entrées en Ehpad ont lieu de plus en plus tardivement, les niveaux de dépendance constatés à domicile sont plus importants et nécessitent pourtant un accroissement de l'offre à domicile, des qualifications en rapport avec les besoins des personnes âgées et des possibilités de financement adaptées. De trop nombreuses personnes âgées restent à domicile même si les conditions de vie n'y sont plus sécuritaires pour elles, avec un accompagnement insuffisant en quantité et en qualité. Ces situations où les prises en charge sont insuffisantes interpellent les professionnels, avec des situations de souffrance difficiles à supporter pour certains, et des réflexions éthiques quant aux solutions et dispositions à prendre.

Les entrées en Ehpad rencontrent de nombreux freins : souhait courant de vivre le plus longtemps possible à son domicile, mauvaise image des structures, manque de places dans les établissements, orientation de certains établissement vers la grande dépendance, priorisation des situations les plus urgentes et coûts trop importants pour certaines familles.

Ce n'est que trop souvent lorsque la situation à domicile est critique qu'une demande est effectuée dans l'urgence, ce qui ne permet généralement pas le choix de la structure en fonction de ses caractéristiques mais seulement de la disponibilité d'une place dans le délai le plus rapide. Des initiatives sont mises en œuvre pour contrecarrer ce phénomène sur certains Ehpad du Grand Chambord : une restauration pour les personnes extérieures à l'établissement, afin de créer des liens en amont, de rompre l'isolement des personnes âgées mais aussi de leur famille, ce qui facilitera à terme leur intégration ; des ateliers de prévention organisés pour les personnes en liste d'attente qui n'ont pas un niveau de dépendance suffisant pour intégrer l'établissement.



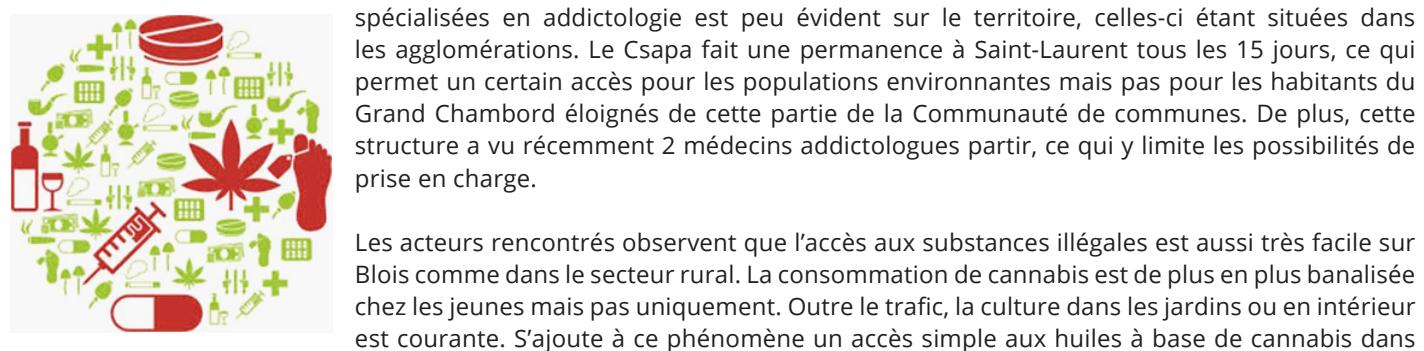
Même si les professionnels rencontrés estiment que l'interconnaissance est facilitée sur le Grand Chambord, avec un nombre d'acteurs réduit, l'amélioration de l'information et de la coordination apparaît tout de même essentielle, de même que la nécessité de définir un pilote clair et pertinent au niveau du territoire. Tous les professionnels sont très occupés sur leurs missions principales et n'ont que peu de temps à disposition pour s'articuler avec d'autres partenaires de l'accompagnement des personnes. Les professionnels rencontrés regrettent qu'en-dehors des cas gérés par les Maia, les coordinations soient rendues moins fluides depuis l'arrêt des coordinations gérontologiques territoriales. Il existe pourtant bien des dispositifs qui effectuent à leur niveau des coordinations mais qui ne sont pas nécessairement présents sur tous les territoires ou qui, parce qu'ils sont spécialisés et coexistent avec d'autres ressources, perdent de leur pouvoir d'action.

## Comportements et conduites à risque

La consommation d'alcool a été divisée par plus de deux en 50 ans en France, passant de 26,0 litres d'alcool pur par habitant de plus de 15 ans en 1961 à 11,6 en 2018. Les dommages liés à la consommation éthylique restent la deuxième cause de mortalité évitable et de grands pourvoyeurs de complications médicales, tant aiguës que chroniques. Concernant le tabac, il reste la première cause de décès évitable en France, de par les dégâts pulmonaires mais aussi cardiovasculaires et tumoraux engendrés par sa consommation. Cette dernière, après deux décennies de franche diminution, est en légère hausse depuis quelques années, notamment chez les femmes. Ces tendances s'observent également au niveau du territoire, où la mortalité imputable au tabac représente 27 décès en moyenne par an, et les pathologies liées à l'alcool, 20 décès. Les hospitalisations pour troubles liés à la consommation d'alcool y sont toutefois légèrement inférieures comparées à d'autres territoires.

Pour les problèmes liés à la consommation d'alcool, les gens consultent un peu plus souvent que par le passé, avec un vécu moins douloureux. Le déni du problème reste fréquent et la démarche de soins difficile. De plus l'accès aux structures

spécialisées en addictologie est peu évident sur le territoire, celles-ci étant situées dans les agglomérations. Le Csapa fait une permanence à Saint-Laurent tous les 15 jours, ce qui permet un certain accès pour les populations environnantes mais pas pour les habitants du Grand Chambord éloignés de cette partie de la Communauté de communes. De plus, cette structure a vu récemment 2 médecins addictologues partir, ce qui y limite les possibilités de prise en charge.



Les acteurs rencontrés observent que l'accès aux substances illégales est aussi très facile sur Blois comme dans le secteur rural. La consommation de cannabis est de plus en plus banalisée chez les jeunes mais pas uniquement. Outre le trafic, la culture dans les jardins ou en intérieur est courante. S'ajoute à ce phénomène un accès simple aux huiles à base de cannabis dans

# CHAMPS DE SANTE

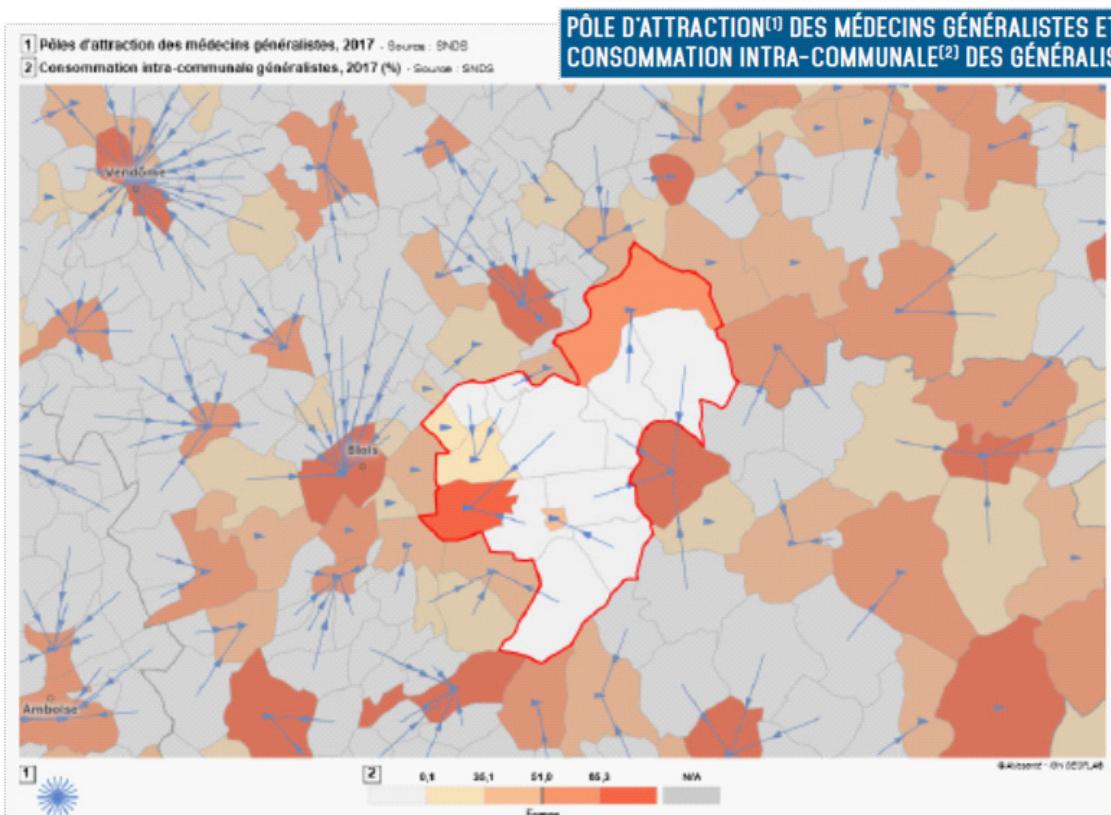
les cigarettes électroniques depuis quelques temps. De façon cohérente avec cet usage banalisé, l'effet nocif des drogues et du cannabis en particulier n'est pas aussi bien reconnu que pour l'alcool. Les jeunes hommes et femmes n'ont pas une conscience claire des risques de maladie et des impacts pour les nourrissons pendant la grossesse en particulier.

La consommation de produits psychoactifs constitue aussi une cause importante d'accidents sur le territoire, avec en premier lieu au niveau des infractions constatées l'alcool, puis les produits stupéfiants et enfin les médicaments. Sur les consommations lors de soirées festives, les comportements évoluent plutôt dans un sens favorable depuis quelques années, avec des prises de dispositions pour dormir sur le lieu des fêtes ou en désignant en amont un conducteur sobre. Les actions de prévention et les contrôles routiers organisés à l'entrée et à la sortie des lieux de fête contribuent aussi à réduire les conduites à risques au volant. En revanche, si certaines catégories de médicaments sont peut-être moins consommées que par le passé, les professionnels constatent que la population tient encore peu compte des risques liés à la prise de ces substances au volant qui entraînent de la somnolence, des pertes de réflexe, de l'éblouissement ou de l'inattention. La sensibilisation paraît encore difficile à faire passer sur ce sujet, alors que les personnes actives doivent continuer à aller travailler et les personnes âgées rester mobile pour maintenir leur autonomie. Certains acteurs relèvent une augmentation du nombre d'accidents en 2019 sur le Grand Chambord, avec des chaussées dont l'état se dégrade et un retour envisagé à la limitation de 90 km/h au lieu de 80 km/h qui ne semble pas justifié dans ce contexte. Le taux de mortalité par accidents de la circulation des habitants du territoire (de 9,8 pour 100 000 habitants) reste non négligeable et l'accidentologie a des conséquences plus sévères en zone rurale que dans les régions plus urbanisées (vitesse réduite en ville, meilleur éclairage...).



## Offre de soins

La démographie médicale constitue une problématique non négligeable pour le territoire comme de façon générale pour la région et le département. L'accès au médecin traitant, premier recours essentiel, est de moins en moins facile sur certaines parties du territoire. Le Grand Chambord compte seulement 16 médecins généralistes, ce qui équivaut à une densité bien inférieure à celles d'autres territoires, presque moitié moins qu'au niveau national. De plus, ces médecins sont souvent âgés (41,7% des généralistes libéraux ont plus de 55 ans), ce qui nécessitera leur remplacement à moyen terme. Les difficultés de remplacement sont liées à la limitation passée du numerus clausus, à l'éloignement des universités de formation, au besoin



SOURCES : SNIIRAM, ATLASANTÉ, IGN GEOFLA  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

# CHAPITRE 2

d'un travail qualifié pour le conjoint et à la tendance de la nouvelle génération à privilégier les activités salariées, au moins pour leurs premières années d'exercice.

Dès qu'on s'éloigne de l'agglomération de Blois et des principaux pôles du territoire, les difficultés d'accès se cumulent pour la population, avec des déplacements souvent nécessaires, des médecins traitants qui n'acceptent plus de nouveaux patients et des délais de rendez-vous qui s'allongent et de moins en moins de déplacements au domicile pour les habitants dont la mobilité est réduite. Tout cela se traduit par une sollicitation inappropriée des services d'urgences (particulièrement dans les périodes de congés) par les personnes qui ne trouvent pas d'autres solutions de prise en charge rapide.



Au sein de la CC du Grand Chambord, seuls 2 médecins spécialistes exercent, un psychiatre en activité libérale et un gériatre salarié. La plupart des examens et des spécialités médicales nécessitent un déplacement sur l'agglomération de Blois mais pour certaines, il est parfois nécessaire de se rendre à Tours, Orléans ou même Paris pour obtenir des délais de rendez-vous raisonnables. Cette solution représente un coût important car ces déplacements ne peuvent être pris en charge que dans certaines conditions par l'Assurance maladie, et tous les professionnels ne se montrent pas favorables à la délivrance de bons de transport.

Concernant les paramédicaux, le territoire manque globalement de professionnels. Les difficultés pour obtenir des soins dentaires et orthophoniques sont particulièrement pointées.

Pour favoriser l'installation de nouveaux médecins et professionnels paramédicaux et/ou leur maintien sur le territoire, le principe du regroupement semble incontournable, non seulement entre professionnels de santé mais aussi avec d'autres professionnels du secteur social et associatif. Ces regroupements facilitent la délégation de tâches qui peut être faite entre médecins et infirmiers, la communication entre professionnels, ainsi que les trajets de la population vers ces pôles. Les modes d'exercice regroupés sont aussi plus favorables à l'intégration de projets de prévention que les médecins isolés ont du mal à investir, ayant globalement moins de temps à accorder aux patients en-dehors des situations aiguës. Néanmoins, les acteurs attirent l'attention sur la nécessité de s'appuyer sur les volontés préexistantes et les premiers regroupements à l'œuvre au risque sinon de monter des structures qui n'attireront pas durablement les professionnels de santé. De façon concomitante ou complémentaire, les 2 MSAP actuellement en projet sur le Grand Chambord accueilleront à l'avenir un grand nombre d'institutions qui permettront à la population d'y réaliser la plupart des démarches administratives et des demandes d'aide (Caf, MDSCS, MSA, CPAM, impôts ...).



Dans un contexte global de baisse ou de stagnation des financements publics, les acteurs rencontrés s'accordent à dire qu'il est nécessaire de faire évoluer leurs pratiques professionnelles pour mieux les coordonner et utiliser pleinement les ressources disponibles au niveau local. Les collaborations interprofessionnelles sur le territoire sont plutôt bonnes mais encore étroitement dépendantes des volontés individuelles. De ce fait, les usagers ne bénéficient pas toujours de l'ensemble des ressources et des aides qui existent sur le territoire et à proximité, par manque de connaissance et de coordination.

## Recommandations

En conclusion et au regard des éléments quantitatifs et qualitatifs, plusieurs pistes de réflexion ressortent :

### 1- Développer la prévention et faciliter l'accès à la santé au sens large

- Renforcer l'accessibilité aux actions de prévention et à l'éducation thérapeutique
- Préserver le cadre de vie du territoire en tenant compte des impacts environnementaux à moyen et long terme des infrastructures et des activités économiques
- Accompagner les nouveaux modes d'exercice des professionnels de santé (articulation avec la CPTS)
- Développer la coordination entre les différents acteurs de la santé : sanitaire, médico-social et social, du préventif au curatif, articulation entre les soins de ville et les soins hospitaliers afin de mieux coordonner le parcours de soin des usagers et les rendre acteurs de leur santé

### 2- Développer le soutien à la parentalité

- Développer les lieux d'accueil/de rencontres des jeunes parents
- Harmoniser au sein du Grand Chambord l'offre de services petite enfance/enfance jeunesse

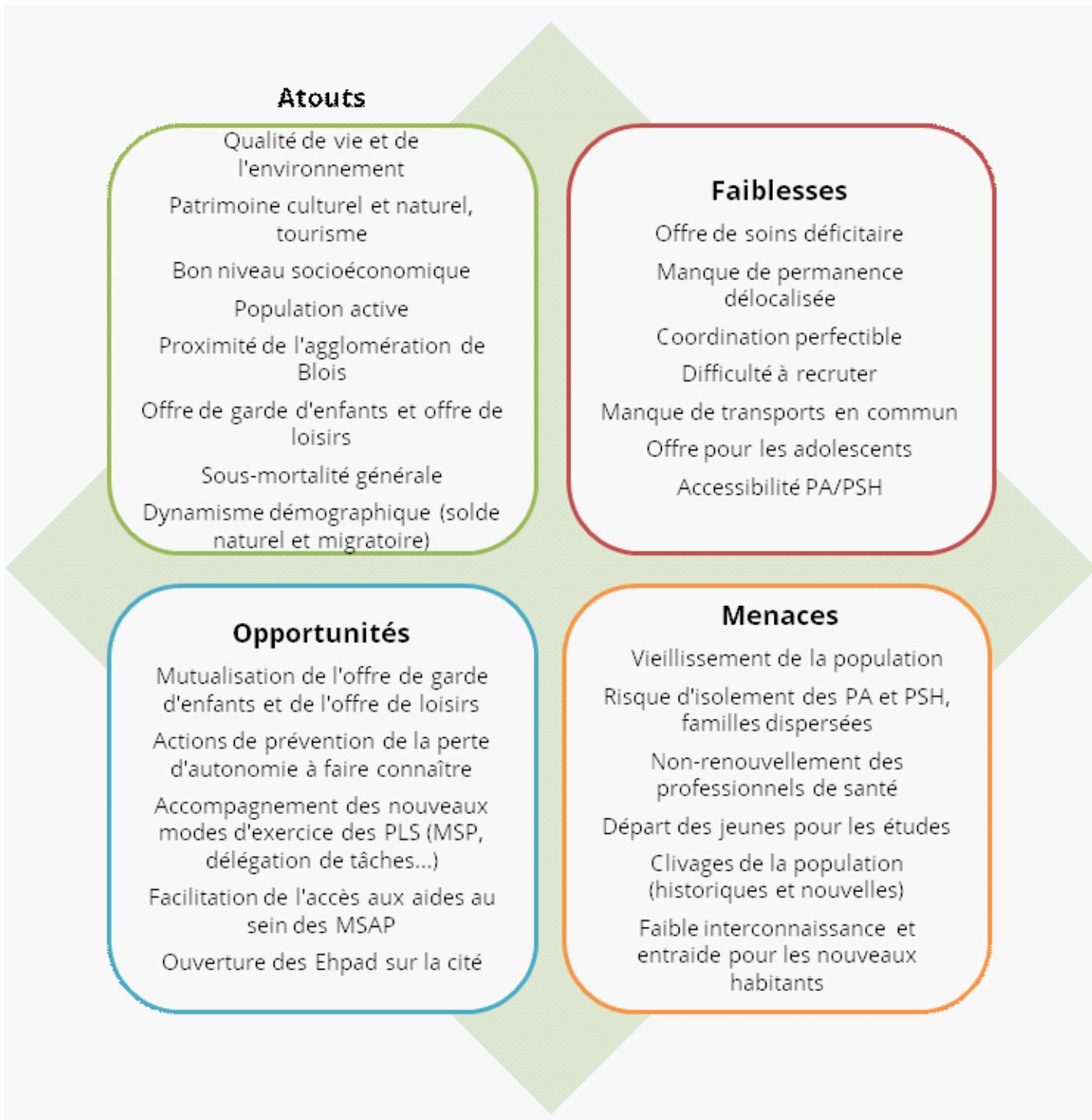
### 3- Accès aux services et aux droits

# SYNTHÈSE

- Continuer à développer la mobilité (isolement des personnes fragiles, adolescents, personnes en perte d'autonomie...)
- MSAP/CIAS : faciliter l'accès à un bouquet de services sur des lieux uniques identifiés par la population
- Favoriser l'intervention de ressources extérieures au territoire (lutte contre l'isolement...)

## 4- Prévenir la perte d'autonomie

- Encourager les initiatives réduisant l'isolement des personnes âgées et des personnes malades psychiques
- Anticiper les entrées et les sorties des institutions (PA/PH)
- Étayer les professionnels par la formation et la mutualisation des ressources pour l'inclusion des PH
- Développer l'accompagnement du vieillissement des personnes ayant des troubles psychiques



# ANNEE 2018

## CONTRETEXTE GÉOGRAPHIQUE

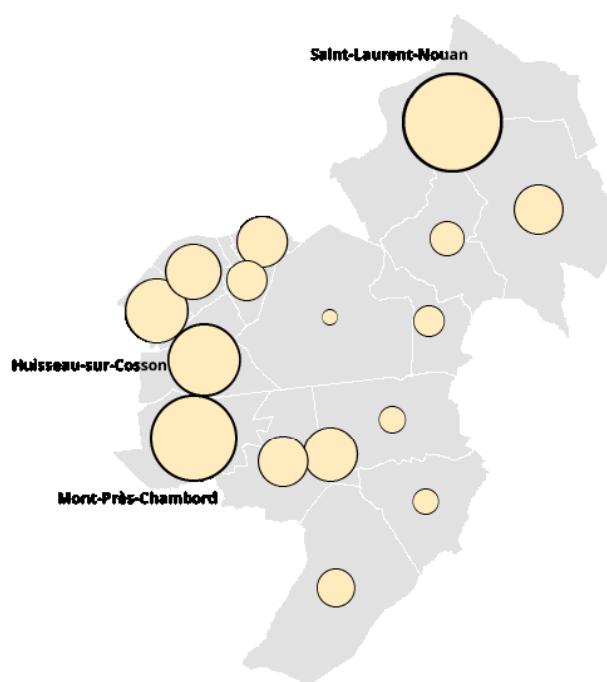
LE TERRITOIRE COMMUNAL

ET LES COMMUNES

### La Communauté de communes du Grand Chambord, son territoire et peuplement

La communauté de communes du Grand Chambord est située dans le département du Loir-et-Cher en région Centre-Val de Loire. Elle se compose de 16 communes et compte un peu plus de 20 000 habitants au recensement de population de 2015. Les villes de Saint-Laurent-Nouan (4 324 habitants), Mont-Près-Chambord (3 244 habitants) et Huisseau-sur-Cosson (2 279 habitants) sont les principales communes du territoire. La communauté de communes s'étend sur 433 km<sup>2</sup>, soit une densité de population de 47,5 habitants au km<sup>2</sup>. À titre de comparaison, la densité de population du département du Loir-et-Cher est de 52,5 hab/km<sup>2</sup>, celle de la région, de 65,9 hab/km<sup>2</sup> et celle de la France hexagonale, de 118,2 hab/km<sup>2</sup>.

#### POPULATION MUNICIPALE DES COMMUNES DU GRAND CHAMBORD EN 2015



SOURCE : INSEE (RP 2015)  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

# 2017 DATA TALK: APPENDIX

## ED DEBIAO COPIES FROM THE 2017 DATA TALK

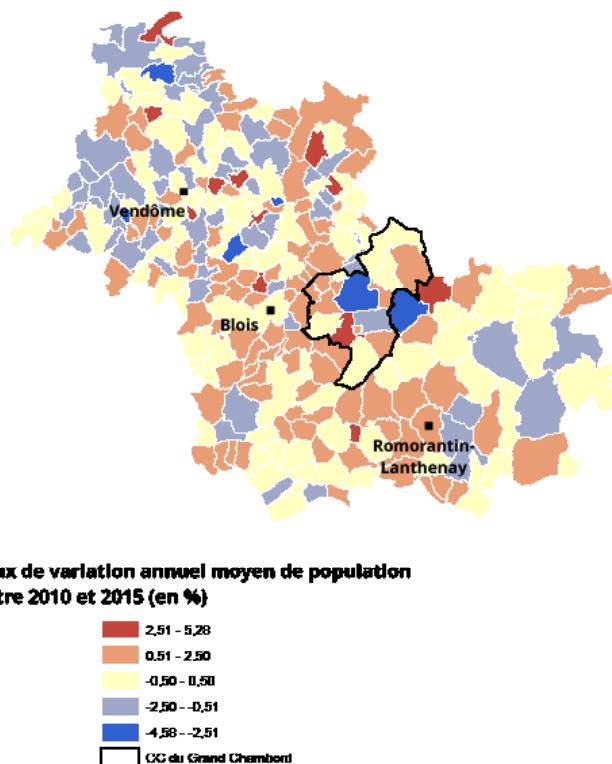
# **Variation de population inter-censitaire dans les communes du Loir-et-Cher**

Sur la période 2010-2015, la population de la CC du Grand Chambord a augmenté de 565 habitants, soit un taux de variation annuel positif de +0,53 %, supérieur à celui du Loir-et-Cher (+0,18 %) et de la région (+0,24 %) et proche de celui de la France hexagonale (+0,48 %).

Depuis 40 ans, le nombre d'habitants de la CC est, d'une manière générale, en augmentation : 11 492 habitants en 1968, 12 560 habitants en 1975, 15 388 habitants en 1982, 17 064 habitants en 1990, 17 921 habitants en 1999, 19 854 habitants en 2009 et 20 486 habitants en 2014.

La majorité des communes de la CC du Grand Chambord ont un taux de variation intercensitaire 2010-2015 positif allant de +0,12 % sur la commune de Crouy-sur-Cosson à +2,86 % sur celle de Tour-en-Sologne. Seules 3 communes du territoire ont un taux de variation annuel de la population négatif (Mont-Près-Chambord : -0,17 % ; Neuvy : -0,75 % et Chambord : -4,58 %).

## VARIATION INTER-CENSITAIRE DANS LES COMMUNES DE LA CC DU GRAND CHAMBORD (2010-2015)



# ÉTUDE DÉMOGRAPHIQUE ET DÉMOGRAPHIQUE DU GRAND CHAMBORD

## Structure de la population

En 2015, les jeunes de moins de 20 ans représentent 23,8 % de la population du territoire, soit une proportion supérieure à celle observée dans le département (23,0 %) et proche de celle de la région (23,9 %) et de celle du niveau national (24,3 %).

Le territoire compte, en proportion, davantage de personnes âgées en comparaison avec le département et la région. En effet, les 75 ans et plus représentent, sur la CC, 9,1 % de la population contre 12,1 % dans le Loir-et-Cher, 10,7 % en Centre-Val de Loire et 9,3 % en France hexagonale.

### POPULATION PAR ÂGE EN 2015

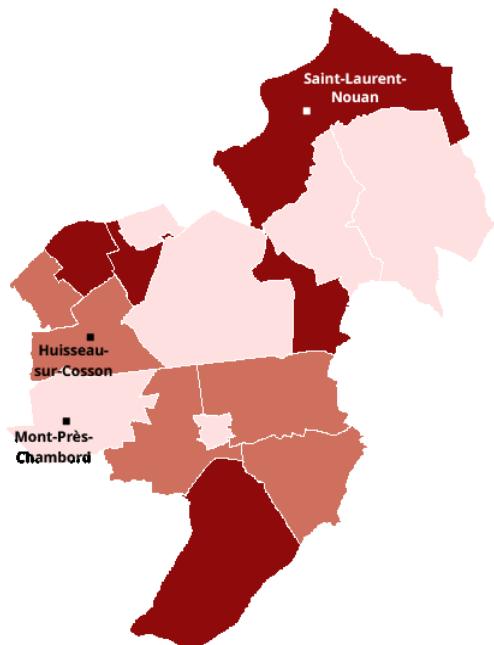
Population	population de moins de 20 ans		Population de 65 ans et plus		Population de 75 ans et plus		Indice de vieillissement (65 ans et plus/ moins de 20 ans)	
	Effectifs	% de la population	Effectifs	% de la population	Effectifs	% de la population		
<b>CC du Grand Chambord</b>	<b>20 558</b>	<b>4 886</b>	<b>23,8</b>	<b>4 156</b>	<b>20,2</b>	<b>1 861</b>	<b>9,1</b>	<b>85,1</b>
Loir-et-Cher	333 050	76 700	23,0	76 636	23,0	40 245	12,1	99,9
Centre-Val de Loire	2 578 592	616 700	23,9	537 673	20,9	274 996	10,7	87,2
France hexagonale	64 300 821	15 601 243	24,3	12 073 092	18,8	6 009 177	9,3	77,4

SOURCE : INSEE (RP 2015, EXPLOITATION PRINCIPALE)  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

# STRUCTURATION SOCIALE

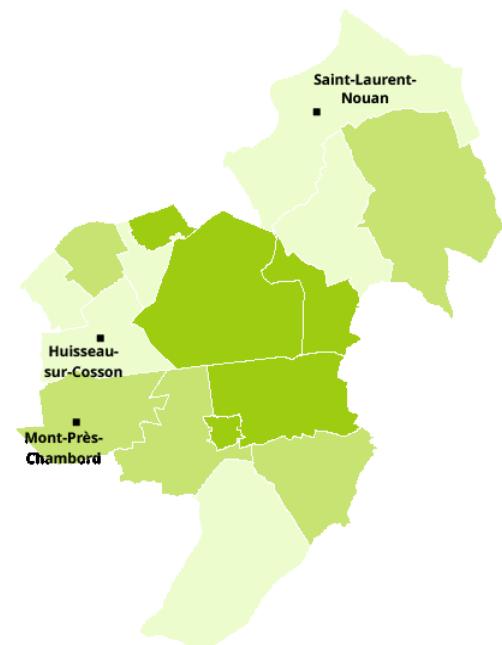
## ET VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION

### STRUCTURE DE LA POPULATION EN 2015



Part de la population de moins de 20 ans dans la population totale en 2015 (en %)

RP 2015  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

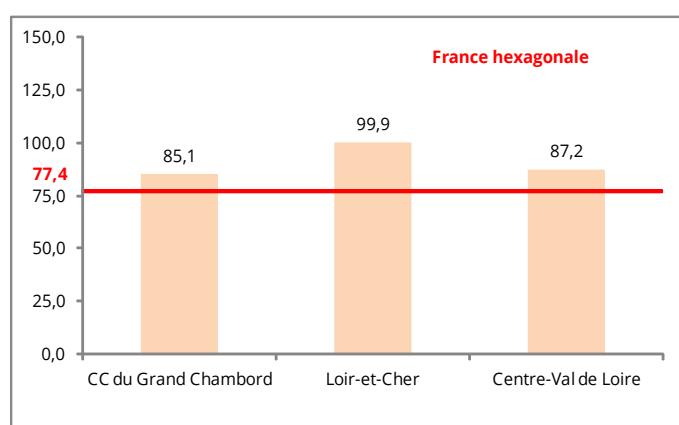


Part de la population de 75 ans et plus dans la population totale en 2015 (en %)

RP 2015  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

### INDICE DE VIEILLISSEMENT EN 2015

L'indice de vieillissement, rapport du nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 individus de moins de 20 ans, est plus faible dans la CC du Grand Chambord (85,1) que dans le département (99,9) et la région (87,2). En revanche, il reste supérieur à l'indice de la France hexagonale (77,4).



SOURCE : INSEE (RP 2015)  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

# ÉTUDE DE LA POPULATION ET DE L'EXPLOITATION PRINCIPALE DU GRAND CHAMBORD

## Évolution de la structure de la population entre 2010 et 2015

La structure de la population du territoire a peu évolué entre 2010 et 2015. Comme au niveau des territoires de référence, le vieillissement prévisible de la population est constaté.

Entre 2010 et 2015, le nombre de jeunes de moins de 20 ans est passé de 4 858 habitants à 4 886, soit une évolution annuelle de +0,1 %, tout comme dans la région et au niveau national (respectivement +0,1 % et +0,3 %). Seul le département connaît un léger déclin (-0,1 %).

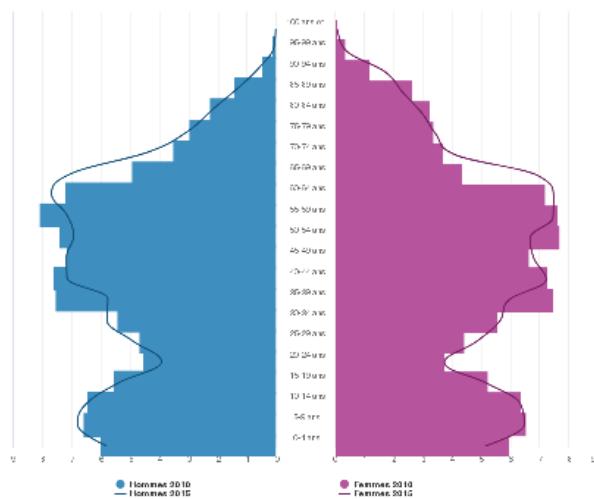
Sur le territoire d'étude comme sur les autres territoires de référence, le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus a augmenté, même si l'évolution annuelle est moins importante dans la CC que dans les autres territoires de référence (+0,6 % contre +0,8 % pour le département, +1,2 % pour la région et +1,4 % pour la France hexagonale)..

	Population de moins de 20 ans				Evolution annuelle	Population de 75 ans et plus				Evolution annuelle		
	2010		2015			2010		2015				
	Effectifs	en %	Effectifs	en %		Effectifs	en %	Effectifs	en %			
CC du Grand Chambord	4 858	24,3	4 886	23,8	0,1	1 804	9,0	1 861	9,1	0,6		
Loir-et-Cher	76 998	23,3	76 700	23,0	-0,1	38 631	11,7	40 245	12,1	0,8		
Centre-Val de Loire	612 174	24,0	616 700	23,9	0,1	259 283	10,2	274 996	10,7	1,2		
France hexagonale	15 367 286	24,5	15 601 243	24,3	0,3	5 624 915	9,0	6 009 177	9,3	1,4		

SOURCE : INSEE (RP 2010 ET 2015, EXPLOITATION PRINCIPALE)  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

# ÉCOUTER LA POPULATION ET DÉVELOPPER LA COMMUNAUTÉ

## PYRAMIDE DES ÂGES (2010-2015)

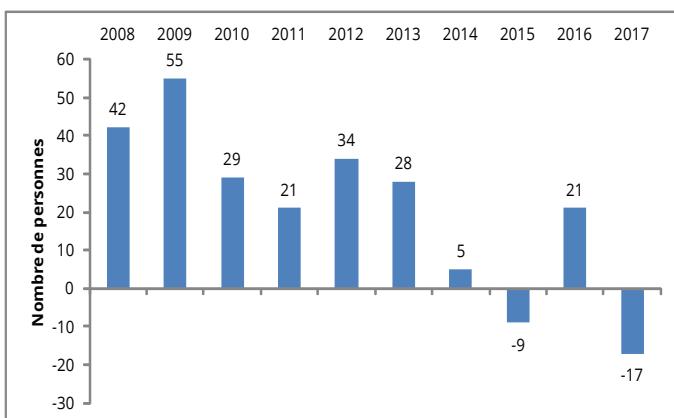


La pyramide des âges de la CC du Grand Chambord, au recensement de population de 2015, présente une structure marquée par certains héritages historiques : classe creuse issue de la seconde guerre mondiale (déficit important de naissance), puis « baby boom » et baisse de la fécondité après 1975. Le vieillissement de la génération du baby boom va induire à moyen terme une augmentation du nombre de personnes âgées.

On observe également un déficit des jeunes de 20-29 ans, qui peut s'expliquer par le départ de jeunes réalisant leurs études supérieures.

SOURCES : INSEE RP 2010-2015  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

## SOLDE NATUREL 2008-2017



Au cours des 10 dernières années, entre 2008 et 2017, le solde naturel du territoire est resté globalement positif sauf sur les dernières années où il peut être déficitaire. Le territoire enregistre un accroissement de la population de 209 individus sur les dix années, soit un solde moyen de 21 individus par an.

SOURCES : INSEE, ÉTAT CIVIL  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

# ÉTUDE DÉMOGRAPHIQUE ET DÉMOGRAPHIQUE DU CENTRE-VAL DE LOIRE

## Projection de la population à l'horizon 2050 en région Centre-Val de Loire et dans le Loir-et-Cher

À l'horizon 2050, si les tendances démographiques se poursuivent, la région Centre-Val de Loire gagnera près de 161 000 habitants (par rapport à l'année 2013). Avec une hausse annuelle moyenne en 2050 de 0,17 %, la population atteindra 2 732 254 habitants. Ces chiffres s'expliquent par une forte hausse des décès dans les années à venir, avec l'arrivée aux âges de forte mortalité des générations nombreuses du baby boom.

Au sein de la région, les taux de croissance annuels moyens entre 2013 et 2050 seront de -0,1 % pour le Cher, +0,2 % pour l'Eure-et-Loir, -0,3 % pour l'Indre, +0,4 % pour l'Indre-et-Loire, +0,04 % pour le Loir-et-Cher et +0,3 % pour le Loiret.

La progression de la population du Loir-et-Cher connaît un ralentissement important, dans le prolongement de l'évolution observée depuis 2010, avec une croissance annuelle moyenne de 0,08 % entre 2013 et 2020 qui ne serait plus que de 0,01 % entre 2040 et 2050. Cette faible dynamique s'expliquerait par une aggravation du déficit naturel, sous l'effet combiné d'une baisse des naissances et d'une hausse des décès. Le solde migratoire, après une baisse entre 2013 et 2020, repartirait ensuite à la hausse, permettant de maintenir une légère progression de la population.

Sous l'effet de l'arrivée dans le 3<sup>ème</sup> âge des baby boomers et de l'amélioration de l'espérance de vie, la population de la région devrait vieillir, modifiant ainsi profondément la structure d'âge à l'horizon 2050. En 2013, deux habitants sur dix avaient 65 ans ou plus ; ils seraient trois sur dix en 2050. Le Centre-Val de Loire compterait alors 301 600 séniors supplémentaires, soit une hausse moyenne de 1,3% par an (1,5% en France métropolitaine). Le rapport entre la population jeune et âgée se creuserait. Il était de 82 séniors pour 100 jeunes en 2013 et serait de 136 séniors pour 100 jeunes en 2050. Il resterait plus élevé qu'à l'échelle nationale où il atteindrait 122 séniors pour 100 jeunes en 2050. En 2050, tous les départements du Centre-Val de Loire devraient compter davantage de personnes de plus de 65 ans que de jeunes âgés de moins de 20 ans. Cependant, malgré des hausses conséquentes, en 2050, c'est dans le Cher, l'Indre et le Loir-et-Cher que la proportion de séniors resterait la plus importante : un tiers des habitants auraient 65 ans ou plus.

La population va vieillir. La question de la prise en charge de la dépendance se pose déjà et constitue d'autant plus un défi pour les années à venir.

Entre 2013 et 2050, la région gagnerait plus de 300 000 personnes d'au-moins 65 ans. En 2050, 32,8 % de la population du Loir-et-Cher devrait être âgée de plus de 65 ans contre 21,8 % en 2013. Parmi les personnes âgées de plus de 80 ans (âge de la dépendance), les effectifs devraient presque doubler en passant de 7,5 % en 2013 à 14,3 % en 2050 (6,6 % en 2013 en région Centre-Val de Loire contre 12,6 % en 2050).

Face à ces différents constats, il apparaît donc nécessaire d'anticiper dès à présent la prise en charge de la dépendance. Cela passe par la création d'emplois et de services à la personne, la formation des professionnels œuvrant dans le champ de la dépendance, la gestion des aidants familiaux, le développement de l'offre d'accueil dans les établissements sociaux et médico-sociaux...

# ÉTUDE DÉMOGRAPHIQUE ET DÉMOGRAPHIQUE SOCIALE

## Le parc de logements

### PARC DE LOGEMENTS (2010-2015)

	Nombre de logements		Evolution (en %)	Résidences principales		Evolution (en %)	Résidences secondaires et logements occasionnels		Evolution (en %)	Logements vacants		Evolution (en %)
	2010	2015		2010	2015		2010	2015		2010	2015	
	CC du Grand Chambord	9 654	10 282	6,5	8 263	8 727	5,6	746	722	-3,2	646	834
Loir-et-Cher	175 344	181 820	3,7	144 677	148 749	2,8	14 730	14 342	-2,6	15 937	18 729	17,5
Centre-Val de Loire	1 306 428	1 363 050	4,3	1 112 753	1 146 494	3,0	85 975	85 556	-0,5	107 700	131 000	21,6
France hexagonale	32 520 024	34 306 683	5,5	27 106 997	28 280 036	4,3	3 108 606	3 308 314	6,4	2 304 421	2 718 332	18,0

SOURCE : INSEE (RP 2010 ET 2015)  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

Au recensement de la population de 2015, la CC du Grand Chambord compte 10 282 logements. Les résidences principales représentent 84,9 % de ces logements, les résidences secondaires et logements occasionnels 7,0 % et les logements vacants 8,1 %.

Entre 2010 et 2015, le nombre de résidences principales a augmenté de 5,6 % sur le territoire passant de 8 263 à 8 727 tout comme dans le Loir-et-Cher (+2,8 %), la région (+3,0 %) et en France hexagonale (+4,3 %).

On constate aussi, sur la même période, que le nombre de logements vacants a augmenté de 29,71 %. Cette hausse du nombre de logements vacants est plus importante que celle observée au niveau du département (+17,5 %), de la région (+21,6 %) et du niveau national (+18,0 %).

Toutefois, le nombre de logements vacants est sans doute à utiliser avec précaution. En effet, une analyse de terrain par les élus à pu mettre en évidence que ce nombre est bien moindre en réalité. La mise à jour des données Insee sera importante à étudier.

Concernant les résidences secondaires et les logements occasionnels, ils ont diminué dans la CC du Grand Chambord (-3,2 %) mais aussi dans le département (-2,6 %) et dans la région (-0,5 %), contrairement au niveau national (+6,4 %).

# ÉTUDE DÉMOCRATIQUE ET DÉMOGRAPHIQUE

## DU TERRITOIRE COMMUNAL ET DES COMMUNES

### PARC DE LOGEMENTS LOCATAIRES 2010-2015

Selon le recensement de population de l'Insee de 2015, 21,0 % des ménages de la CC du Grand Chambord sont locataires (29,9 % dans le département, 34,3 % pour la région et 40,0 % en France hexagonale) dont 5,6 % locataires en logements HLM (11,8 % dans le département, 14,5 % en région et 14,7 % en France hexagonale).

Entre 2010 et 2015, le nombre de ménages vivant dans un logement locatif est passé de 1 654 à 1 831 sur la CC, soit une hausse de 10,7 % (2,5 % dans le département et en région et +5,2 % en France hexagonale). Le nombre de logements HLM a davantage augmenté sur le territoire +15,7 % entre 2010 et 2015 (0,1 % sur le département et la région et +5,4 % en France hexagonale).

	Nombre de ménages en résidences locataires			Nombre de ménages en logements HLM			Part des ménages locataires en 2015 (en %)	Part des ménages locataires en HLM en 2015 (en %)
	2010	2015	Evolution (en %)	2010	2015	Evolution (en %)		
<b>CC du Grand Chambord</b>	<b>1 654</b>	<b>1 831</b>	<b>10,7</b>	<b>421</b>	<b>487</b>	<b>15,7</b>	<b>21,0</b>	<b>5,6</b>
Loir-et-Cher	43 666	44 493	1,9	18 111	17 604	-2,8	29,9	11,8
Centre-Val de Loire	383 671	393 118	2,5	166 257	166 451	0,1	34,3	14,5
France hexagonale	10 758 416	11 322 535	5,2	3 944 275	4 156 899	5,4	40,0	14,7

SOURCE : INSEE (RP 2010 ET 2015)  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

### LES ALLOCATIONS LOGEMENTS AU 31.12.2016

Fin 2016, 28,2 % des allocataires du Grand Chambord bénéficient d'une allocation logement (APL, ALS, ALF), soit une proportion inférieure à celle observée sur l'ensemble des territoires de référence (45,6 % dans le département, 48,6 % dans la région et 50,5 % au niveau national).

Au total, 9,4 % des ménages du territoire sont couverts par une allocation logement (17,5 % dans le département, 19,9 % en Centre-Val de Loire et 22,1 % en France hexagonale).

	Nombre d'allocataires	Allocataires et allocation logement		Taux de couverture des ménages par les allocations logements (en %)
		Effectif	En %	
<b>CC du Grand Chambord</b>	<b>2 900</b>	<b>817</b>	<b>28,2</b>	<b>9,4</b>
Loir-et-Cher	57 135	26 033	45,6	17,5
Centre-Val de Loire	470 344	228 471	48,6	19,9
France hexagonale	12 414 049	6 263 508	50,5	22,1

SOURCE : CNAF AU 31/12/2016, CCMSA AU 31/12/2016, INSEE RP 2015  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

# ÉTUDE DE POPULATION SÉPARATION ET DIVORCE DANS LE GRAND CHAMBORD

## Composition des ménages

### STRUCTURE DES MÉNAGES AU 1<sup>ER</sup> JANVIER 2015

	Nombre de ménages	Population des ménages	Nombre de ménages isolés		Nombre de familles ou couples avec ou sans enfants		Nombre de ménages monoparentaux		Nombre d'autres types ménages		Nombre moyen de personnes par ménage
			Effectifs	En %	Effectifs	En %	Effectifs	En %	Effectifs	En %	
CC du Grand Chambord	8 698	20 139	2 372	27,3	5 513	63,4	695	8,0	118	1,4	2,3
Loir-et-Cher	148 691	323 288	51 291	34,5	83 765	56,3	10 940	7,4	2 696	1,8	2,2
Centre-Val de Loire	1 146 543	2 513 951	402 870	35,1	629 623	54,9	92 325	8,1	21 725	1,9	2,2
France hexagonale	28 279 950	62 839 653	10 026 922	35,5	14 949 445	52,9	2 587 545	9,1	716 038	2,5	2,2

SOURCE : INSEE (RP 2015)  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

La communauté de communes du Grand Chambord compte, au recensement de population de 2015, 8 700 ménages, constitués par un peu plus de 20 000 habitants, soit 2,3 personnes par ménage.

Les couples, avec ou sans enfants, représentent la majorité des ménages (63,4 %), taux supérieur à ceux des autres territoires de référence (56,3 % dans le département, 54,9 % dans la région et 52,9 % en la France hexagonale).

Au niveau des ménages isolés, dans la CC, leur taux est inférieur à ceux du département (respectivement 27,3 % et 34,5 %), de la région (35,1 %) et de la France hexagonale (35,5 %). Les ménages monoparentaux représentent, dans le Grand Chambord, 8,0 % des ménages (7,4 % des ménages dans le département, 8,1 % en Centre-Val de Loire et 9,1 % en France hexagonale).

# STRUCTURE FAMILIALE DES ALLOCATAIRES

## Structure familiale des allocataires

Fin 2016, le Grand Chambord compte 2 900 allocataires Cnaf et CCMSA. L'analyse de la structure familiale des allocataires met en évidence que 58,8 % d'entre eux sont des couples avec enfant(s), soit une proportion supérieure à celle du département (43,9 %), de la région (41,8 %) et de la France hexagonale (39,5 %).

Les allocataires isolés représentent 23,1 % des allocataires sur le territoire, soit une proportion inférieure à celles de la région (38,5 %), du département (36,2 %) et de la France hexagonale (40,5 %).

Les familles monoparentales représentent 14,5 % des allocataires, soit une proportion comparable aux différents territoires de référence : 14,9 % dans le Loir-et-Cher, 15,0 % en région Centre-Val de Loire et 15,2 % en France hexagonale.

Les couples sans enfant représentent 3,7 % de l'ensemble des allocataires, soit une proportion inférieure à celles du département (5,0 %), de la région (4,8 %) et de la France hexagonale (4,9 %).

### STRUCTURE FAMILIALE DES ALLOCATAIRES AU 31.12.2016

	Nombre d'allocataires	Personnes seules (allocataires isolés)		Familles couples sans enfants		Familles couples avec enfant(s)		Familles monoparentales	
		Effectifs	En %	Effectifs	En %	Effectifs	En %	Effectifs	En %
<b>CC du Grand Chambord</b>	<b>2 900</b>	<b>669</b>	<b>23,1</b>	<b>107</b>	<b>3,7</b>	<b>1 704</b>	<b>58,8</b>	<b>420</b>	<b>14,5</b>
Loir-et-Cher	57 135	20 700	36,2	2 853	5,0	25 092	43,9	8 490	14,9
Centre-Val de Loire	470 344	180 894	38,5	22 652	4,8	196 465	41,8	70 333	15,0
France hexagonale	12 414 049	5 023 614	40,5	609 164	4,9	4 898 537	39,5	1 882 734	15,2

SOURCES : CNAF AU 31/12/2016. CCMSA AU 31/12/2016. INSEE RP 2015  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

# POPULATION DU GRAND CHAMBORD MINIMA SOCIAUX ET SOLIDARITÉ

## Minima sociaux

Au 31 décembre 2016, 2,0 % des ménages du Grand Chambord bénéficient de l'allocation adulte handicapé (AAH), soit une proportion inférieure à celle de la région (3,5 %) et de la France hexagonale (3,7 %) et du département (3,6 %).

Le revenu de solidarité active, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2009 (et en 2011 dans les départements et certaines collectivités d'Outre-mer) se substitue au revenu minimum d'insertion (RMI), à l'allocation de parent isolé (API) et aux dispositifs d'intéressement à la reprise d'activité qui leurs étaient associés. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, la prime d'activité a remplacé le RSA activité et la prime pour l'emploi.

Le RSA socle, filet de sécurité minimal pour les personnes sans ressources est délivré fin 2016 à 184 allocataires du territoire, soit 2,1 % des ménages. Cette proportion est inférieure à celles du Loir-et-Cher (4,7 %), du Centre-Val de Loire (5,0 %) et de la France hexagonale (5,9 %).

S'agissant des allocataires ayant de faibles revenus, 348 allocataires du Grand Chambord ont des ressources constituées à 50% ou plus de prestations Caf ou MSA (12,7 % des allocataires dont les ressources sont connues), et pour 190 d'entre eux (6,9 % des allocataires dont les ressources sont connues), leurs ressources sont intégralement constituées de ces prestations.

### ALLOCATAIRES DE MINIMA SOCIAUX AU 31.12.2016

	Allocataires AAH		Allocataires RSA socle		Allocataires dont les ressources sont constituées à 50 % ou plus de prestations Caf ou CCMSA		Allocataires dont les ressources sont constituées à 100 % de prestations Cnaf ou CCMSA	
	Effectifs	% des ménages	Effectifs	% des ménages	Effectifs	En %	Effectifs	En %
<b>CC du Grand Chambord</b>	<b>176</b>	<b>2,0</b>	<b>184</b>	<b>2,1</b>	<b>348</b>	<b>12,7</b>	<b>190</b>	<b>6,9</b>
Loir-et-Cher	5 419	3,6	7 037	4,7	12 802	24,9	7 256	14,1
Centre-Val de Loire	40 483	3,5	57 167	5,0	105 259	25,5	60 256	14,6
France hexagonale	1 049 867	3,7	1 660 567	5,9%	2 962 848	27,6	1 759 206	16,4

SOURCE : CNAF AU 31/12/2016, CCMSA AU 31/12/2016, INSEE RP 2015  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

# LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE COMPLÉMENTAIRE (CMU-C) ET SES BÉNÉFICES

## Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2000, la couverture maladie universelle (CMU) permet à toute personne résidant en France de façon stable et régulière de bénéficier de la Sécurité sociale (CMU de base). Votée dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2016, la protection universelle maladie (Puma) est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2016 et remplace la CMU. Elle implique que chaque Français bénéficiera, sous condition de résidence ou de travail en France, de droits ouverts à vie pour bénéficier d'une assurance maladie. Par conséquent, la couverture maladie universelle de base (CMU) est supprimée.

En revanche, la CMU complémentaire (CMU-C) continue d'exister et permet aux assurés à qui elle est attribuée de bénéficier d'une mutuelle gratuite pour le remboursement de leurs frais de santé.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2014, parmi les 10 401 allocataires CPAM, 181 sont allocataires de la CMU-C au sein de la CC du Grand Chambord. Au total, 326 personnes sont couvertes par la CMU-C, ce qui représente 2,3 % de bénéficiaires parmi les allocataires de l'Assurance maladie. Cette proportion est égale à 7,1 % dans le Loir-et-Cher et à 7,4 % en région.

### BÉNÉFICIAIRES (ASSURÉS ET AYANTS DROIT) DE LA CMU-C AU 01.01.2014

	Nombre d'allocataires CNAM	Population couverte	Nombre d'allocataires CMU-C	Nombre de personnes couvertes par la CMU-C	Part des bénéficiaires de la CMU-C parmi les bénéficiaires de la CNAM	Moins de 20 ans parmi la population bénéficiaire de la CMU-C
<b>CC du Grand Chambord</b>	<b>10 401</b>	<b>14 115</b>	<b>181</b>	<b>326</b>	<b>2,3 %</b>	<b>39,6 %</b>
Loir-et-Cher	173 833	237 795	8 414	16 787	7,1 %	44,2 %
Centre-Val de Loire	1 400 525	1 920 682	74 069	141 222	7,4 %	44,1 %

SOURCE : CNAMTS AU 01.01.2014, DÉNOMBREMENT DES BÉNÉFICIAIRES DU RÉGIME GÉNÉRAL HORS SLM  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

# POPULATION DÉMOSGRAPHIE ET MIGRATION ET SOCIALE

## Taux de pauvreté

Le taux de pauvreté correspond à la proportion d'individus (ou de ménages) dont le niveau de vie est inférieur, pour une année donnée, à un seuil, dénommé seuil de pauvreté (exprimé en euros).

L'Insee, comme Eurostat et les autres pays européens, mesure la pauvreté monétaire de manière relative alors que d'autres pays (comme les États-Unis ou l'Australie) ont une approche absolue.

Dans l'approche en terme relatifs, le seuil de pauvreté est déterminé par rapport à la distribution des niveaux de vie de l'ensemble de la population. On priviliege, en Europe, le seuil de 60 % du niveau de vie médian.

En 2015, le taux de pauvreté de la communauté de communes du Grand Chambord est de 7,9 %. Ce dernier est inférieur à ceux retrouvés aux niveaux départemental, régional et national (respectivement 12,8 %, 13,2 % et 14,9 %).

### TAUX DE PAUVRETÉ EN 2015 (EN %)

	Ensemble	Moins de 30 ans	30 à 39 ans	40 à 49 ans	50 à 59 ans	60 à 74 ans	75 ans et plus
<b>CC du Grand Chambord*</b>	<b>7,9</b>	<b>nd</b>	<b>8,2</b>	<b>9,4</b>	<b>8,9</b>	<b>5,0</b>	<b>nd</b>
Loir-et-Cher	12,8	21,1	16,8	16,2	13,0	6,8	6,3
Centre-Val de Loire	13,2	21,9	16,5	15,9	12,8	7,7	6,7
France hexagonal	14,9	23,0	17,4	17,6	14,8	9,5	8,4

SOURCES : INSEE-DGFiP-CNAF-CCMSA, FICHIER LOCALISÉ SOCIAL ET FISCAL  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE  
ND: NON DISPONIBLE  
\*INCLUANT COURMEMIN

# POPULATION ACTIVE PRECOCIALE : MÉTIERS ET COMPOSANTES ET SITUATION

## Emploi

En 2015, sur la CC du Grand Chambord, les professions intermédiaires et les employés sont la catégorie socioprofessionnelle la plus représentée (28,9 %). Les employés sont également la CSP la plus importante dans les autres territoires de référence (28,9 % dans le Loir-et-Cher, 28,6 % au niveau régional et 27,8 % au niveau national).

D'une manière générale, la CC comporte une proportion moindre de cadres et de professions intellectuelles supérieures (11,5 % contre 11,2 % dans le département, 13,5 % en région et 17,8 % au niveau national) d'agriculteurs (0,9 % pour la CC contre 2,3 % pour le Loir-et-Cher, 2,0 % pour la région Centre-Val de Loire et 1,6 % en France hexagonale) et d'ouvriers (23,7 % pour la CC contre 26,6 % pour le Loir-et-Cher, 24,0 % pour la région Centre-Val de Loire et 20,4 % en France hexagonale).

À l'inverse, le territoire compte davantage de professions intermédiaires (28,9 % contre 23,9 % dans le département, 25,7 % dans la région et 25,9 % en France hexagonale).

### POPULATION ACTIVE AYANT UN EMPLOI, PAR CSP

	Pop. active ayant un emploi en 2010	Pop. active ayant un emploi en 2015	Agriculteurs				Artisans, commerçants et chefs d'entreprise				Cadres et professions intellectuelles supérieures			
			Effectifs		% de la pop. active ayant un emploi		Effectifs		% de la pop. active ayant un emploi		Effectifs		% de la pop. active ayant un emploi	
			2010	2015	2010	2015	2010	2015	2010	2015	2010	2015	2010	2015
<b>CC du Grand Chambord</b>	<b>8 844</b>	<b>9 071</b>	<b>127</b>	<b>80</b>	<b>1,4</b>	<b>0,9</b>	<b>678</b>	<b>560</b>	<b>7,7</b>	<b>6,2</b>	<b>1 023</b>	<b>1 042</b>	<b>11,6</b>	<b>11,5</b>
Loir-et-Cher	132 513	131 852	3 221	3 050	2,4	2,3	8 796	9 301	6,6	7,1	14 092	14 749	10,6	11,2
Centre-Val de Loire	1 055 902	1 035 301	23 853	21 057	2,3	2,0	61 694	63 663	5,8	6,1	134 016	139 761	12,7	13,5
France hexagonale	26 122 655	26 136 190	474 092	426 277	1,8	1,6	1 595 358	1 710 468	6,1	6,5	4 348 604	4 651 305	16,6	17,8

	Professions intermédiaires				Employés				Ouvriers			
	Effectifs		% de la pop. active ayant un emploi		Effectifs		% de la pop. active ayant un emploi		Effectifs		% de la pop. active ayant un emploi	
	2010	2015	2010	2015	2010	2015	2010	2015	2010	2015	2010	2015
<b>CC du Grand Chambord</b>	<b>2 432</b>	<b>2 620</b>	<b>27,5</b>	<b>28,9</b>	<b>2 480</b>	<b>2 618</b>	<b>28,0</b>	<b>28,9</b>	<b>2 105</b>	<b>2 150</b>	<b>23,8</b>	<b>23,7</b>
Loir-et-Cher	30 818	31 468	23,3	23,9	38 340	38 147	28,9	28,9	37 246	35 138	28,1	26,6
Centre-Val de Loire	262 559	266 271	24,9	25,7	304 402	295 876	28,8	28,6	269 377	248 672	25,5	24,0
France hexagonale	6 591 215	6 760 811	25,2	25,9	7 361 466	7 254 073	28,2	27,8	5 751 920	5 333 256	22,0	20,4

SOURCE : INSEE (RP 2010-2015)  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

# POPULATION 2017 PREDOMINANTE INTERNE DES SOCIÉTÉS ET DES CHAMPS

## Chômage

Fin 2017, 1 395 demandeurs d'emploi de catégorie ABC ont été recensés au sein de la CC du Grand Chambord (dont 696 de catégorie A). Parmi eux, 693 sont des demandeurs d'emploi de longue durée, c'est-à-dire d'un an ou plus, soit 49,7 % de l'ensemble des demandeurs d'emploi de catégorie ABC (47,1 % dans le Loir-et-Cher et en Centre-Val de Loire, 45,0 % en France hexagonale).

Le territoire compte, en proportion, davantage de jeunes demandeurs d'emploi que dans le département, dans la région et au niveau national (15,4 % contre 14,0 % dans le Loir-et-Cher, 14,8 % en Centre-Val de Loire et 13,6 % en France hexagonale).

La CC du Grand Chambord a également un taux de femmes demandeuses d'emploi en fin de mois supérieur à ceux du département, de la région et du territoire national (51,0 % contre 47,3 %, 48,7 % et 48,4 %). Concernant les seniors demandeurs d'emploi en fin de mois, le Grand Chambord en compte davantage que les territoires de référence (31,5 % contre 29,5 % dans le Loir-et-Cher, 26,8 % en Centre-Val de Loire et 26,5 % en France hexagonale).

### STRUCTURE DES DEMANDEURS D'EMPLOI EN FIN DE MOIS AU 31.12.2017

	Nombre de DEFMA	Nombre de DEFM jeunes (moins de 25 ans) (A)		Nombre de DEFM femmes (A)		Nombre de DEFM séniors (50 ans et plus) (A)		% DEFM longue durée (ABC)
		Effectifs	% total DEFMA	Effectifs	% total DEFMA	Effectifs	% total DEFMA	
<b>CC du Grand Chambord*</b>	<b>696</b>	<b>107</b>	<b>15,4</b>	<b>355</b>	<b>51,0</b>	<b>219</b>	<b>31,5</b>	<b>49,7</b>
Loir-et-Cher	14 949	2 098	14,0	7 077	47,3	4 403	29,5	47,1
Centre-Val de Loire	128 666	19 071	14,8	62 682	48,7	34 441	26,8	47,1
France hexagonale	3 523 715	477 833	13,6	1 704 650	48,4	933 528	26,5	45,0

SOURCES : STMT, PÔLE EMPLOI CENTRE-VAL DE LOIRE AU 31.12.2017

EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

\*INCLANT COURMÉMIN

### TAUX DE CHÔMAGE DES 15-64 ANS EN 2015 (%)

	Taux de chômage des 15-64 ans (en %)
<b>CC du Grand Chambord</b>	<b>10,0</b>
Loir-et-Cher	12,6
Centre-Val de Loire	13,0
France hexagonale	13,7

Au recensement de population Insee 2015, le taux de chômage des 15-64 ans au sein de la CC du Grand Chambord était de 10,0 %, taux inférieur à ceux du département (12,6 %), de la région Centre-Val de Loire (13,0 %) et de la France hexagonale (13,7 %).

SOURCE : INSEE (RP 2015)  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

# FORMATION ET SCOLARISATION DANS LE GRAND CHAMBORD

## Les niveaux de formation

Selon le recensement de population de 2015, le taux de scolarisation des 16-24 ans du Grand Chambord atteint 56,0 %, soit un taux proche de celui observé dans le département (55,2 %) mais inférieur aux taux régional (58,5 %) et national (62,3 %).

Lorsqu'on compare les taux de scolarisation des 15-17 ans, le constat est globalement positif : en effet, sur le territoire de la CC, 96,9 % de ces jeunes sont scolarisés, proportion équivalente à ce qu'on observe aux échelles départementale (96,2 %), régionale (95,9 %) et nationale (96,1 %).

Ainsi, la différence de taux entre ces groupes d'âges s'explique essentiellement par le taux de scolarisation des 18-24 ans : il est de 38,7 % dans le Grand Chambord contre 39,1 % dans le Loir-et-Cher, 46,5 % en région et 52,7 % en France hexagonale.

### TAUX DE SCOLARISATION EN 2015 (EN %)

	16-24 ans	18-24 ans	15-17 ans
<b>CC du Grand Chambord</b>	<b>56,0</b>	<b>38,7</b>	<b>96,9</b>
Loir-et-Cher	55,2	39,1	96,2
Centre-Val de Loire	58,5	46,5	95,9
France hexagonale	62,3	52,7	96,1

SOURCE : INSEE (RP 2015)  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

### NIVEAUX DE FORMATION EN 2015

Population de 15-64 ans et plus non scolarisée en 2015	Sans qualification ou de faibles niveaux de formation (aucun diplôme, CEP, BEPC, Brevet des collèges)				Titulaires d'un Bac +2 et plus			
	Effectifs		% de la pop. de 15-64 ans et plus non scolarisée		Effectifs		% de la pop. de 15-64 ans et plus non scolarisée	
	2010	2015	2010	2015	2010	2015	2010	2015
<b>CC du Grand Chambord</b>	<b>11 364</b>	<b>2 727</b>	<b>1 969</b>	<b>23,6</b>	<b>17,3</b>	<b>2 720</b>	<b>3 137</b>	<b>23,5</b>
Loir-et-Cher	176 928	52 350	41 425	29,0	23,4	39 485	45 255	21,9
Centre-Val de Loire	1 380 798	383 284	307 981	27,2	22,3	346 854	393 995	24,6
France hexagonale	34 849 567	9 062 608	7 458 760	25,9	21,4	10 331 789	11 694 238	29,5
								33,6

SOURCE : INSEE (RP 2010, 2015)  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

En 2015, 1 969 individus âgés de 15 à 64 ans sans qualification ou avec de faibles niveaux de formation sont recensés dans le Grand Chambord. Ils représentent 17,3 % de la population de la classe d'âge non scolarisée, taux en baisse par rapport à 2010 (23,6 %), soit une baisse sur la période considérée de 6,3 points (758 personnes en moins). Cela traduit ainsi une amélioration de la situation depuis 2010. Le constat est le même dans les territoires de référence : le taux de personnes de 15-64 ans sans qualification ou d'un faible niveau de formation sur le territoire est inférieur à l'ensemble des territoires de référence (17,3 % contre 23,4 % dans le Loir-et-Cher, 22,3 % en Centre-Val de Loire et 21,4 % au niveau national).

27,6 % des 15-64 ans non scolarisés du territoire sont titulaires d'un bac+2 et plus. Bien qu'en augmentation depuis le recensement de 2010 (23,5 %), ce taux reste inférieur à ceux observés dans la région (28,5 %) et en France hexagonale (33,6 %) mais supérieur au taux départemental (25,6 %). Ces deux tendances, baisse du nombre de personnes sans qualification et/ou de faibles niveaux de formation et hausse du nombre de titulaires d'un bac+2 et plus, sont également perçues dans le Loir-et-Cher, dans la région et au niveau national.

# FOYER FISCAUX ET REVENUS FISCAUX DANS LE GRAND CHAMBORD

## Les revenus fiscaux par unités de consommation

D'après la DGFiP, la CC du Grand Chambord compte 11 399 foyers en 2016, dont 5 735 foyers fiscaux non imposés, ce qui représente 50,3 % de foyers fiscaux non imposés au cours de cette année, proportion inférieure à celles des territoires de référence (département : 57,6 % ; région : 56,4 % et France hexagonale : 55,7 %).

Le revenu net imposable moyen par foyer est de 28 304 euros au sein du Grand Chambord, en 2016. Ce montant est supérieur à celui du Loir-et-Cher (24 567 euros) et ceux des autres territoires de référence (24 984 euros en région Centre-Val de Loire et 26 774 euros en France hexagonale).

### REVENUS FISCAUX EN 2016

	Nombre de foyers fiscaux	Nombre de foyers fiscaux imposés	Nombre de foyers fiscaux non imposés	% de foyers fiscaux non imposés	Revenus nets imposables moyens par foyer fiscal (en euros)
<b>CC du Grand Chambord</b>	<b>11 399</b>	<b>5 664</b>	<b>5 735</b>	<b>50,3</b>	<b>28 304</b>
Loir-et-Cher	190 588	80 855	109 733	57,6	24 567
Centre-Val de Loire	1 464 018	637 740	826 278	56,4	24 984
France hexagonale	36 505 797	16 170 868	20 334 929	55,7	26 774

SOURCES : DGI.  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

## Synthèse de la rencontre avec les habitants, les élus et les professionnels

### Un territoire attractif

Les professionnels, élus et habitants rencontrés sont conscients des atouts du territoire en matière d'environnement et de qualité de vie. Celui-ci a des attraits de par sa nature (Loire, forêt), la typicité des villages, de la Sologne, une gastronomie locale et le tourisme lié aux châteaux de la Loire (domaine national de Chambord en premier lieu, mais aussi baignade naturelle du Grand Chambord, chocolaterie Max Vauché, maison de la Loire du Loir-et-Cher, château de Villesavin...). Composé de petites communes dans un environnement essentiellement rural, il permet d'y avoir une bonne qualité de vie, éloigné des pollutions et des nuisances urbaines. L'accès à l'immobilier reste très raisonnable, au moins pour les communes les plus rurales, tandis que certaines sont plus chères mais très attractives du fait de la proximité de l'agglomération Blésoise.

*Habitant : « La Sologne c'est joli, donc oui, c'est agréable d'y vivre. On a le château de Chambord, on a plein de choses à visiter tout autour de chez nous. C'est très touristique. »*

*Conseil développement : « Je pense que la qualité du territoire, elle dépend aussi de l'endroit où on habite sur le territoire et particulièrement par rapport à l'agglomération. Moi, je suis sur la frange agglomération Saint-Claude-de-Diray. Ce que j'apprécie, moi, c'est d'être dans la campagne où j'habite et d'avoir la proximité de l'aggo pour certaines choses, des animations... Il y a aussi la présence de médecins, de spécialistes, qu'il n'y a pas dans d'autres secteurs du territoire. »*

### Une nouvelle population plus jeune et aisée qui coexiste avec des populations moins favorisées

La part des jeunes est plus élevée que celle du Loir-et-Cher et celle des plus de 60 ans plus faible. Cela s'explique en partie par la proximité de l'agglomération qui permet à une grande partie ouest du territoire d'attirer des actifs, plutôt jeunes, en provenance de Blois. D'autres nouveaux habitants sont issus de grandes villes de la région comme Orléans ou Tours où ils continuent à travailler. Si le territoire comprend un grand nombre d'actifs, ceux-ci travaillent essentiellement à l'extérieur, dans les agglomérations. Le territoire est d'ailleurs partagé entre les sphères d'influences de Blois, Orléans et Romorantin.

Ces populations présentent un profil différent des habitants originaires du territoire, avec un niveau de vie et de qualification qui est globalement plus élevé. Leur présence impacte donc aussi les indicateurs sociaux (précarité, emploi, niveau de revenu, allocations) : les moyennes

marquent des disparités entre les populations. Certaines communes situées le long de la frontière est du territoire connaissent des populations à plus faibles revenus.

*Conseil développement : « Mont, je vois, c'est la moitié de la population aisée et l'autre moitié qui est mal aisée, qui est pauvre. Voilà, il faut dire les choses. »*

*Conseil développement : « Sur la moyenne d'âge et le fait qu'on constate quand même un afflux de jeunes, ils apprécient de vivre dans un tel environnement, avec des conditions d'habitation qui ne sont pas encore excessivement chers, par contre ils ne travaillent pas [ici], les flux quotidiens sont importants pour aller travailler à Blois, quand c'est pas Orléans. »*

Du point de vue économique, la centrale nucléaire de Saint-Laurent Nouan et le château de Chambord constituent des pôles économiques importants du Grand Chambord. Le territoire bénéficie aussi beaucoup de l'influence des villes de Blois et Orléans, et les communes les plus proches de celles-ci (à l'ouest notamment) sont aussi les plus dynamiques en termes de population et de services aux populations. Elles sont aussi celles sur lesquelles le niveau de vie a tendance à beaucoup augmenter, en lien avec l'extension de la couronne de Blois et la progression des prix de l'immobilier. Désormais, les jeunes couples primo-accédants sont contraints de s'éloigner un peu plus de l'agglomération pour trouver des terrains accessibles.

*Conseil développement : « Mont, les terrains ont triplé en 15-20 ans (...) Donc on voit bien que les premiers arrivants, avant, il y avait beaucoup de couples, jeunes avec 2-3 enfants mais qui étaient vraiment des jeunes couples. Maintenant, c'est plutôt des gens qui ont 40-45 ans qui ont une deuxième maison. »*

*Élu : « Ce ne sont pas des jeunes ménages qui achètent mais des gens qui vendent un premier bien et qui replacent l'argent : ils ont donc un peu plus de moyens pas besoin d'emprunter ou très peu et donc ça contribue à faire qu'on a des arrivants qui sont plutôt dans la tranche d'âge des plus de 65 ans. »*

*Élu : « Ils cherchent effectivement à acheter mais ils sont en concurrence avec une tranche d'âge qui a un peu plus de moyen souvent d'ailleurs ça crée une ségrégation dans notre population. »*

Contrairement à d'autres territoires, peu de populations en situation de précarité s'installent ici car le parc social y est peu développé. Ces arrivées sont donc généralement bien perçues par les acteurs du territoire, lui conférant un certain dynamisme, soutenant la natalité et la présence des écoles,

# QUALITÉ DE VIE

sans apporter de grandes problématiques sociales. Le territoire a vu sa population augmenter à la fois par l'arrivée de nouveaux habitants, et grâce à un renouvellement de population positif (solde naturel). Toutefois, ces nouveaux habitants ne s'intègrent pas toujours facilement à la vie locale et aux populations d'origine du territoire. Certains habitants membres du conseil de développement ont souligné à quel point ces populations se distinguent et ne font que coexister sur certaines communes. Certains villages, bien qu'ayant vu leur population grandir ou se maintenir avec ces nouveaux habitants, sont décrits comme des villages « dortoirs ». L'intégration y est difficile, ce qui interroge les élus et certains professionnels de l'Éducation nationale : l'investissement dans la vie locale et associative n'est parfois pas souhaité par ces habitants et la population d'origine ne s'y montre pas ouverte dans certains cas.

*Habitant : « On voit les anciens villages qui sont présents et les nouveaux arrivants comme moi, j'habite à Soings pareil, on nous appelle les colons. On a du mal à s'intégrer à une population qui est en place. Là-bas c'est Gaz de France, par exemple, comme St Laurent, donc il y a le Gaz de France, il y a les agriculteurs et tous ceux qui sont venus s'installer, on est les colons ! Et je pense qu'on peut le retrouver en Sologne parce que la terre en Sologne n'est pas ouverte comme ça, elle n'est pas facile d'accès. »*

*Habitant : « Nous, on est Tourangeaux. Mais on nous l'a bien fait sentir quand on est arrivé, il y a quand même 40 ans qu'on est à Mont-Près-Chambord, qu'on n'était pas du coin. On n'est pas de Mont-Près hein ! Et même 40 ans après, je pense qu'il y a encore des gens qui pensent qu'on n'est pas du coin. »*

*Habitant : « Les présidents des clubs de sport disent bien que non, c'est de la consommation et que pour trouver des gens qui veulent rentrer dans un bureau, s'investir et tout ça, ils viennent consommer. Et que pour accompagner les enfants, les gamins qui font du foot, il n'y a pas tant de parents que ça pour emmener des gamins... »*

## Des disparités d'accès aux services selon les communes

La communauté de communes bénéficie directement des services de l'agglomération de Blois qui en compte beaucoup. Paradoxalement, malgré la présence d'une population économiquement favorisée, il est difficile d'attirer une main d'œuvre qualifiée sur les emplois directement présents sur la communauté de communes : la population se déconcentre dans les zones périphériques du Blésois, tandis que les emplois tendent à se concentrer de plus en plus. La centrale nucléaire constitue une exception, elle est une source de revenus importante et draine avec elle un ensemble d'activités économiques secondaires.

L'arrivée continue de populations nécessite néanmoins le développement de structures et de services de proximité, dans un contexte où il est difficile pour les collectivités du territoire de recruter, tant dans les milieux éducatifs

que techniques ou administratifs. Certains services sont probablement à mutualiser sur ces communes de petite taille : elles ne peuvent répondre seules à toutes les demandes des populations.

*Élu : « Dans les collectivités territoriales, c'est dans tous les secteurs, il n'y a pas que l'animation qui peine à recruter aujourd'hui, ce sont tous les secteurs confondus qui peinent à recruter des personnes. »*

Les habitants de ces communes ne bénéficient pas d'un accès aussi facile aux services et aux activités culturelles et de loisirs, et doivent composer avec des déplacements en voiture.

*Conseil développement : « Quelqu'un qui va avoir accès à tous ces services va avoir une appréciation de la qualité de vie différente de quelqu'un qui est éloigné de tout service public, et quand on voit la raréfaction des services publics, on peut se poser des questions sur ce que va devenir le bien-être des populations. Il y a un certain mécontentement par rapport à cette raréfaction. »*

*Conseil développement : « Moi j'étais originaire de Bracieux, tous mes copains, les maisons c'était cher ici. Après Bracieux ça s'est démocratisé mais nous on s'est tous extradés vers le sud. Donc on est tous le long de la vallée du Cher et pourtant on a tous des boulots Blois ou autre, moi Mont-Près-Chambord... Et là-bas par contre, c'était des villages de 1 000 habitants, ils ont connu comme Mont un grandissement de la population qui fait que ça oblige à avoir des services de médecins ou autre et la difficulté, elle est la même là-bas. »*

## Un manque de transports en commun

Ces déplacements restent relativement courts étant donné la proximité de services sur les principales communes (Saint Laurent, Bracieux, Blois et son agglomération) et seules les populations sans aucun moyen de locomotion sont réellement pénalisées. La faible disponibilité des transports en commun pénalise les ménages qui n'ont qu'une voiture, les familles monoparentales, les jeunes et les personnes âgées. Concernant les jeunes, il semble que les aides pour l'obtention du permis soient assez bien connues (bourse CFA, fond d'aide aux jeunes du département pour des projets d'études ou professionnels) même si certains jeunes déscolarisés ne vont pas tous en être informés.

*Professionnel : « Ils viennent habiter à la campagne, c'est super beau le Grand Chambord, les balades en forêt, et quand elles se retrouvent toute seule avec un bébé qui vient de naître à la maison, c'est une catastrophe pour elle, elles sont complètement isolées, elles ne savent pas où aller, elles ne peuvent pour certaines aller nulle part parce qu'elles n'ont pas de moyens de locomotion. »*

*Conseil développement : « Dès qu'on n'a plus la possibilité de conduire, il y a de grosses difficultés. »*

# QUALITÉ DE VIE

*Conseil développement : « Au quotidien, et même les personnes âgées, pas trop âgées, quand vous habitez sur un village où il n'y a pas de commerce, vous faites comment ? C'est difficile. »*

La mobilité constitue donc une problématique qui touche une faible part de la population mais qui est importante pour celle-ci. Le réseau de transports en commun est insuffisant même en considérant les seules liaisons entre les communes comme Mont-Près-Chambord et Blois, où très peu de bus circulent. Au sein de la communauté de communes également, il n'y a pas de ligne régulière entre les pôles principaux (Mont-Près-Chambord, Bracieux, Saint-Laurent).

*Professionnel : « Je rebondis parce que Mont-Près-Chambord/Blois, ce n'est pas si simple que ça alors que ça paraît si proche et en fait c'est compliqué pour certaines familles qui n'ont pas de moyens de transport puisqu'il n'y a pas assez, alors il y a des bus mais à des horaires bien précis et c'est très compliqué de faire Blois/Mont-Près-Chambord pour certaines familles. »*

*Professionnel : « Nous, je vois à Saint Laurent, on a une convention avec un taxi, les gens viennent prendre le taxi et après la commune, enfin le CCAS en prend une partie pour diminuer les coûts. Parce que même des bus qui circulent sur les routes à notre époque et qu'il y a 3 ou 4 personnes dedans parce que les horaires ne vont jamais et qu'on a des grands bus qui se baladent avec 3 personnes à l'intérieur. »*

*Professionnel : « Il y a une ligne quoi : une à 7h et l'autre à 18h. »*

Il semble donc important de développer des solutions en termes de mobilité qui permettront le soutien à l'autonomie des personnes âgées mais aussi l'accueil de stagiaires sur les entreprises du territoire. Ces développements de transports restent compliqués à mettre en œuvre à une échelle suffisante, en restant économiquement tenables. En son absence, les solidarités de voisinage ont actuellement une fonction importante dans les petites communes, auprès des personnes âgées entre autres.

*Professionnel : « Moi j'ai pu constater vraiment cet aspect familial, grande famille en fait à La Ferté. Nous, c'est vraiment beaucoup d'entraide le matin, enfin même le soir, où une famille va chercher 4 ou 5 enfants d'un coup en fait. Et c'est de l'entraide entre elles énormément. Pareil pour le mercredi. »*

*Conseil développement : « Moi sur mon village, il y a quand même beaucoup de gens qui spontanément, bénévolement vont visiter plein de gens, il y a vraiment une solidarité désintéressée. »*

Toutefois, l'intégration des nouveaux habitants étant moindre, ils seront moins susceptibles à l'avenir de constituer un soutien importante pour la population locale qui vieillit.

*Conseil développement : « Il y a un certain nombre de gens qui ont leurs journées à l'extérieur et qui, le soir, sont chez eux, s'occupent pas trop de leurs voisins. »*

*Conseil développement : « Il n'empêche qu'il y aura une population vieillissante et il va y avoir un besoin d'aidants, pas forcément officiels, qui devrait augmenter. Et est-ce qu'on aura toujours autant de volonté derrière ? »*

Les élus constituent un secours très important des habitants de ces petites communes pour la diversité des difficultés qui peuvent être rencontrées, y compris dans l'urgence. Cette qualité repose toutefois sur la capacité d'investissement des maires de ces communes et est limitée par la technicité de certaines démarches qui relèvent d'un CCAS ou d'autres organismes. Dans ce contexte, le développement de permanences locales de maisons de services au public (MSAP) permettra d'apporter au plus proche des populations l'accès aux compétences spécialisées de plusieurs institutions

*Élu : « Moi je vois à Neuvy, je connais tous les habitants et je sais quand il y a un problème, on se déplace, on y va tout de suite et les gens quand ils ont un problème, où ils vont en premier ? C'est à la mairie ! »*

*Élu : « Un bémol c'est vraiment le CCAS, c'est le maire. En fait, le problème dans ces communes, s'il y a une famille en difficulté, c'est M. le Maire qui fait tout. C'est-à-dire qui va voir la banque alimentaire, qui s'occupe de ces familles dans le besoin, c'est grâce à la proximité mais je pense que c'est aussi une volonté d'élu. »*

*Élu : « C'est ce qui existe dans la communauté juste à côté (communauté Beauce-Val de Loire). C'est en camionnette. (...) Il y a un programme et en un an, ça a marché super bien donc ils rajoutent des permanences en plus dans les points les plus fréquentés. Les personnes qui renseignent viennent faire des formations à la Caf, nous elles viennent de temps en temps et couvrent ce que demandent les gens, elles arrivent à répondre à un premier niveau d'information assez bien. »*

La bonne interconnaissance dans les petits villages et la proximité avec les élus sont globalement des atouts mais leur contrepartie est qu'elles sont susceptibles de limiter le recours aux aides publiques d'une partie de la population, pour laquelle cette démarche est stigmatisante.

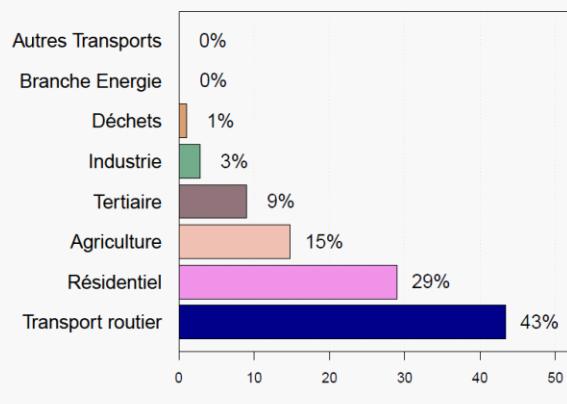
*Élu : « du fait que l'on se connaisse dans nos territoires ruraux moins peuplés inhibe une forme de demande alors qu'en ville on est plus anonyme donc il suffit de demander. »*

## L'inventaire des émissions de gaz à effet de serre

En 2012, les émissions de gaz à effet de serre (GES) de la région Centre-Val de Loire s'élèvent à 18 759 209 tonnes équivalents CO<sub>2</sub>, 2 336 780 tonnes équivalent CO<sub>2</sub> (soit 12 % des émissions régionales de GES) dans le Loir-et-Cher et 82 129 tonnes équivalent CO<sub>2</sub> (0,4 % des émissions régionales de GES et 3,5 % des émissions départementales) au sein du Grand Chambord.

Le secteur transport routier constitue le premier secteur émetteur sur le territoire (31 % en région, 43 % dans le département et au sein du Grand Chambord), suivi par le secteur agriculture (21 % en région, 23 % dans le département et 15 % au sein de la CC) et le secteur résidentiel (20 % en région, 19 % dans le département et 29 % au sein de la CC).

Contribution des secteurs aux émissions de GES



Source : Lig'Air - Inventaire des émissions 2016 v2.2 mars (2019)

SOURCE : FICHE TERRITORIAL CLIMAT AIR ENERGIE, LIG'AIR  
LIG'AIR - INVENTAIRE DES ÉMISSIONS 2016 V2.2 (MARS 2019)  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

## Le réseau de surveillance de la qualité de l'air

La région Centre-Val de Loire peut être scindée en 5 zones administratives de surveillance (ZAS) :

- Zone agglomération (ZAG) d'Orléans : regroupe les communes du SCOT d'Orléans,
- ZAG de Tours : regroupe les communes du SCOT de Tours,
- 2 Zones à risque (ZAR) :
  - ZAR Blois correspondant au SCOT de Blois,
  - ZAR Chartres-Dreux correspondant au SCOT de Chartres plus le SCOT de Dreux (SCOTS limitrophes constituant une zone à risque homogène),
- Zone régionale (ZR) Centre-Val de Loire : regroupe les autres communes de la région Centre-Val de Loire.

En 2017, le réseau régional est constitué de 23 stations fixes complété par la modélisation régionale qui permet une évaluation des polluants réglementés (O<sub>3</sub>, NO<sub>2</sub>, PM<sub>10</sub>, PM<sub>2,5</sub> et C<sub>6</sub>H<sub>6</sub>) sur l'ensemble du territoire du Centre-Val de Loire. Dans les six préfectures départementales, les évaluations du dioxyde d'azote (NO<sub>2</sub>), des particules PM<sub>10</sub> de l'ozone (O<sub>3</sub>) et du benzène (C<sub>6</sub>H<sub>6</sub>) sont également réalisées par la modélisation urbaine à haute résolution.

En région Centre-Val de Loire, les oxydes d'azote sont principalement émis par le trafic routier. Cependant, l'année 2017 confirme la baisse des niveaux en dioxyde d'azote observés depuis 2011 (-50 % en site trafic depuis 2011 et -30 % en site de fond). Il faut cependant rester vigilant au regard des cartes urbaines de modélisation qui montrent

toutefois des zones où le risque de dépassements peut encore exister.

Les particules en suspension peuvent altérer la fonction respiratoire des personnes sensibles (personnes âgées, enfants, asthmatiques). Le secteur agriculture/sylviculture/aquaculture est celui qui émet le plus de particules en suspension, mais également celles inférieures à 10 µm (PM<sub>10</sub>). *A contrario*, les émissions de particules en suspension plus fines (PM<sub>2,5</sub> et PM<sub>10</sub>) proviennent principalement du secteur résidentiel.

Les particules en suspension PM<sub>10</sub> présentent un profil saisonnier en région Centre-Val de Loire. En effet, elles se caractérisent par des niveaux relativement élevés en période hivernale et des concentrations assez faibles en période estivale. Le secteur agriculture/sylviculture/aquaculture est majoritaire avec 40 % des émissions régionales, suivi du secteur résidentiel (29 %), du transport routier (15 %) et de l'industrie (14 %).

La carte suivante représente le cadastre des émissions à l'échelle du km<sup>2</sup> des particules en suspension inférieures à 10 µm. Ces émissions sont localisées essentiellement au niveau des grandes agglomérations ainsi que sur les terres agricoles, les carrières, autour de certaines grandes industries et des axes routiers. En région Centre-Val de Loire, les concentrations annuelles en PM<sub>10</sub> sont globalement homogènes et respectent la valeur limite annuelle de

## Qualité de l'air et pollution

40  $\mu\text{m}/\text{m}^3$ . Malgré deux épisodes de pollution en  $\text{PM}_{10}$  dans notre région en 2017, les valeurs limites annuelles ont été largement respectées. Il convient de souligner une baisse générale importante des niveaux en particules en suspension  $\text{PM}_{10}$  depuis 2011 d'environ 30 % en sites de fond et d'environ 25 % en sites trafic.

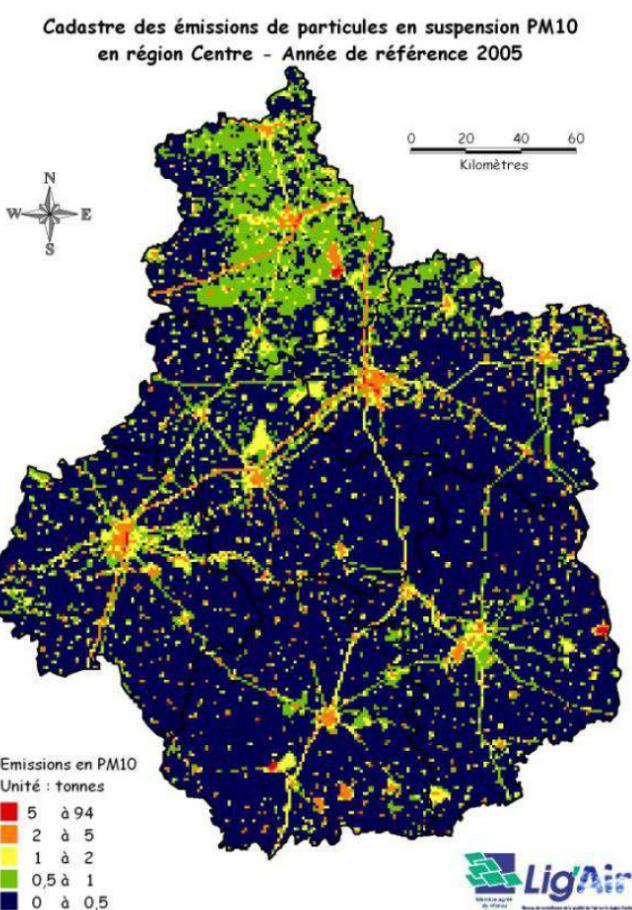
Depuis la directive du 21 mai 2008 sur la qualité de l'air définissant une valeur limite de 25  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  à respecter en 2015, les concentrations de  $\text{PM}_{2,5}$  sont encadrées réglementairement. Le Grenelle de l'Environnement a fixé les objectifs de réduction des concentrations de  $\text{PM}_{2,5}$  d'ici 2015 à 30 % sur l'ensemble du territoire, y compris en proximité de trafic.

Le secteur résidentiel est à l'origine de 43,8 % des émissions de particules en suspension inférieures à 2,5  $\mu\text{m}$  en région Centre-Val de Loire (6 149 tonnes en 2008), suivi du secteur agricole avec 24 % des émissions régionales. En 2005, selon Lig'Air, 95,5 % des émissions de  $\text{PM}_{2,5}$  du secteur résidentiel émanent du chauffage au bois.

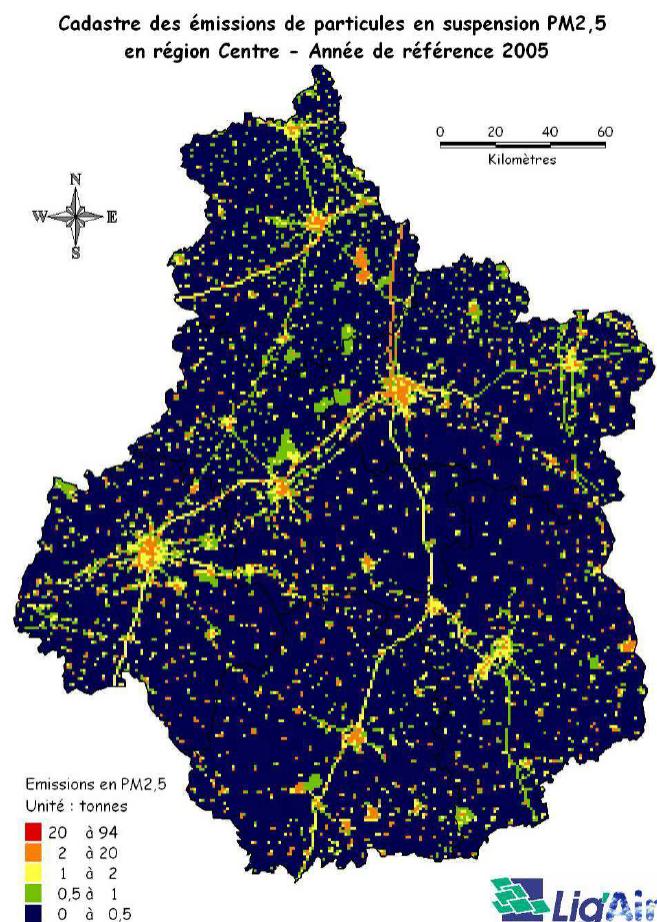
Depuis la mise en place de l'évaluation en 2007, sont relevées des concentrations annuelles homogènes inférieures à 25  $\mu\text{g}/\text{m}^3$ . En 2017, les particules en suspension  $\text{PM}_{2,5}$  ont largement respecté la valeur limite annuelle fixée à 25  $\mu\text{g}/\text{m}^3$ . Toutefois, les concentrations enregistrées sur quatre des six sites dépassent l'objectif de qualité (10  $\mu\text{g}/\text{m}^3$ ) tout en restant inférieures à la valeur cible de 20  $\mu\text{g}/\text{m}^3$ . À l'instar des  $\text{PM}_{10}$ , depuis 2011, on note une baisse importante des niveaux en  $\text{PM}_{2,5}$  de plus de 35 % en moyenne sur l'ensemble des 6 sites de mesure de ce polluant. Le secteur résidentiel est le principal émetteur de monoxyde de carbone avec 57,4 % des émissions en région (24 % pour le transport routier et 16 % pour l'agriculture/sylviculture/aquaculture).

Le dioxyde de soufre est un gaz très irritant pour l'appareil respiratoire car il provoque des affections telles que les toux, les gênes respiratoires et les maladies ORL. Le secteur industrie/traitement de déchets/construction est prédominant pour les émissions de dioxyde de souffre avec 44,7 % des émissions régionales, soit 3 418 tonnes. Il est suivi par le secteur résidentiel avec 1 838 tonnes d'émissions (24 %), l'agriculture/sylviculture/aquaculture avec 13 % et le tertiaire avec 12 %.

### CARTE DES PARTICULES EN SUSPENSION $\text{PM}_{10}$



### CARTE DES PARTICULES EN SUSPENSION $\text{PM}_{2,5}$



SOURCE : SRCAE, LIG'AIR (JUIN 2011)  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

SOURCE : SRCAE, LIG'AIR (JUIN 2011)  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

## Les zones sensibles

Les zones sensibles sont définies par l'article R-222-2-I du code de l'Environnement. Elles sont constituées par des zones au sein desquelles les orientations du SRCAE relatives à la qualité de l'air doivent être renforcées en raison de l'existence simultanée de risques de dépassement des valeurs limites de qualité de l'air et de circonstances particulières locales liées :

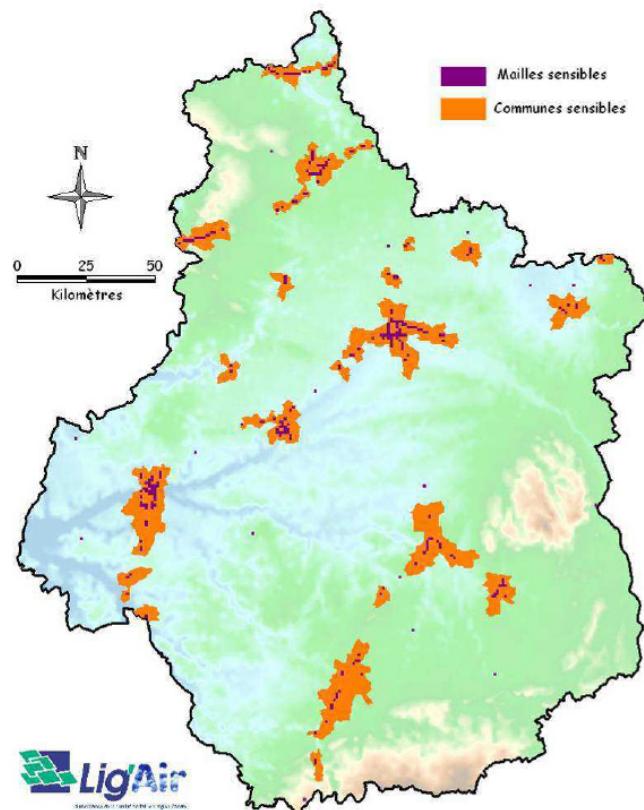
- à la densité de population ;
- aux milieux naturels ;
- aux caractéristiques topographiques ;
- le cas échéant, aux enjeux de préservation du patrimoine, de développement du tourisme et de protection des milieux agricoles.

Les zones sensibles en région Centre-Val de Loire ont été construites sur la base de critères de surémissions d'oxyde d'azote par rapport à des émissions moyennes. Cette construction est fondée sur l'inventaire des émissions d'oxyde d'azote calculées par Lig'Air pour l'année de référence 2005. La sensibilité d'une commune est définie au regard de l'un des trois critères suivants (contient ou recoupe au moins deux mailles sensibles, contient ou recoupe deux mailles au maximum dont l'une au moins est sensible, contient ou recoupe une maille sensible et est adjacente à une commune sélectionnée selon la condition 1 ou 2).

Au total, 141 communes de la région répondent ainsi à l'un de ces critères, soit 2 742 km<sup>2</sup> et une population de 1 125 848 habitants (source : Insee RP 2006). Ces communes sensibles représentent 6,9 % du territoire et regroupent 44,9 % de la population en région Centre-Val de Loire.

Aucune commune du Grand Chambord n'est répertoriée comme zone sensible.

### CARTE DES COMMUNES SENSIBLES



SOURCE : SRCAE, LIG'AIR (JUIN 2011)  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

## Les eaux d'alimentation de la Communauté de communes du Grand Chambord

De nombreux micro-organismes (bactéries, virus, parasites) sont présents dans les eaux dont certains sont vecteurs de maladies pour l'homme. La qualité microbiologique des eaux demeure une préoccupation sanitaire essentielle. La non-conformité bactériologique peut-être appréciée à partir de l'importance de dépassement de deux seuils suivants : 30 % de non-conformité (pour les petites unités de distribution) et 5 % de non-conformité (pour les grandes unités de distribution). En 2017, l'unité de distribution de Saint-Laurent-Nouan a un pourcentage de non-conformité bactériologique compris entre 5 % et 30 % inclus.

Les nitrates transformés en nitrites dans l'organisme peuvent, par la modification des propriétés de l'hémoglobine du sang, empêcher un transport correct de l'oxygène par les globules rouges. La directive européenne du 3 novembre 1998 relative à la qualité des eaux destinées à la consommation humaine a fixé à 50 mg/l la concentration maximale admissible en nitrates. Cette limite a été reprise par le Code de la santé publique. En 2017, toutes les communes du territoire ont une teneur moyenne en nitrates inférieures à 25 mg/l.

Les effets sur la santé des pesticides sont surtout connus dans le cas d'intoxications professionnelles suite à l'exposition accidentelle à un produit concentré. À de très fortes doses, l'intoxication dite « aiguë » se manifeste par des troubles nerveux, digestifs, respiratoires, cardiovasculaires ou musculaires. Le Code de la santé publique, basé sur la directive européenne n° 98/83/CE, fixe, pour les pesticides, les limites de qualité suivantes :

- 0,1 microgramme par litre (µg/l) par substance quelle que soit la matière active et la toxicité (sauf l'aldrine, la dieldrine, l'heptachlore et l'heptachlorépoxyde : 0,03 µg/l),
- 0,5 µg/l pour la totalité des substances.

Outre l'atrazine et les molécules résultant de sa dégradation, 3 autres substances ont été à l'origine de non-conformités en 2017. Aucune restriction de l'utilisation de l'eau pour les usages alimentaires n'a été prononcée. En 2017, l'unité de distribution de Vineuil/Saint-Claude-de-Diray/Huisseau-sur-Cosson (0,18 µg/l en 2,6 dichlorobenzamid) présente une non-conformité avec une teneur maximale en 2,6 dichlorobenzamid supérieure à la réglementation.

Les départements du Loiret, de l'Eure-et-Loir et du Loir-et-Cher sont les départements les plus concernés par ces non-conformités récurrentes. Au regard des molécules recherchées dans le cadre du contrôle sanitaire des eaux ces dix dernières années, une diminution du nombre d'unités de distribution et de la population concernées est malgré tout constatée. Il convient de moduler ce constat puisque, depuis le début de l'année 2018, la recherche de nouvelles molécules, issues notamment de la dégradation du métolachlore et du métazachlore (herbicides), a entraîné une hausse sensible des non-conformités (sans nécessité de restriction de l'usage de l'eau).

SOURCES : LES EAUX D'ALIMENTATION EN RÉGION CENTRE-VAL DE LOIRE  
DONNÉES 2015. ARS CENTRE-VAL DE LOIRE

## Le parc privé potentiellement indigne (PPPI)

Le parc privé potentiellement indigne (PPPI) est un outil de pré-repérage des logements indignes qui permet, à partir du foncier Filocom (fichier des logements par commune), de hiérarchiser les territoires en fonction du nombre et de la densité du PPPI de chacun et de caractériser les situations d'habitat indigne.

La CC du Grand Chambord compte, en 2015, 266 résidences principales du PPPI, ce qui correspond à 3,1 % du parc privé de résidences principales du territoire. Le taux de PPPI est inférieur à celui du département (4,1 %) et de la région (5,0 %). Parmi le PPPI, on estime à 70,3 % la part du parc datant d'avant 1949, soit un taux inférieur au département et à la région (respectivement 75,8 % et 73,9 %).

### LE PARC PRIVÉ POTENTIELLEMENT INDIGNE EN 2015

	Parc privé potentiellement indigne (PPPI)	Population PPPI	Parc privé	Parc du PPPI parmi le parc privé	PPPI<1949	Part du PPPI<1949 parmi l'ensemble du PPPI
CC du Grand Chambord	<b>266</b>	<b>493</b>	<b>8 447</b>	<b>3,1 %</b>	<b>187</b>	<b>70,3 %</b>
Loir-et-Cher	5 447	10 297	132 401	4,1 %	4 128	75,8 %
Centre-Val de Loire	48 483	95 531	979 221	5,0 %	35 839	73,9 %

SOURCES : PPPI 2015 (FICHIER FILOCOM, DREAL CENTRE-VAL DE LOIRE)  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

## Ressources disponibles sur le territoire

La Maison de la Loire du Loir-et-Cher située à Saint-Dyé-sur-Loire mène une mission générale d'éducation à l'environnement ligérien, de sensibilisation et de découverte du patrimoine naturel et culturel. Elle assure ainsi l'accueil, la sensibilisation et l'éducation à l'environnement.

# DIAGNOSTIC LOCAL DE SANTÉ DU LOIR-ET-CHER - 2016

## COMMUNAUTÉ D'AGGLOMÉRATION SAINTE-FAMILLE

LE DIAGNOSTIC LOCAL DE SANTÉ DU  
LOIR-ET-CHER

ET LES COMMUNES DE LA COMMUNAUTÉ D'AGGLOMÉRATION  
SAINTE-FAMILLE

### Préambule

#### *"Grand Chambord, un territoire dynamique*

La Communauté du Grand Chambord, singulièrement articulée autour de 3 petits pôles, connaît un grand **essor démographique et économique**.

De nombreux ménages, jeunes, actifs et ayant des enfants, s'y installent en provenance des aires urbaines voisines, où ils travaillent. La croissance, rapide, demeure le double de celle du Loir-et-Cher.

**Le territoire en est considérablement modifié et rajeuni, avec une population plutôt aisée et active**, bien occupée, et assez peu confrontée à des situations sociales difficiles. La communauté apparaît avant tout comme résidentielle, avec un faible volume d'emplois et d'importants flux entre domicile et travail, et un parc de logements progressant vite.

**L'économie locale, dominée par l'industrie, l'agriculture et le BTP, est florissante et fortement créatrice d'emplois.** Deux sites majeurs la marquent de leur empreinte.

La Centrale nucléaire, comptant 800 agents, fait de Saint-Laurent-Nouan le premier pôle économique. Il explique le poids considérable de l'industrie observé pour Grand Chambord, très dépendante de ce site dont l'exploitation vient d'être prolongée.

Le Domaine national de Chambord, géant du tourisme, est le plus fort vecteur de son identité, permettant à la communauté de concentrer le cinquième des entrées touristiques du département. Fort de 220 emplois à Chambord, il draine dans son sillage un flux considérable d'activités.

Le tourisme devrait être au centre du développement à venir du territoire, grâce à des projets multiples et ambitieux."

Les études de l'observatoire n° 76 – Portrait de territoire de la CC Grand Chambord – Mai 2016  
– Observatoire de l'Economie et des Territoires

# DIAGNOSTIC LOCAL DE SANTÉ EN VUE DE L'ÉLABORATION DU CONTRAT LOCAL DE SANTÉ

## Présentation de la Communauté de Communes Grand Chambord

### □ Des caractéristiques de la population de la CCGC

#### □ Structure familiale des habitants de la communauté, basée sur les allocataires de la Caf 41

La communauté de communes compte :

- **2 802 allocataires Caf** (=nombre de dossiers), ce qui représente
- **8 383 personnes** couvertes par la Caf.

Soit 40,78 % de la population de la communauté couverte par la Caf 41.

*NB : Un **allocataire** est un responsable de dossier, qui a perçu au moins une prestation légale au titre du mois de décembre 2016. Les personnes couvertes par les prestations sont les **allocataires**, leurs conjoints ou concubins et les enfants et autres personnes qu'ils peuvent avoir à charge. Le taux de couverture Caf est la part de la population totale qui est couverte par au moins une prestation légale.*

#### □ L'enfance jeunesse

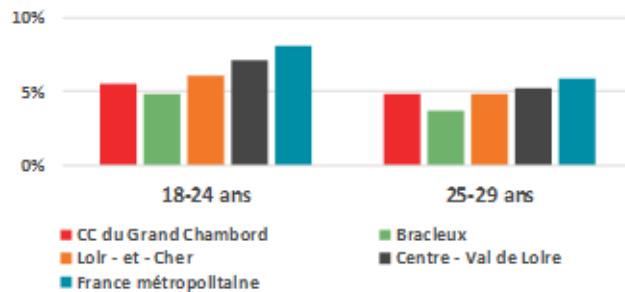
Le nombre de jeunes et son évolution dans la population de la communauté (Insee Rgp 2011 et 2016)

	2011	2016	Evolution
<b>6-10 ans</b>	1 320	1 378	<b>+4%</b>
<b>11-14 ans</b>	1 005	1 052	<b>+5%</b>
<b>15-17 ans</b>	755	738	<b>-2%</b>
<b>18-24 ans</b>	1 136	1 130	<b>-1%</b>
<b>Total EPCI</b>	5 253	5 248	<b>-0%</b>
<b>Total Loir-et-Cher</b>	84 444	84 054	<b>0%</b>

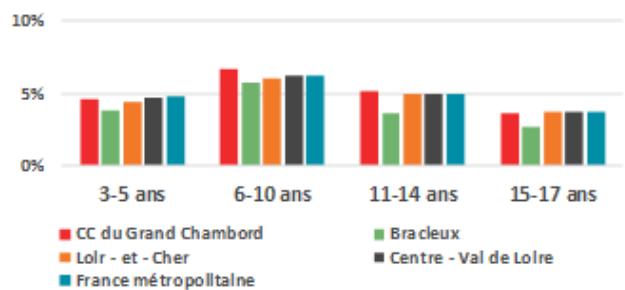
Source : INSEE RGP 2016

# LE GRAND CHAMBERT DE LA CHAP DE LOIR-ET-CHER

## PART DES 18-29 ANS AU SEIN DE LA POPULATION



## PART DES 3-17 ANS AU SEIN DE LA POPULATION

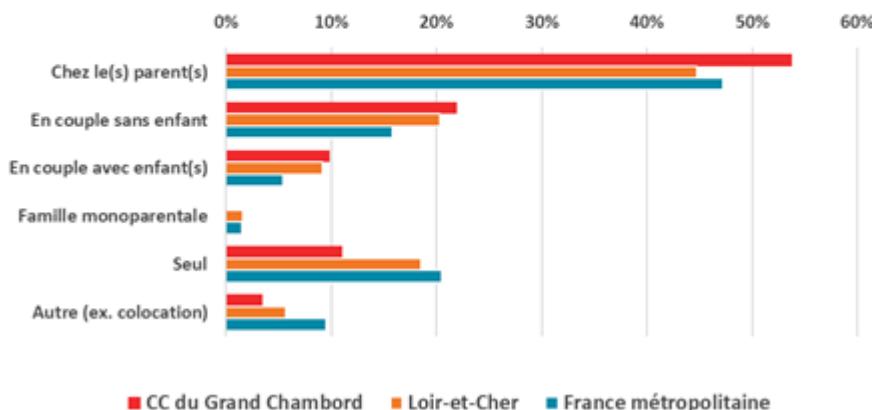


Source : INSEE RGP 2016

- En 2016, la part des 15-17 ans était de 3,6 % pour la CC Grand Chambord contre 3,7 % pour le Loir et Cher et la France Métropolitaine.
- La part des 18-29 ans était de 5,5 % pour la CC Grand Chambord contre 6,1 % pour le Loir et Cher et 8,1 % pour la France Métropolitaine.

# LES DÉMOCRÉS DE LA CAF DU LOIR-ET-CHER

## MODE DE COHABITATION DES 20-24 ANS



Source : INSEE RGP 2016

En 2016, 53,7 % des 20-24 ans de la communauté vivaient chez leurs parents, contre 45 % en Loir-et-Cher et 47 % en France métropolitaine.

### La monoparentalité en progression

La communauté de communes compte **442 familles monoparentales** bénéficiaires de prestations de la Caf :

- 215 familles ont 1 enfant
- 168 familles ont 2 enfants
- 59 familles ont 3 enfants et plus

Cela représente **15,77 %** des dossiers allocataires Caf avec une progression de 11,90 % entre 2013 et 2018. Au niveau du département, les familles monoparentales représentent **15,41 %**.



Parmi ces 442 familles monoparentales:

- 34 ont au moins un enfant de moins de 3 ans
- 101 ont au moins un enfant de moins de 6 ans

# LES DÉMANGEAUX DE LA CAF EN 2018

## LOIR-ET-CHER

- *La monoparentalité est en progression sur la CCGC de 11,90 %.*
- *La proportion de familles monoparentales parmi les familles connues de la Caf est la même sur la CCGC que sur l'ensemble du département.*

### □ Le handicap

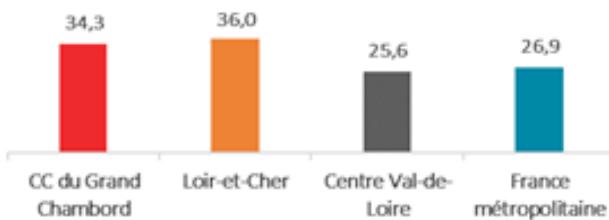
Voici les bénéficiaires Caf sur les aides liées à l'handicap au 31 décembre 2018 :

	CCGC		Loir-et-Cher	
	Nombre ou Montant	% d'allocataire	Nombre ou Montant	% d'allocataire
<b>Nombre de bénéficiaires de l'AAH</b>	194	6,92%	6049	11,04%
<b>Montant versé sur l'année au titre de l'AAH (sans complément)</b>	1 311 454		44 549 169	
<b>Nombre de familles bénéficiaires de l'AEEH</b>	83	2,96%	1670	3,05%
<b>Montant versé sur l'année au titre de l'AEEH</b>	205 502		3 830 291	

Source : Données Caf au 31.12.2018

### FOCUS HANDICAP /

**Nombre bénéficiaires de l'AEEH ou de l'AAH pour les moins de 25 ans, pour 1000 allocataires**



En 2018, il y avait dans la CC du Grand Chambord 34,3 bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé (AAH) ou éducation enfant handicapé (AEEH) pour 1000 allocataires de moins de 25 ans.

Source : Caf de Loir-et-Cher 2018

# LES DERNIÈRES DE LA CAF DU LORRAINE-ET-CHAMPAGNE

**L'AAH** est une aide financière qui permet d'assurer un minimum de ressources. Cette aide est attribuée sous réserve de respecter des critères d'incapacité, d'âge, de résidence et de ressources. Elle est accordée sur décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées. Son montant vient compléter les éventuelles autres ressources de la personne en situation de handicap.

L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (**AEEH**) est une prestation familiale versée par les caisses d'allocations familiales (Caf) ou les caisses de MSA pour les personnes qui relèvent du régime agricole. Cette allocation a pour but d'aider les familles à faire face aux frais supplémentaires qu'entraîne le handicap d'un enfant à charge de moins de 20 ans. Elle est composée d'un montant de base auquel s'ajoutent éventuellement un complément qui varie en fonction de la nature et de la gravité du handicap et une majoration pour parent isolé.

- *La proportion de bénéficiaires de l'AAH est inférieure sur la CCGC que sur l'ensemble du département.*
- *Dans la CCGC, 26,6 % des enfants bénéficiaires de l'AEEH vivent dans une famille monoparentale.*



# DOSSIER DE LA CAF DU LOIR-ET-CHER

## □ Des indicateurs de la situation économique de la population de la CCGC

- Un indicateur pour mesurer la situation économique des habitants : le type de prestations versées par la Caf aux allocataires de la CCGC

	CCGC	Loir-et-Cher	
Au 31/12/2018	Nombre	% D'allocataires concernés	% d'allocataires concernés
Prestations d'entretien	1 752	62,5%	49,0%
Prestations naissance jeune enfant	562	20,1%	16,2%
Prestations liées au logement	751	26,8%	45,1%
Revenu garanti et complément	999 *	35,7%	45,5%

Source : Données Caf au 31.12.2018

Les prestations d'entretien recouvrent	⇒	Allocations familiales, Complément familial, Allocation de rentrée scolaire, Allocation d'Education de l'enfant handicapé, Allocation journalière de présence parentale
Les prestations naissance jeune enfant	⇒	Prestation d'accueil du jeune enfant
Les prestations liées au logement	⇒	Allocation de logement social, Allocation de logement familial, Allocation personnalisée au logement
Le Revenu garanti et complément	⇒	Allocation aux adultes handicapés, Complément à l'allocation aux adultes handicapés, Revenu de solidarité active, Prime d'activité

Remarque : Un même allocataire peut ici se retrouver dans plusieurs catégories. Ainsi, à titre d'exemple, un allocataire peut percevoir une allocation de logement social et des allocations familiales.

## LES DROITS SOCIAUX DE LA CAF DU LOUVRIN-ET-CHAMONIX

### Un autre indicateur : le droit à l'Allocation de Rentrée Scolaire



**1 216 enfants**

de la CCGC connus de la Caf, ouvrent droit à l'ARS

**459 433 €**

Montant total de l'ARS versée par la Caf en 2018 pour les enfants de la CCGC

**377,82 €**

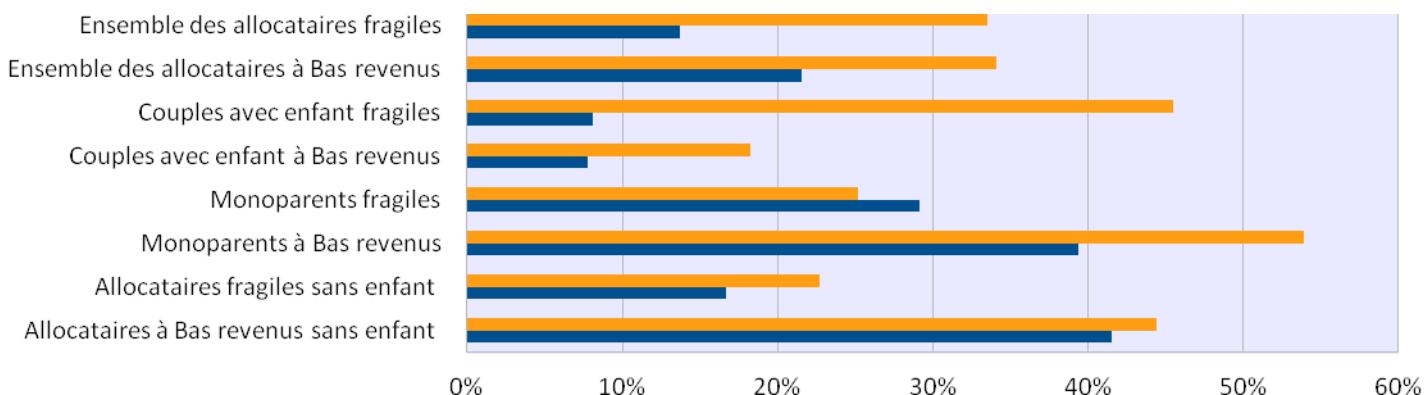
Montant moyen de l'ARS versée par enfant sur la CCGC

***L'Allocation de rentrée scolaire (ARS) est versée, sous conditions de ressources, aux familles ayant au moins un enfant scolarisé et âgé de 6 à 18 ans. Elle permet d'aider les familles à financer les dépenses de la rentrée scolaire. Son montant dépend de l'âge de l'enfant.***

# LES DÉMOCRÉS DE LA CAF DU QUÉBEC ET QUÉBEC

## Part des allocataires Caf les plus fragiles

*Pourcentage d'allocataires fragiles ou à bas revenus selon la zone géographique*



Source : Données Caf au 31.12.2018

**Bas revenus** : En 2018, le seuil de bas revenus est de 1 071 par unité de consommation.  
**Familles fragiles** : Allocataires vivant au-dessus du seuil de bas revenus grâce aux prestations de la Caf.  
**Le Revenu par unité de consommation** rapporte le revenu disponible des allocataires (revenus+ prestations) au nombre d'unité de consommation (UC=1 pour l'allocataire, 0,5 par adulte et enfant de 14 ans ou plus, 0,3 par enfant de moins de 14 ans. On ajoute 0,2 pour les familles monoparentales.)

- Parmi les familles monoparentales connues de la Caf, 68,56 % sont soit à bas revenus, soit des familles économiquement fragiles.
- Sur le territoire de la CCGC, 15,84 % des couples avec enfant allocataires de la Caf ont soit de bas revenus ou sont des familles fragiles (soit quatre fois moins que l'ensemble du département).
- 21,56 % des allocataires Caf de la CCGC sont considérés comme ayant des bas revenus contre 34,09 % sur l'ensemble du département.

# LES DÉMOCRÉS DE LA CAF DU LOIR-ET-CHER

## □ Activité des parents d'enfants connus de la Caf, selon l'âge des enfants

	0-2 ans	3-5 ans	Total 0-5 ans
<b>Nombre d'enfants Caf au 31/12/2018</b>	539	554	1 093
<b>Dont parent(s) bi-actifs</b>	426	464	890
<b>% parents bi-actifs</b>	79,04%	83,75%	81,43%
<b>% parent(s) bi-actif Loir-et-Cher</b>	66,99%	71,77%	69,47%
<b>dont parent(s) bi-actifs en emploi</b>	366	412	778
<b>% parent(s) bi-actifs en emploi</b>	67,90%	74,37%	71,18%
<b>% parent(s) bi-actifs emploi Loir-et-Cher</b>	54,30%	59,30%	56,89%

Source : Données Caf au 31.12.2018

	6-11 ans	12-15 ans	Total 6-15 ans
<b>Nombre d'enfants Caf au 31/12/2018</b>	1 385	854	2 239
<b>Dont parent(s) bi-actifs</b>	1 195	752	1 947
<b>% parents bi-actifs</b>	86,28%	88,06%	86,96%
<b>% parent(s) bi-actif Loir-et-Cher</b>	75,55%	78,44%	76,68%
<b>dont parent(s) bi-actifs en emploi</b>	1 069	686	1 755
<b>% parent(s) bi-actifs en emploi</b>	77,18%	80,33%	78,38%
<b>% parent bi-actifs en emploi Loir-et-Cher</b>	63,63%	67,86%	65,29%

Source : Données Caf au 31.12.2018

Une personne active est une personne en emploi ou une personne à la recherche d'un emploi.

- Globalement, la part des parents actifs est plus importante sur le territoire de la CCGC que dans l'ensemble du département.

# DIAGNOSTIC LOCAL DE SANTÉ DU CONTRAT LOCAL DE SANTÉ \*\*\*\*\* DU GRAND CHAMBORD

## □ Une dynamique territoriale et économique

### Une vitalité économique

Entre 2007 et 2012, Grand Chambord a connu une croissance de l'emploi (toutes catégories confondues) d'environ 6 %, ce qui correspond à **un gain de 300 postes**. Ce résultat est particulièrement important si on se réfère au 1,2 % constaté au niveau national, et surtout aux reculs observés en Loir-et-Cher.

Les 2/3 des emplois créés au cours de ces années l'ont été à Saint-Laurent-Nouan, le plus souvent en lien direct avec l'activité de la centrale. **La commune de Saint-Laurent-Nouan concentre 38 % des emplois** du territoire et apparaît comme son principal moteur économique.

Notons également le gain d'une cinquantaine d'emplois à Mont-près-Chambord, principalement dans le domaine du commerce, des transports et des services, ainsi que ceux, de moindre ampleur, enregistrés dans certaines communes à forte croissance démographique (Montlivault, Saint-Claude-de-Diray, ...), ou encore à Chambord.

Quelques communes ont à l'inverse essuyé des pertes, telles Huisseau-sur-Cosson ou Fontaines-en-Sologne.

*Observatoire de l'Economie et des territoires*

Emplois présents sur le territoire de la CC Grand Chambord, par secteur d'activité (Insee) :

EMP2 - Secteur regroupé en 17 postes © Insee	Salariés et non-salariés
Agriculture, sylviculture et pêche	341
Fabrication de denrées alimentaires, de boissons et de produits à base de tabac	114
Cokéfaction et raffinage	0
Fabrication d'équipements électriques, électroniques, informatiques et fabrication de machines	30
Fabrication de matériels de transport	5
Fabrication d'autres produits industriels	256
Industries extractives, énergie, eau, gestion des déchets et dépollution	937
Construction	382
Commerce, réparation d'automobiles et de motocycles	479
Transports et entreposage	306
Hébergement et restauration	208
Information et communication	52
Activités financières et d'assurance	59
Activités immobilières	ND
Activités scientifiques et techniques, services administratifs et de soutien	496
Administration publique, enseignement, santé humaine et action sociale	1 333
Autres activités de services	345
<b>Ensemble</b>	<b>5 345</b>

ND : Non défini

*Source : Insee, RP2016 exploitation complémentaire, géographie au 01/01/2019.*

# LES DÉMOCRÉS DE LA CAF DU LOIRET-CHEZ VOUS

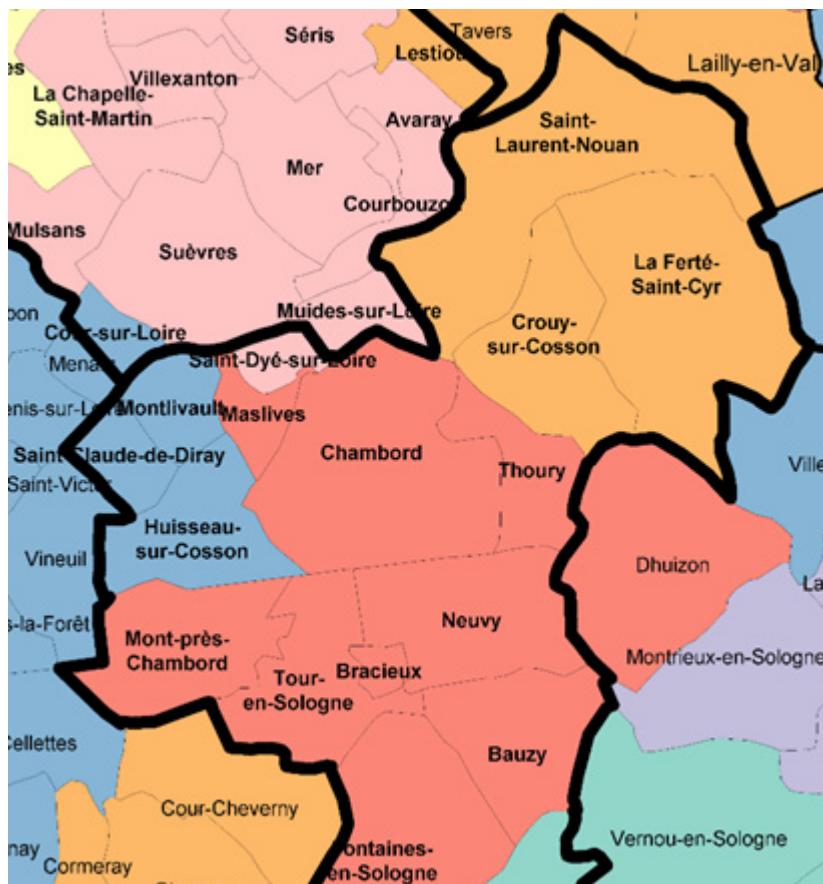
## □ Plusieurs bassins de vie

**Les bassins de vie** s'appuient sur la base permanente des équipements qui recensent les lieux d'achat de produits ou de consommation de services. Les bassins de vie ne font plus référence aux flux domicile-travail.

Chacun d'eux est composé d'un pôle (commune ou unité urbaine disposant d'un certain nombre d'équipements de la gamme intermédiaire) et de son aire d'influence (communes "non-pôles" les plus proches)

Bassin de vie de Mer

Bassin de vie de Beaugency



Bassin de vie de Blois

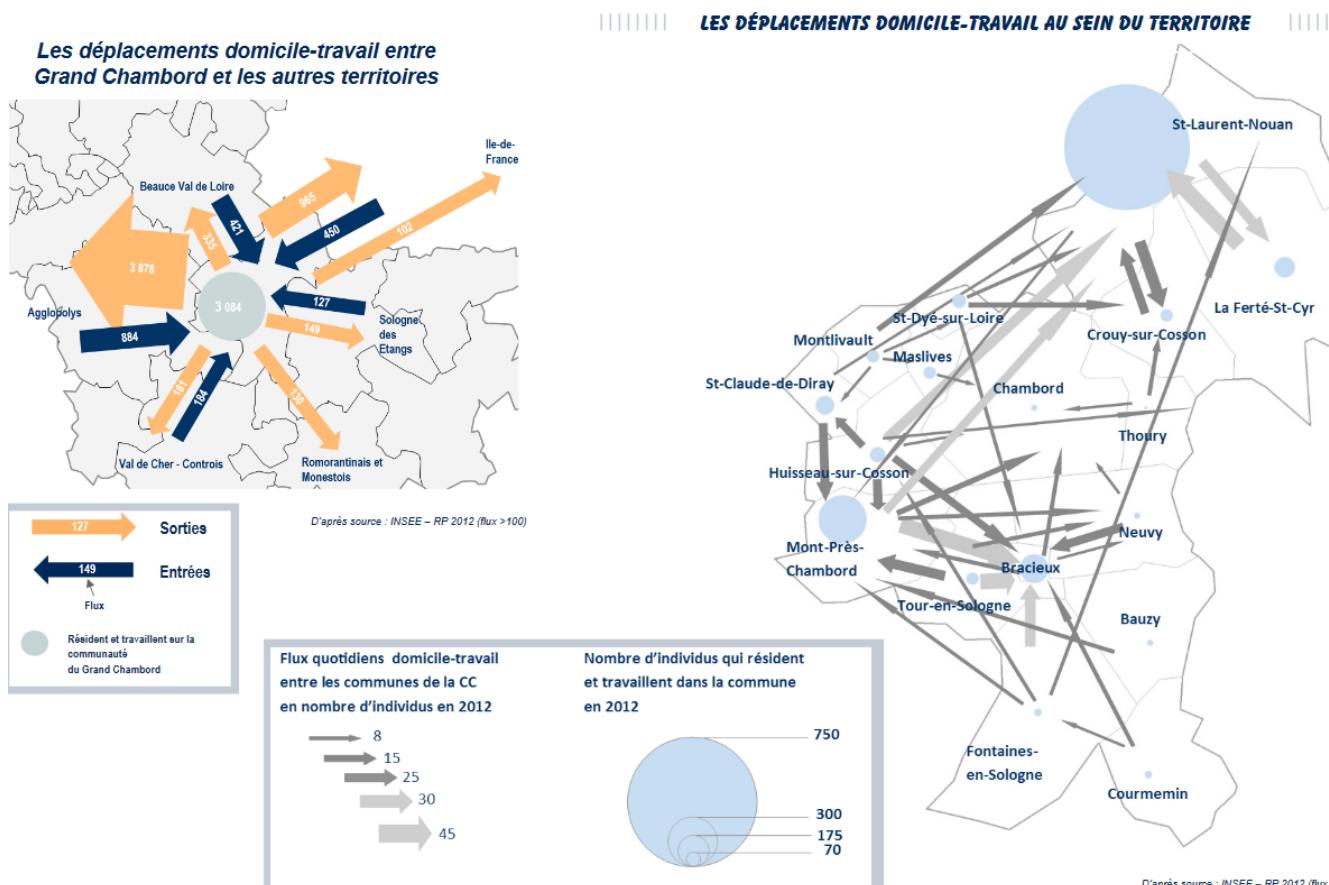
Bassin de vie de Bracieux

Source : Observatoire de l'économie et des territoires, janvier 2018

# LES DÉPLACEMENTS DOMICILE-TRAVAIL

## DU GRAND CHAMBORD

### De nombreux déplacements domicile-travail au sein et hors du territoire



Grand Chambord apparaît comme un territoire avant tout **résidentiel**.

Toutefois, cette caractéristique ne s'applique pas de manière homogène à l'ensemble du territoire : cette dimension résidentielle est très marquée dans le secteur Ouest, lequel ne dispose pas de pôle relais. Le secteur Est, principal moteur de l'économie locale, affiche à l'inverse un taux relativement élevé, identique à celui du Loir-et-Cher dans son ensemble. Le secteur Sud se situe entre les deux, il est très proche de la moyenne communautaire.

Conséquence directe : **une forte proportion d'actifs (77 %) sont amenés à se rendre hors de leur commune de résidence pour exercer leur activité professionnelle**.

Les flux domicile-travail sont donc importants, mais ils s'effectuent sur des distances relativement modestes, **en moyenne 27 km A/R** ce qui situe le Grand Chambord dans la médiane des temps moyens communautaires (la distance moyenne observée dans le département est de 24 km A/R).

**L'influence des aires urbaines de Blois et d'Orléans** sur le territoire se retrouve logiquement dans ces flux :

42 % des actifs(environ 3 880) vont travailler sur le territoire d'Agglopolys ; en sens inverse 880 actifs d'Agglopolys se rendent quotidiennement au sein du territoire communautaire, ils occupent 16 % des emplois de Grand Chambord.

Les échanges sont également très déséquilibrés avec le Loiret : 965 sortants (10,4 % des actifs de la communauté) pour 450 entrants (8 % des emplois).

Les échanges sont moindres et plus équilibrés avec les communautés de communes voisines : Beauce-Val de Loire, Val-de-Cher Controis, Sologne des Etangs.

# LES DÉMOCRÉS DE LA CAF DU LOIR-ET-CHER

**Globalement, on compte 2 entrants pour 5 sortants. 3 084 personnes travaillent au sein même de la communauté, soit un peu plus d'un tiers des actifs occupés (33,8 %).**  
Les flux sont alors essentiellement orientés vers **les trois pôles relais (Saint-Laurent-Nouan, Mont-près-Chambord et Bracieux)**.

Observatoire de l'Economie et des territoires

## L'offre accessible aux habitants de la CCGC

### □ *L'offre parentalité*

**La parentalité** désigne l'ensemble des façons d'être et de vivre le fait d'être parent. C'est un processus qui conjugue les différentes dimensions de la fonction parentale : matérielle, psychologique, morale, culturelle, sociale. Elle qualifie le lien entre un adulte et un enfant, quelle que soit la structure familiale dans laquelle il s'inscrit, dans le but d'assurer le soin, le développement et l'éducation de l'enfant.

<b>Lieu d'Accueil enfants-parents</b> 	Participer à l'éveil et à la socialisation de l'enfant, apporter un appui aux parents dans l'exercice de leur rôle par un échange avec d'autres parents ou avec des professionnels formés à l'écoute présents pour assurer l'accueil des familles.  Lieu ouvert aux enfants âgés de moins de six ans, accompagnés de leur(s) parent(s) ou d'un adulte familier pour participer à des temps conviviaux de jeux et d'échanges. Cet accueil est gratuit. La fréquentation d'un lieu d'accueil enfants-parents est basée sur le volontariat et le respect de l'anonymat ou au minimum la confidentialité.	⇒ Pas de Laep sur la communauté de communes Grand Chambord. Le Laep « <b>la maison ouverte</b> » de <b>Blois</b> est ouverte à toutes les familles avec enfants de moins de 6 ans du département.
<b>Le Contrat local d'accompagnement à la scolarité (Clas)</b> 	Dispositif partenarial, hors temps scolaire, qui propose aux enfants et aux jeunes l'appui et les ressources dont ils ont besoin pour s'épanouir et réussir à l'école, et qu'ils ne trouvent pas toujours dans leur environnement familial et social. Les Clas se positionnent comme des partenaires de l'école et des structures concourant à la coéducation des enfants, en lien avec les parents.	⇒ Il n'y a pas de dispositif CLAS développé sur le territoire de la CCGC.

# QUELQUES SERVICES DE LA CAF DE

## LOIR-ET-CHER

### La médiation familiale



« La médiation familiale se définit comme un processus de construction ou de reconstruction du lien familial axé sur l'autonomie et la responsabilité des personnes concernées par des situations de rupture ou de séparation dans lequel un tiers impartial, indépendant, qualifié et sans pouvoir de décision - le médiateur familial - favorise, à travers l'organisation d'entretiens confidentiels, leur communication, la gestion de leur conflit dans le domaine familial entendu dans sa diversité et dans son évolution ». *Source : Conseil national consultatif de la médiation familiale, décembre 2003*

La médiation familiale s'applique dans les champs suivants :

- les divorces, les séparations ;
- les conflits familiaux autour du maintien des liens grands-parents/petits-enfants ;
- les conflits familiaux entre parents et jeunes adultes ;
- les autres situations (successions conflictuelles, les médiations concernant une personne dépendante, âgée ou handicapée...).

⇒ Pas de permanence de la médiation familiale sur le territoire de la communauté de communes.

⇒ **Le siège de la Médiation Familiale se situe à Blois.** La Médiation Familiale est gérée par l'Association des Centres Educatifs et de Sauvegarde des Mineurs et Jeunes Majeurs (Acesm). Il y a des permanences sur rendez-vous à Romorantin-Lanthenay, Vendôme et Blois.

### Espace Rencontre parents-enfants



Les espaces de rencontre sont des lieux d'exercice du droit de visite qui visent le maintien ou le rétablissement des liens entre les parents et leurs enfants dans des situations particulièrement conflictuelles ou lors de difficultés spécifiques. Ce lieu permet à un enfant de rencontrer l'un de ses deux parents ou un tiers, ou de faire l'objet d'une remise à un parent ou à un tiers.

⇒ Pas d'espace rencontre parents-enfants sur le territoire de la communauté de communes.

⇒ L'espace rencontre est géré par l'Association des Centres Educatifs et de Sauvegarde des Mineurs et Jeunes Majeurs (Acesm). Des permanences sont organisées à Blois, Vendôme et Romorantin-Lanthenay.

# COORDINNÉES DE LA CAF DU LOIR-ET-CHER

<b>Le Reaap</b> 	<p>Le Reaap s'adresse à toutes les familles et à tous les bénévoles et professionnels associatifs ou institutionnels désireux d'accompagner les parents dans leur rôle éducatif auprès de leurs enfants.</p> <p>Le dispositif vise à organiser la mise en réseau des opérateurs participant à l'appui à la fonction parentale, dans le respect de leur diversité et en s'efforçant de construire une cohérence et une visibilité des actions sur le territoire.</p>	⇒ Les dernières actions financées par le Reaap ont été mises en œuvre par l'association des parents d'élèves de Mont Près Chambord, la mairie de Mont Près Chambord et l'APE de Saint Dyé sur Loire.
 <b>La maison des adolescents</b>	<p>C'est un lieu polyvalent d'Accueil, d'Écoute, d'Information, d'Accompagnement et de Prévention, pour tout jeune de 11 à 21 ans ainsi que sa famille.</p> <p>Avec des consultations spécialisées : sexualité, drogues, diététique, ... L'accès est libre, gratuit et confidentiel (anonymat possible).</p>	⇒ La MDA est implantée à Blois mais est ouverte à tous les adolescents et leurs familles de Loir et Cher.

## □ *L'offre petite enfance*

### □ La Protection Maternelle et Infantile (PMI)

Les professionnels du Conseil départemental en charge de la PMI assurent différentes missions :

- Informations et conseils aux parents et futurs parents,
- suivi médical des femmes enceintes et des enfants jusqu'à 6 ans,
- action de dépistage et de prévention des handicaps des enfants,
- participation à la prévention des maltraitance des enfants,
- contrôle et suivi des modes de garde : agrément des assistantes maternelles et des établissements d'accueil du jeune enfant.

Des consultations avec un médecin de PMI ont lieu à Mer sur rendez-vous.

Une puéricultrice est également disponible sur rendez-vous à Saint Laurent Nouan.

# LOUPE ET CHAMBORD

## LOUPE ET CHAMBORD

### □ L'offre d'accueil collectif

Lieu d'implantation	Gestionnaire	Type de structure	Nombre de places	Fonctionnement
<b>Saint-Laurent-Nouan</b>	 Commune de Saint Laurent-Nouan	Multi accueil	16	5 jours par semaine de 8 h à 18 h 46 semaines par an
<b>Huisseau-sur-Cosson</b>	Gestionnaire privé  Les petits Loups	Multi accueil Les petits Loups	13	5 jours par semaine De 7h30 à 18h30
<b>Mont-près-Chambord</b>	Commune de Mont-près-Chambord 	Micro-crèche (depuis le 1 <sup>er</sup> janvier 2020) La Maison de Cécile	10	4 jours par semaine
<b>Bracieux</b>	 Sasu Le Jardin de l'Enfance	Micro-crèche privée Au Jardin de l'Enfance (ouverture en 2019)	8	5 jours par semaine de 6h30 à 18h30

# OPPORTUNITÉS DE LIEN ENTRE LOISIR-ET-ÉDUCATION



## □ L'offre d'accueil individuel

### *Les Relais Assistants Maternels (RAM)*

**Le relais assistants maternels (RAM) est un lieu gratuit d'accueil, d'information et d'accompagnement pour les assistants maternels, les parents et leurs enfants.**

*Les relais assistants maternels sont basés sur des principes fondamentaux de neutralité et de gratuité.*

*Ils ont pour but d'améliorer la qualité de l'accueil du jeune enfant à domicile en accompagnant les parents et les assistants maternels.*

*Les relais assistants maternels sont animés par des professionnels de la petite enfance.*

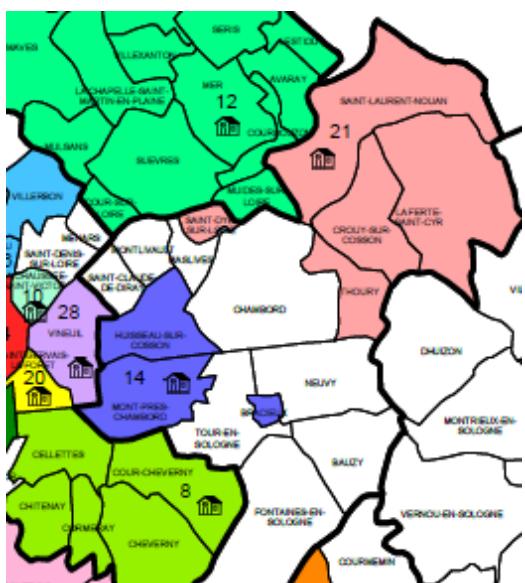


# OPINIONES DE LA CRÍTICA LITERATURA

Lieu d'implantation	Gestionnaire	Communes concernées par le Ram à ce jour	Temps de travail de l'animatrice
<b>Saint-Laurent-Nouan</b>	Commune de Saint Laurent-Nouan 	Saint-Laurent -Nouan Crouy-sur-Cosson Thoury La Ferté-Saint-Cyr Saint Dyé sur Loire	50 %
<b>Mont-près-Chambord</b>	Commune de Mont-près-Chambord 	Mont-près-Chambord Huisseau-sur-Cosson Bracieux (itinérant depuis 2020)	60 % (à compter de 2020)

Les 8 communes suivantes ne bénéficient pas à ce jour, des services d'un Ram : Chambord, Maslives, Montlivault, Saint-Claude-de-Diray, Tours-en-Sologne, Neuvy, Bauzy, Fontaines-en-Sologne.

Relais Assistants Maternels de la CC Grand Chambord : lieux d'implantation et communes couvertes



Source : Caf 41

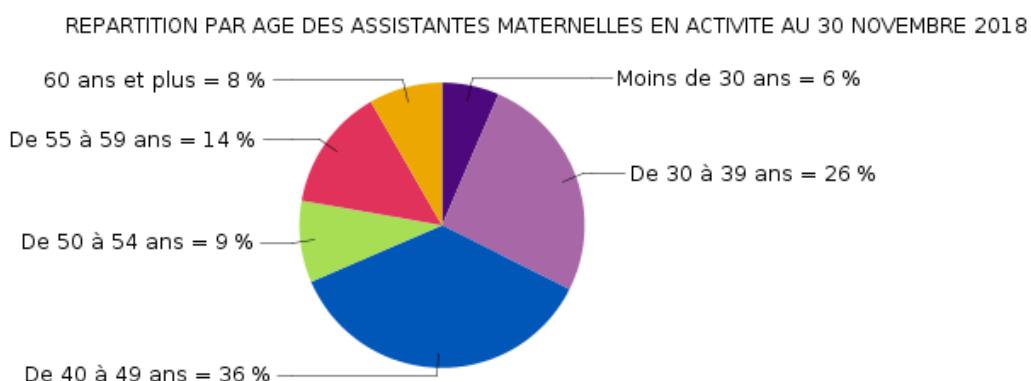
# DOSSIER THÉMATIQUE DE LA CAF DU LOIRET-ET-CHAMBOUR

## Les assistants maternels

	Ensemble CCGC	Sur le territoire couvert par un RAM	Sur le territoire non couvert par un RAM
Nombre d'assistants maternels agréés actifs au moins 1 mois dans l'année 2018	<b>124</b>	<b>93</b>	<b>31</b>
Evolution de nombre d'AM agréés actifs au moins 1 mois sur les 3 dernières années	<b>- 4,5 %</b>	<b>- 2,1 %</b>	<b>- 8,5 %</b>
Nombre d'assistants maternels agréés actifs au cours du mois de novembre 2018	<b>108</b>	<b>81</b>	<b>27</b>
Evolution du nombre d'AM agréés actifs au cours du mois de novembre sur les 3 dernières années	<b>- 1,8 %</b>	<b>+ 0,6 %</b>	<b>- 5,1 %</b>
Nombre moyen d'enfants gardés par un assistant maternel sur le territoire	<b>3,4</b>	<b>3,4</b>	<b>3,3</b>
Nombre d'enfants de moins de 3 ans	<b>565</b>	<b>388</b>	<b>177</b>
Evolution du nombre d'enfants de moins de 3 ans	<b>- 4,5 %</b>	<b>- 4,3 %</b>	<b>- 2,7 %</b>
Nombre d'enfants de 3 à 5 ans révolus	<b>580</b>	<b>421</b>	<b>159</b>
Evolution du nombre d'enfants de 3 à 5 ans révolus	<b>- 4,2 %</b>	<b>+ 1,1 %</b>	<b>- 11,7 %</b>
Nombre d'enfants de moins de 3 ans gardés par un AM	<b>326</b>	<b>212</b>	<b>114</b>
Nombre d'enfants de 3 à 5 ans révolus gardés par un AM	<b>101</b>	<b>84</b>	<b>17</b>

Source : Données Caf au 31.12.2018

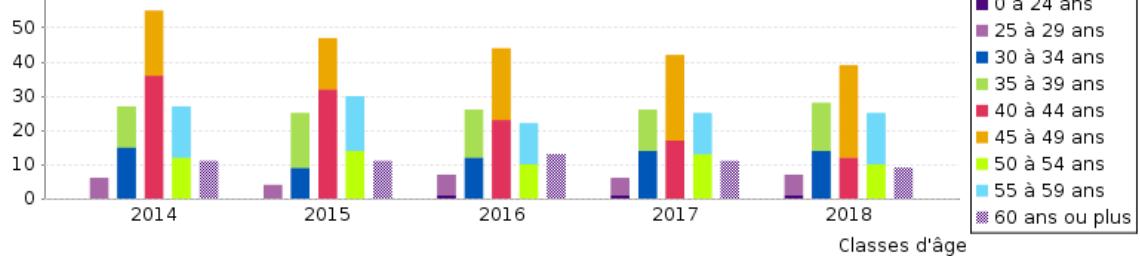
Montant mensuel des prestations versées par la Caf 41, pour la garde d'enfants de moins de 3 ans, au titre de décembre 2018 : **89 095 €**



# DIAGNOSTIC LOCAL DE SANTÉ EN VUE DE L'ÉLABORATION DU CONTRAT LOCAL DE SANTÉ

## LOIRE-ET-CHER

Nbre d'assistantes maternelles 60



EPCI 41 CC DU GRAND CHAMBORD

SOURCES : Acoss-Centre Pajemploi, IMAJE

- *La Communauté de Communes n'a pas la compétence petite enfance.*
- *L'offre petite enfance ne couvre pas toutes les communes.*
- *Le nombre d'assistants maternels connaît une baisse continue depuis 2014 (126 en 2014, 108 en 2018).*
- *Une part importante des assistants maternels a entre 40 et 50 ans (40 sur 108 AM).*
- *La part des 30 à 40 ans est quasiement stable depuis 2014.*
- *La part des assistants maternels en activité de plus de 55 ans et plus est quasi-stable sur les 3 dernières années, soit 22,2%, contre 26,3 % sur l'ensemble de département.*
- *21,3 % des assistants maternels sont agréés depuis moins de 5 ans contre 19,3 % au niveau national ce qui est encourageant pour le renouvellement des professionnels.*

# DISPONIBILITÉS DE LA CARTE DU LOISIR-ET-MÉMORI

## □ L'offre d'accueil enfance

### □ L'offre en accueils périscolaires

Communes	Périscolaire déclaré	Périscolaire non déclaré
Bracieux	mercredi	matin et soir
La Ferté Saint Cyr	mercredi, matin et soir	
Huisseau sur Cosson	mercredi	matin et soir
Mont Près Chambord	mercredi, matin et soir	
Saint Dyé sur Loire	mercredi	matin et soir
Saint Laurent Nouan	mercredi	matin et soir
Crouy sur Cosson / Thoury	mercredi, matin et soir	
Montlivault	mercredi	matin et soir
Maslivres (depuis 2019, fusion avec Montlivault)		matin et soir
Saint Claude de Diray	mercredi	matin et soir
Neuvy / Bauzy		matin et soir
Fontaines en Sologne / Tour en Sologne		matin et soir

### □ L'offre en accueils extrascolaires

	Petites vacances				Grandes vacances	
	Hiver		Toussaint	Noël	Juillet	Août
Bracieux	X	X	X		X	X
La Ferté Saint Cyr	X	X	X		X	
Huisseau sur Cosson *	X	X	X	X	X	X
Mont Près Chambord *	X	X	X	X	X	X
Saint Laurent Nouan	X	X	X	X	X	X
Crouy sur Cosson / Thoury	X	X	X		X	
Montlivault	X	X	X	X	X	
Saint Claude de Diray	X	X	X	X	X	X

\* Les accueils extrascolaires de Mont Près Chambord et Huisseau sur Cosson sont ouvert une année sur deux en alternance pendant les vacances de Noël.

- L'offre en accueils de loisirs est développée sur toute les périodes de l'année.
- L'accueil extrascolaire s'effectue dans 8 communes différentes.
- Toutes les communes de la communauté de communes sont couvertes par un accueil de loisirs périscolaire.

# DIAGNOSTIC LOCAL DE SANTÉ DU QUADRILLAGE DE LA CARTE DU LOIRET-ET-CHER

## □ *L'offre jeunesse*

### □ L'offre d'accueils jeunes

Actuellement, sur la communauté de communes, il y a un seul accueil jeunes à Mont près Chambord. Celui-ci accueille les ados sur deux lieux différents selon l'âge des jeunes (11-14 ans et 15-17 ans) les mercredis après-midis et pendant les vacances scolaires (hiver, printemps, Toussaint, juillet, août). Ils peuvent également être ouverts le samedi après-midi en fonction des manifestations.

Des séjours sont également organisés pour les jeunes de 11 à 17 ans durant les vacances d'été par Mont près Chambord et Saint Laurent Nouan.

Des jeunes de la communauté de communes peuvent partir en séjour grâce à d'autres organismes comme par exemple Oliv du Loir et Cher, les PEP, ...

Depuis la fin de l'année 2019, un accueil jeunes est en cours d'expérimentation sur la commune de Saint Laurent Nouan.

L'animateur de l'accueil jeunes de Mont près Chambord est Promeneur du Net.

**Un Promeneur du Net est un professionnel, éducateur ou animateur, qui exerce dans un centre social, un foyer de jeunes travailleurs, une maison des adolescents, une maison des jeunes, un espace public numérique ...**

En entrant en relation avec les jeunes sur Internet, le Promeneur du Net élargit son territoire d'intervention, propose une nouvelle pratique professionnelle, en ligne, où il poursuit son action éducative.

Dans le respect des valeurs de l'animation et de l'éducation en faveur de la jeunesse, il écoute, conseille, soutient le montage et la réalisation de projets initiés par les jeunes.



# QUELQUES SERVICES DE LA CAF DE LA LOIRE-ET-CHER

## □ L'offre d'information et d'accompagnement jeunesse

<b>BIJ</b> <b>Bureau Information Jeunesse</b> 	15 avenue de Vendôme 41000 BLOIS	le B.I.J est un lieu d'information : <ul style="list-style-type: none"> <li>• ouvert à tous,</li> <li>• totalement anonyme, gratuit et libre d'accès,</li> <li>• principalement destiné aux jeunes.</li> </ul> Le BIJ aborde les secteurs d'activité suivants : Loisirs, tourisme, emploi, enseignement, vacances, société, vie pratique, formation continue, santé, métiers, formation, sport, étranger etc... Le BIJ de Blois est ouvert à tous les jeunes du département.
<b>Mission Locale du Blésois</b> 	Permanence à Saint Laurent Nouan 2 jeudis chaque mois de 9h30 à 12h30  Permanence à Mont près Chambord 2 jeudis chaque mois de 14h à 17h	La Mission Locale aide les jeunes de 16 à 25 ans qui ne sont plus scolarisés à s'insérer dans leur vie professionnelle et sociale. Les apprentis, jeunes salariés, demandeurs d'emploi inscrits ou non à Pôle Emploi, peuvent aussi bénéficier de la Mission Locale.

- *L'offre d'accueil jeunesse est développée sur une partie du territoire.*
- *L'offre d'information et d'accompagnement jeunesse est également développée sur le territoire et des services sont accessibles aux habitants.*

# DISPONIBILITÉS DE LA CARTE DU LOIRET-ET-CHER

## □ L'offre en matière d'autonomie

<b>ESAT</b>	Pas d'Esat sur le territoire	Les ESAT (ex-CAT), permettent aux personnes handicapées qui n'ont pas acquis assez d'autonomie pour travailler en milieu ordinaire, y compris en entreprise adaptée ou de façon indépendante, d'exercer un travail dans un environnement protégé.
<b>"Les Basses Fontaines"</b>  <b>Institut Médico-Educatif du Val de Loire (CDSAE)</b>	41220 Crouy-sur-Cosson	<p>Les <b>Instituts Médico-Educatifs (IME)</b> ont pour mission d'accueillir des <b>enfants et adolescents handicapés atteints de déficience intellectuelle</b> quel que soit le degré de leur déficience.</p> <p>L'objectif des IME est de dispenser une éducation et un enseignement spécialisés prenant en compte les aspects psychologiques et psychopathologiques et recourant à des techniques de rééducation.</p> <p>Par ailleurs, les Instituts Médico-Educatifs (IME) sont spécialisés selon le degré et le type de handicap pris en charge. En effet, la déficience intellectuelle peut s'accompagner de différents troubles, tels que des troubles de la personnalité, des troubles moteurs et sensoriels, des troubles graves de la communication...</p> <p>Les IME sont <b>financés par l'Assurance Maladie</b> en tenant compte du prix de journée et suite à un agrément de l'ARS (Agence Régionale de Santé)</p>
<b>Foyer de vie et foyer d'accueil médicalisé "les Morines"</b>  	<b>Mont-près-Chambord</b>	<p>Le foyer des Morines accueille 25 adultes handicapés déficients intellectuels vieillissants en accueil permanent en foyer de vie ou foyer d'accueil médicalisé.</p> <p>Missions principales de l'établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• accueillir des adultes handicapés déficients intellectuels vieillissants</li> <li>• offrir un espace de vie approprié par la mise en œuvre de prestations adaptées à leurs besoins</li> <li>• favoriser la mise en place d'un projet social et d'un projet de soins avec l'équipe pluridisciplinaire.</li> </ul>

# DISPONIBILITÉS DE LA CCAP DU LOIRET-ET-CHAMBO

<b>SSIAD ASSAD</b>	ASSAD Association pour le maintien à domicile des personnes âgées à Mer (basée hors CC Grand Chambord, mais intervient sur le territoire de la CC	<p><b>Les SSIAD ont pour but le maintien à domicile</b></p> <p>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>des personnes âgées de plus de 60 ans malades ou dépendantes,</li> <li>des personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap ou atteintes de pathologies chroniques.</li> </ul> <p>Territoire d'intervention : Avaray, Chambord, La Chapelle St-Martin, Concriers, Courbouzon, Cour-sur-Loire, Crouy-sur-Cosson, Huisseau-sur-Cosson, Josnes, La Ferté St-cyr, La Madeleine-Villefrouin, Lestiou, Maslives, Maves, Menard, Mer, Montlivault, Muides, Mulsans, St-Dyé-sur-Loire, St-Claude-de-Diray, St-Laurent-Nouan, Seris, Suevres, Talcy, Thoury, Villexanton, Villerbon</p>
<b>SSIAD ADMR</b>	ADMR Vernou-en-Sologne (basé hors CC Grand Chambord, mais intervient sur le territoire de la CC)	<p>Territoire d'intervention : Bauzy, Bracieux, Courmemin, Dhuizon, Fontaines-en-Sologne, La-Marolle-en-Sologne, La-Ferté-Beauharnais, Millançay, Mont-Prés-Chambord, Montrieu-en-Sologne, Neuvy, Neung-sur-Beuvron, Tour-en-Sologne, Veilleins, Vernou-en-Sologne, Villeny.</p>
<b>Ulis « Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire » Ecole</b>	Saint-Laurent-Nouan  Les Perrières	<p>Les élèves scolarisés au titre des ULIS présentent des troubles des fonctions cognitives ou mentales, des troubles spécifiques du langage et des apprentissages, des troubles envahissants du développement (dont l'autisme), des troubles des fonctions motrices, des troubles de la fonction auditive, des troubles de la fonction visuelle ou des troubles multiples associés (pluri-handicap ou maladies invalidantes).</p> <p>Ulis Ecole : c'est un dispositif collectif de scolarisation installé dans une école élémentaire dont l'effectif est limité à 12 élèves.</p>

# DISPONIBILITÉS DE LA CAF DU LOIRET-ET-CHAMBO

<b>Ulis Collège</b>	Ulis Collège "Hubert Fillay" Bracieux	Dispositif de scolarisation collective implantée en collège ou en lycée. L'accueil dans une Ulis se fait sur la base d'un projet personnalisé de scolarisation élaboré à partir de l'identification des besoins et des potentialités de l'élève. Chaque élève bénéficiant du dispositif Ulis est inscrit dans une classe de référence du collège. Il y est inclus, au cas par cas, de façon différente selon les matières enseignées. SE
<b>SESSAD ou SESSD</b>	Pas de SESSAD implanté sur le territoire	<p><b>SESSAD</b> (Service d'Éducation et de Soins Spécialisés à Domicile)</p> <p><i>Objectifs :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Favoriser la scolarisation en milieu ordinaire d'enfants ou adolescents et l'acquisition de l'autonomie</li> <li>• Apporter aux familles soutien et accompagnement</li> <li>• Soutenir l'enfant dans sa scolarité et ses apprentissages</li> <li>• Aider à la connaissance et à l'acceptation du handicap pour une scolarisation réussie.</li> </ul>
<b>Vivre autonome 41</b>	Saint Laurent Nouan Bracieux	<p>Permanences sur rendez-vous à la mairie de Bracieux et à l'antenne de la MDCS Nord Loire pays de Chambord.</p> <p>Ce service du Conseil Départemental permet de répondre aux interrogations et de faciliter les démarches liées à l'autonomie des personnes âgées ou en situation de handicap.</p>

## □ *L'offre en matière éducative*

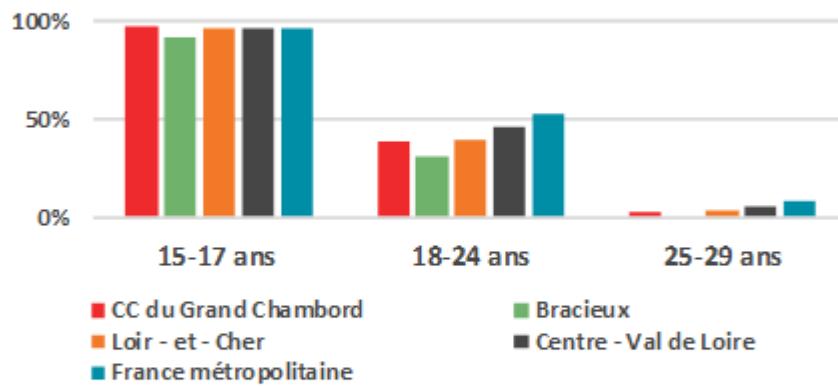
Sur la communauté de communes Grand Chambord, il y a 2 collèges : Saint Laurent Nouan et Bracieux. Cependant, certains jeunes sont rattachés au collège de Vineuil.

Il n'y a pas de lycée sur le territoire de la communauté de communes. Les jeunes peuvent aller à Beaugency ou à Blois.

# DIAGNOSTIC LOCAL DE SANTÉ DU GRAND CHAMBORD

## LOIR-ET-CHER - FRANCE

### SCOLARISATION DES 15-29 ANS



En 2016, 39% des 18-24 ans de l'EPCI étaient scolarisés, contre 40% dans le Loir-et-Cher et 46% dans la région.

Source: INSEE RGP 2016

### □ L'accessibilité aux services et équipements

#### □ L'offre services au public



# DIAGNOSTIC LOCAL DE SANTÉ EN VUE DE L'ÉLABORATION DU CONTRAT LOCAL DE SANTÉ \*\*\*\*\*

## LOIR-ET-CHER : 1 781



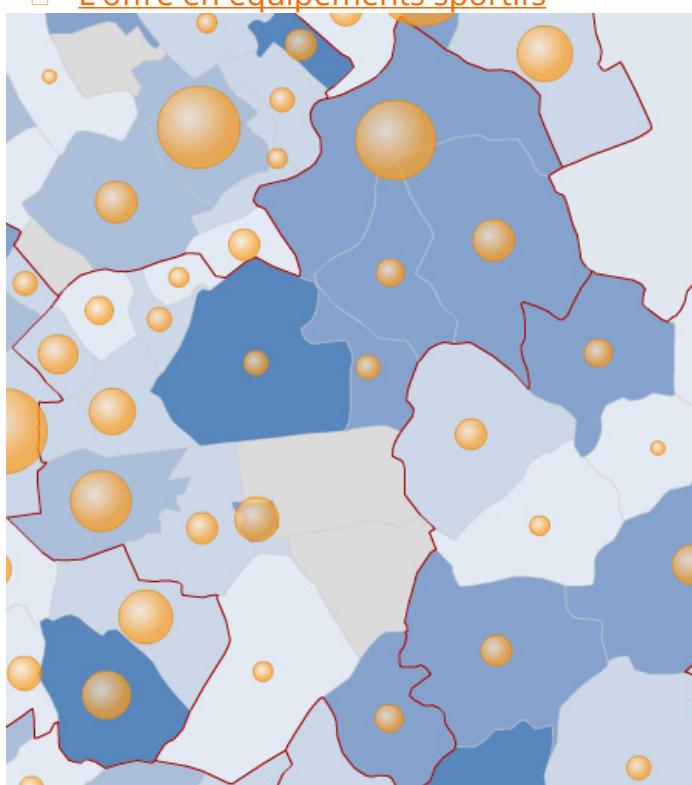
### Maison de service au public, Maison France Services, Espace France Services...

*Les Maisons de services au public délivrent une offre de proximité et de qualité à l'attention de tous les publics. En un lieu unique, les usagers sont accompagnés par des agents dans leurs démarches de la vie quotidienne. De l'information à l'accompagnement sur des démarches spécifiques, les Maisons de services au public articulent présence humaine et outils numériques. Selon le niveau de service, la MSAP peut être labellisée maison ou espace "France Service".*

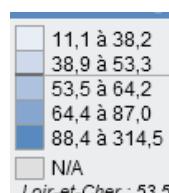
Il y a actuellement sur le territoire de la communauté de communes, une MSAP à la Poste de Bracieux.

La communauté de communes a pris la compétence MSAP et souhaite avoir un service en direction de l'ensemble de ses habitants.

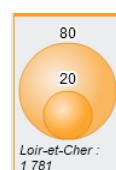
#### □ L'offre en équipements sportifs



Nombre d'équipements sportifs pour 10 000 habitants (hors sport de nature)



Nombre d'équipements sportifs, espaces et sites de partages (hors sport de nature)

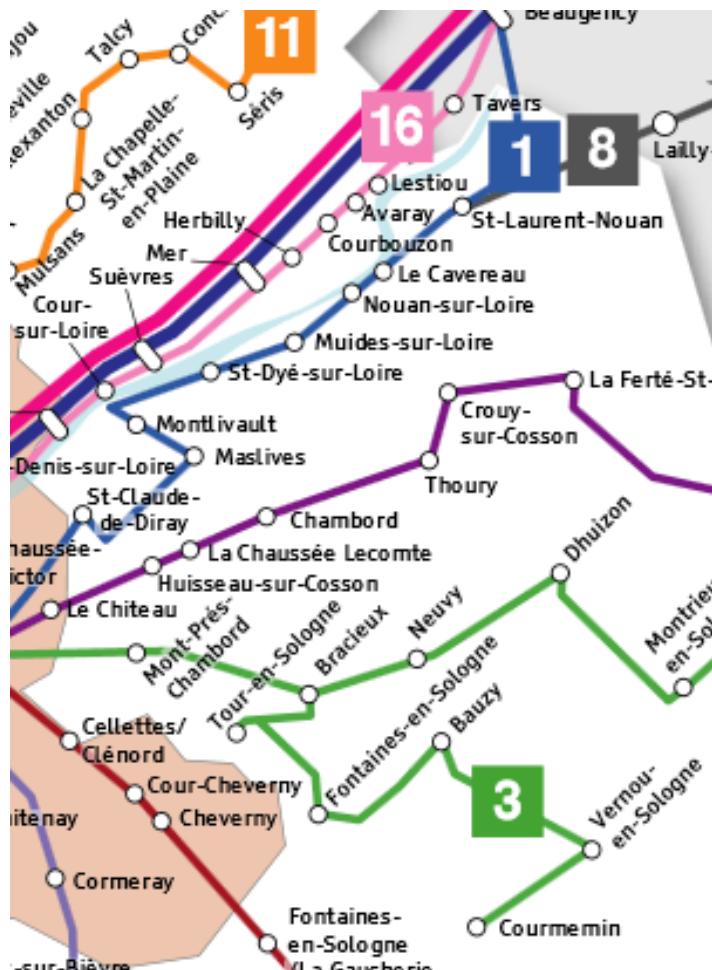


# ÉQUIPEMENTS SPORTIFS DE LA ZONE D'URBANISATION LOIRE-ET-CHAMBERT

Communautés de communes ou d'agglomérations	Nombre d'équipements sportifs pour 10 000 habitants (hors sport de nature)
CC Coeur de Sologne	101,4
CC du Romorantinais et du Monestois	45,9
CA de Blois "aggropolys"	52,8
CC du Perche et Haut Vendômois	63,9
CC Beauce Val de Loire	54,7
CC des Terres du Val de Loire	56
CC Val-De-Cher-Controis	52,6
CA Territoires vendômois	54,8
CC des Collines du Perche	102,7
CC de la Sologne des Etangs	64,1
<b>CC du Grand Chambord</b>	<b>58,6</b>
CC de la Sologne des Rivières	66,6

Source : Observatoire de l'économie et des territoires

## □ La mobilité et les déplacements



Pas de voie ferrée ni d'autoute sur le territoire.  
Des lignes régulières de Cars Rémi 41

Source : remi-centrevaldeloire.fr

## QUESTIONNAIRE SUR LA CAF DU LOIRET-ET-CHERON

Une chargée de mobilité a été embauchée en lien avec la communauté de communes Beauce Val de Loire.

Une réflexion est engagée avec Agglopolys sur un plan de mobilité rurale.

Un "**rézo Pouce**" propose une nouvelle solution qui complète l'offre de transport dans les zones rurales et péri-urbaines. Elle vise à mettre en relation les salariés travaillant dans le même bassin d'activité.

- *Présence de 3 lignes régulières de cars à destination d'Agglopolys.*
- *Pas de ligne transverse au sein de la communauté.*
- *Pas de ligne reliant les 3 principaux pôles de la communauté.*

# LE PROGRAMME LOCAL D'URBANISME DU GRAND CHAMBORD

## □ *L'offre logement*

### □ Le PLUi du Grand Chambord

Le Plan Local d'Urbanisme intercommunal (PLUi) est un document de planification et d'urbanisme commun à l'ensemble des communes du Grand Chambord.

Les élus ont défini de grands objectifs qui doivent guider leurs actions :

- Protéger et mettre en valeur l'identité paysagère du territoire
- Développer les villages en préservant un cadre de vie de qualité
- Valoriser les atouts du territoire pour favoriser la création de richesses et développer l'emploi
- Répondre aux besoins de proximité des habitants sur l'ensemble du territoire pour renforcer la cohésion sociale.

Approbation du plan vers février 2020.

### □ Le Programme Local de l'Habitat

Le Programme Local de l'Habitat a été signé pour la période de 2017 à 2022. Il définit, à l'échelle des 16 communes membres de la CC, une politique de l'habitat tenant compte des enjeux propres du territoire (social, urbain, déplacements, économie, environnement, aménagement).

Il intègre plusieurs orientations :

- Développer de manière cohérente l'urbanisation du territoire pour l'habitat
- Adapter l'offre en logements à la diversité des besoins
- Améliorer qualitativement les parcs de logements privés
- Accompagner et favoriser la qualité environnementale des opérations nouvelles
- Mettre en place une ingénierie adaptée.

### □ Le parc de logements de la communauté

<b>Logements</b>	<b>CC du Grand Chambord</b>
Nombre total de logements en 2016	10 387
Part des résidences principales en 2016, en %	84,50%
Part des résidences secondaires (y compris les logements occasionnels) en 2016, en %	6,90%
Part des logements vacants en 2016, en %	8,60%
Part des ménages propriétaires de leur résidence principale en 2016, en %	77,30%

Source : Insee, RP2016 exploitation principale en géographie au 01/01/2019

## QUESTIONNAIRE SUR LA CAF DU QUÉBEC-ET-CHÉQUIS

### QUESTIONNAIRE SUR LA CAF DU QUÉBEC-ET-CHÉQUIS

- *Plus des 3/4 des ménages de la communauté de communes sont propriétaires de leur résidence principale.*

## □ *L'offre en animation de la vie sociale*

Il n'y a pas de centre social ni d'association ayant l'agrément "espace de vie sociale" sur la communauté de communes.

### *QU'EST-CE QU'UN ESPACE DE VIE SOCIALE (EVS)?*

*L'espace de vie sociale est une structure associative de proximité qui touche tous les publics, a minima, les familles, les enfants et les jeunes.*

*Il développe prioritairement des actions collectives permettant :*

- *le renforcement des liens sociaux et familiaux, et les solidarités de voisinage ;*
- *la coordination des initiatives favorisant la vie collective et la prise de responsabilité des usagers.*

### **Les trois finalités des EVS :**

- *l'inclusion sociale et la socialisation des personnes, pour lutter contre l'isolement ;*
- *le développement des liens sociaux et la cohésion sociale sur le territoire, pour favoriser le « mieux vivre ensemble » ;*
- *la prise de responsabilité des usagers et le développement de la citoyenneté de proximité, pour développer les compétences des personnes et les impliquer dans la vie sociale.*

### **Autres caractéristiques d'un espace de vie sociale :**

- *ses champs d'action doivent être multiples et adaptés aux besoins du territoire ;*
- *son activité se déroule tout le long de l'année.*



# QUESTIONNAIRES DE LA CAF DU LOIR-ET-CHER

## □ *L'offre en matière de lutte contre la précarité*

La Communauté de communes dépend de la **Mdcs Nord Loire Pays de Chambord** (Maison départementale de la cohésion sociale). Les habitants de la commune peuvent prendre contact avec des travailleurs sociaux si besoin.

**Les centres communaux d'action sociale** des différentes communes accueillent les habitants pour les informer sur les dispositifs d'aide sociale légale et peuvent les aider à constituer des demandes. Ils peuvent également attribuer des aides financières ponctuelles.

### **Pour aller plus loin : le poids de la Caf sur le territoire de la CCGC**



**Soutien de la Caf à l'investissement sur le territoire de la Communauté de Communes du Grand Chambord**

# DIAGNOSTIC LOCAL DE SANTÉ DU CONTRAT LOCAL DE SANTÉ

## LOIRET-ET-CHAMBERT

Année de la demande	Destinataire	Objet	Subvention Caf	Montant prêt à taux zéro
2018	Commune de Bracieux	Matériel Alsh	675 €	
2019	Sasu Au Jardin de l'Enfance	Équipement de la micro-crèche privée implantée à Bracieux	4 710 €	
2009	Commune de Huisseau-sur-Cosson	Construction du multiaccueil	147 000 €	70 000 €
2009	Commune de Huisseau-sur-Cosson	Achat tentes et barnum pour l'Alsh	5 000 €	
2010	Commune de Huisseau-sur-Cosson	aménagement du local Alsh	2 000 €	
2014	Commune de Huisseau-sur-Cosson	Travaux sécurité Alsh	1 200 €	
2015	Commune de Huisseau-sur-Cosson	Construction d'un bâtiment pour l'accueil de loisirs	35 000 €	20 000 €
2016	Commune de Huisseau-sur-Cosson	Matériel d'activité Alsh	913 €	
2017	Commune de Huisseau-sur-Cosson	Complément construction Alsh suite à inondations	40 000 €	30 000 €
2018	Commune de Huisseau-sur-Cosson	Achat barnums et matériel informatique Alsh	2 142 €	
2018	Commune de Mont-près-Chambord	Portail familles (logiciel, matériel)	11 215 €	
2019	Commune de Mont-près-Chambord	Formation promeneurs du Net	1 500 €	
2010	Commune de Saint-Claude-de-Diray	Aménagement rangement Alsh	980 €	
2018	Commune de Saint-Claude-de-Diray	Informatisation Alsh	391 €	
2009	Commune de Saint-Laurent-Nouan	Aménagement de la ludothèque	4 000 €	
2011	Commune de Saint-Laurent-Nouan	Participation à la formation Bafd	114 €	
2013	Commune de Saint-Laurent-Nouan	Participation à la formation Bafd	150 €	
2014	Commune de Saint-Laurent-Nouan	Investissement fourniture repas au multiaccueil	7 587 €	
2015	Commune de Saint-Laurent-Nouan	Participation à la formation Bafd	350 €	
2015	Commune de Saint-Laurent-Nouan	Travaux rénovation Alsh	15 019 €	
2015	Commune de Saint-Laurent-Nouan	Travaux rénovation multiaccueil	21 557 €	
2018	Commune de Saint-Laurent-Nouan	Placard de rangement multiaccueil	513 €	
2018	Commune de Saint-Laurent-Nouan	Sécurisation et stores Alsh	7 880 €	
2019	Commune de Saint-Laurent-Nouan	Suite de la rénovation du multiaccueil	37 750 €	
2012	Commune de la Ferté-Saint-Cyr	Aménagement et mise aux normes accueil périscolaire	5 276 €	
2014	Commune de la Ferté-Saint-Cyr	Travaux acoustiques accueil périscolaire	744 €	
2015	Commune de la Ferté-Saint-Cyr	Aménagement dortoir et salle d'activité	19 015 €	
2015	Sivos Crouy-Thoury	Formation Bafd	150 €	
2016	Sivos Crouy-Thoury	Formation Bafd	350 €	
2018	Commune de Maslives	Formation Bafd	350 €	
2010	Commune de Saint-Dyé-sur-Loire	Achat matériel	5 000 €	
<b>TOTAL sur le territoire de la CC Grand Chambord</b>			<b>378 531 €</b>	<b>120 000 €</b>

# DIAGNOSTIC LOCAL DE SANTÉ DU QUADRILLAGE 2 DE LA CAF 41

## LOIR-ET-CHER



### Soutien de la Caf au fonctionnement sur le territoire de la Communauté de Communes du Grand Chambord

Détail du soutien au fonctionnement des structures et services versé par la CAF 41 en 2018 :

<b>Détail des prestations de service ordinaires et prestations de service liées au contrat enfance jeunesse, versées par la Caf 41, au titre de l'année 2018</b>	<b>Montant des prestations de service versées par la Caf pour l'activité 2018</b>	<b>Montant des prestations liées au Cej, versées par la Caf pour l'activité 2018</b>	<b>Montant total des prestations versées par la Caf par équipement, pour l'année 2018</b>
RAM Mont Près Chambord	7 557,52 €	6 422,63 €	13 980,15 €
RAM Saint Laurent Nouan	11 047,66 €	6 479,02 €	17 526,68 €
Multi accueil Huisseau su Cosson	73 155,06 €	42 030,63 €	115 185,69 €
Halte garderie Mont Près Chambord	18 468,12 €	8 088,24 €	26 556,36 €
Multi accueil Saint Laurent Nouan	83 077,39 €	32 679,01 €	115 756,40 €
Accueil jeunes Mont Près Chambord	2 172,96 €	5 248,79 €	7 421,75 €
Séjours Mont Près Chambord	0,00 €	1 773,85 €	1 773,85 €
Coordination enfance – jeunesse Mont Près Chambord	0,00 €	7 488,72 €	7 488,72 €
Coordination enfance – jeunesse Saint Laurent Nouan	0,00 €	11 078,59 €	11 078,59 €
Ludothèque Saint Laurent Nouan	0,00 €	3 273,13 €	3 273,13 €
ALSH Mont Près Chambord	12 592,62 €	5 341,18 €	17 933,80 €
ALSH Huisseau sur Cosson	9 421,44 €	11 626,82 €	21 048,26 €
ALSH Saint Laurent Nouan	36 624,29 €	13 269,04 €	49 893,33 €
ALSH Bracieux	13 377,82 €	8 320,38 €	21 698,20 €
ALSH La Ferté Saint Cyr	6 410,38 €	14 099,34 €	20 509,72 €
ALSH Saint Dyé sur Loire	1 262,00 €	5 266,30 €	6 528,30 €
ALSH Crouy / Thoury	4 761,85 €	12 977,93 €	17 739,78 €
ALSH Maslives	7 713,26 €	0,00 €	7 713,26 €
ALSH Montlivault Commune	4 341,06 €	0,00 €	4 341,06 €
ALSH Montlivault Familles Rurales	4 145,07 €	0,00 €	4 145,07 €
ALSH Saint Claude de Diray	9 298,56 €	0,00 €	9 298,56 €
<b>TOTAL</b>			
<b>Prestations de service Caf versées sur le territoire de la Communauté de communes Grand Chambord</b>	<b>305 427,06 €</b>	<b>195 463,60 €</b>	<b>500 890,66 €</b>

# LE GOUVERNEMENT DE LA CAF DU LOIR-ET-CHER

## Soutien du REAAP sur le territoire de la Communauté de Communes du Grand Chambord

Année de la demande	Destinataire	Objet	Subvention REAAP
2017	APE Mont près Chambord	Conférence "Accompagner les enfants dans leur scolarité et leurs apprentissages"	120 €
2018	APE Mont près Chambord	2 ateliers conférences "Comment développer l'estime de soi, comment se faire obéir sans crier"	300 €
2018	Mairie Saint Laurent Nouan	Conférence "L'enfant et les écrans"	613 €
2019	APE Mont près Chambord	Café parents	400 €
2019	Mairie Saint Laurent Nouan	Conférence "La violence entre les enfants"	300 €
2019	APE Saint Dyé sur Loire	Cycle de conférence "L'usage des écrans au sein des foyers"	497 €
<b>TOTAL sur le territoire de la CC Grand Chambord</b>			<b>2 230 €</b>



**Montant de l'ensemble des prestations versées par la Caf aux allocataires de la CCGC en 2018**

**12 080 221 €**

**Soit 4 311 € par dossier allocataire pour 2018 = 359 € mensuel par dossier allocataire  
Soit 1 441 € par personne allocataire pour 2018 = 120 € mensuel par personne allocataire**

### Mortalité générale

La région Centre-Val de Loire se caractérise globalement par des taux de mortalité générale comparables à ceux observés en France hexagonale. Cette situation voile des disparités infrarégionales voire même au niveau d'un pays. Tous les taux pour 100 000 habitants sont donnés après standardisation par tranche d'âge, avec pour population de référence, la France hexagonale du recensement de population de 2006.

Entre 2007 et 2015, 24 800 décès ont été enregistrés, par an, en moyenne, en région Centre-Val de Loire, toutes causes et tous genres confondus, soit un taux comparatif de mortalité (TCM) de 775,1 décès pour 100 000 habitants, comparable au taux national (772,6). Dans le Loir-et-Cher, le taux comparatif de mortalité est également comparable (770,9 décès pour 100 000 personnes).

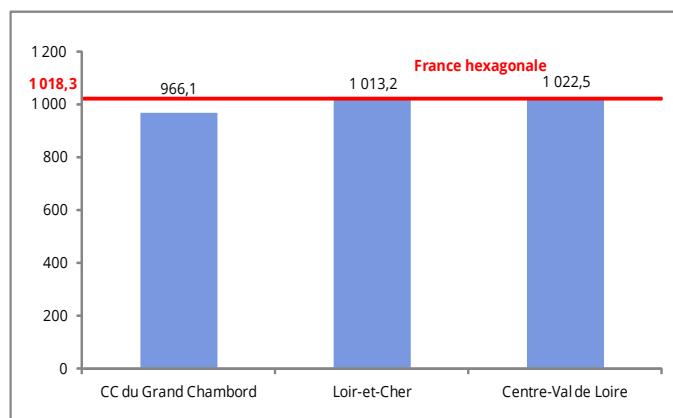
Au sein du Grand Chambord, 1 640 décès ont été recensés entre 2007 et 2015, ce qui représente 182 décès par an. Le taux comparatif y est de 742,4 décès pour 100 000 habitants, ce qui est proche de ceux observés dans le département (770,9), dans la région (775,1) et au niveau national (772,6).

Sur le territoire étudié, les hommes représentent 50,9 % des décès, toutes causes confondues. Avec 93 décès annuels en moyenne, le taux, après standardisation, est de 966,1 décès masculins pour 100 000 habitants, soit un taux comparable à celui observé dans le département (1 013,2), en région (1 022,5) et au niveau national (1 018,3).

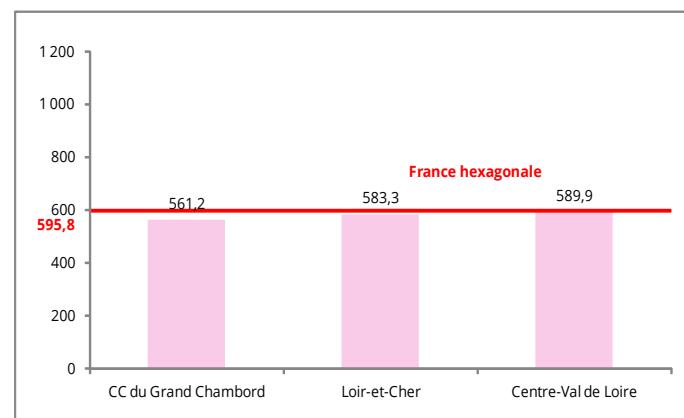
Chez les femmes, 89 décèdent annuellement en moyenne, soit un taux comparatif de mortalité de 561,2, statistiquement comparable à ceux observés aux niveaux départemental (583,3), régional (589,9) et national (595,8).

### TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ GÉNÉRALE [2007-2015]

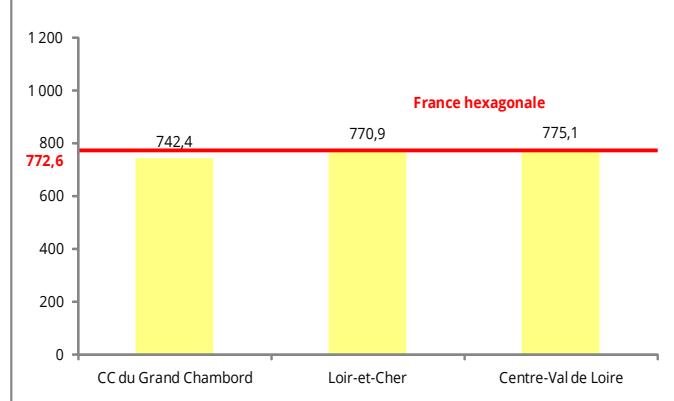
Hommes



Femmes



Deux sexes



SOURCES : INSERM CÉPIDC, INSEE  
EXPLOITATION : DRS CENTRE-VAL DE LOIRE  
RÉFÉRENCE FRANCE HEXAGONALE (RP 2006)  
TAUX POUR 100 000 HABITANTS

## Méthodologie

La mortalité demeure actuellement le seul indicateur de l'état de santé faisant l'objet d'un recueil systématique et continu quelle que soit l'aire géographique et la pathologie. Ce recueil est matérialisé par les certificats de décès remplis par les médecins et exploités par l'Insee (pour les variables démographiques et sociales) et par l'Inserm pour les causes médicales de décès. La description de l'état de

santé présentée dans ce diagnostic a été réalisé au moyen d'une analyse statistique des causes médicales de décès sur 9 années s'échelonnant depuis 2007 jusqu'à 2015. Le choix d'étudier une période de 9 ans est dicté par la nécessité de disposer d'un nombre suffisant de décès pour obtenir une signification statistique par rapport à la faible population concernée à l'échelon communal.

## Grandes causes de décès

La première cause de décès en France hexagonale, en Centre-Val de Loire et dans le Loir-et-Cher est le cancer, avec respectivement 28,2 %, 28,4 % et 27,5 % des parts de décès. Viennent au second plan, les maladies de l'appareil circulatoire, représentant 26,1 % des décès dans le Loir-et-Cher, 26,3 % en Centre-Val de Loire et 26,0 % en France hexagonale. Au sein du Grand Chambord, le cancer est également la première cause de mortalité et représente 27,9 % de l'ensemble des décès et les maladies de l'appareil circulatoire, la deuxième, avec 24,4 % des décès. Les causes externes de morbidité et de mortalité sont la troisième cause des décès sur les territoires, suivies des maladies du système nerveux et des maladies de l'appareil respiratoire (à l'exception du Grand Chambord où les maladies de l'appareil du système nerveux sont la 3<sup>ème</sup> cause de mortalité, suivies des causes externes de morbidité et de mortalité et des maladies de l'appareil respiratoire). En France les maladies de l'appareil respiratoire sont la 4<sup>ème</sup> cause de décès et celles du système nerveux la 5<sup>ème</sup>.

Entre 2007 et 2015, un tiers des décès masculins recensés dans le Grand Chambord sont dus à un cancer (33,9 %), ce qui est proche des niveaux départemental (32,4 %), régional (32,8 %) et national (32,5 %). Les cancers les plus fréquents, quel que soit le territoire, sont les cancers de la trachée, des bronches et du poumon. Le deuxième cancer le plus fréquent est celui du côlon-rectum. Viennent ensuite, au sein du territoire d'étude, le cancer de la prostate et le cancer du pancréas.

Les principales autres causes de décès, chez les hommes, sont les maladies de l'appareil circulatoire, suivi des causes extérieures de traumatismes et empoisonnements (principalement les accidents de la circulation et les suicides). Les décès par maladie de l'appareil circulatoire représentent 21,2 % des décès masculins sur le territoire, soit un taux inférieur à ceux observés aux niveaux départemental (23,9 %), régional (24,3 %) et national (23,9 %). Quant aux décès par causes extérieurs de traumatismes et empoisonnements, ils représentent 9,3 % des décès, soit un

taux supérieur à ceux du département (8,1 %), de la région (8,0 %) et de la France hexagonale (8,0 %).

Chez les femmes, les causes de décès sont par ordre de fréquence : les maladies de l'appareil circulatoire (principalement les cardiopathies ischémiques et maladies vasculaires cérébrales), les cancers, les maladies du système nerveux et les causes extérieures de traumatismes et empoisonnements. Moins d'un tiers des décès recensés (27,7 %) est dû à des maladies de l'appareil circulatoire, soit un taux proche de ceux observés au niveau du département (28,1 %), de la région (28,4 %) et de la France hexagonale (28,3 %). Les cancers sont la deuxième cause de décès avec 21,7 % des décès de la communauté de communes. Ce taux est relativement comparable à ceux observés aux niveaux départemental (22,2 %), régional (23,6 %) et national (23,8 %). Les principaux cancers retrouvés sont les cancers du sein, du côlon-rectum, ainsi que de la trachée, des bronches et des poumons. Les maladies du système de nerfs représentent, sur le territoire, 10,1 % des décès sur la période, chez les femmes, soit un taux supérieur aux territoires de référence (respectivement 7,7 % dans le Loir-et-Cher, 7,8 % en Centre-Val de Loire et 7,5 % au niveau national). Les maladies de l'appareil respiratoire sont la quatrième cause de décès des femmes du territoire avec 7,0 % des décès (5,8 % dans le Loir-et-Cher et en Centre-Val de Loire et 6,3 % en France hexagonale). Viennent ensuite les causes extérieures de traumatismes et empoisonnements qui représentent 5,3 % des décès au sein du Grand Chambord, ce qui est comparable aux taux retrouvés aux niveaux départemental (5,1 %), régional (5,3 %) et national (5,5 %).

Tous sexes confondus, la part des maladies cardiovasculaires dans le Grand Chambord (24,4 %) est inférieure à celles observées au niveau du département (26,1 %), de la région (26,3 %) et de la France hexagonale (26,0 %). La part des cancers (27,9 %) au sein du Grand Chambord est comparable à celles observées aux niveaux du département (27,5 %), de la région (28,4 %) et de la France hexagonale (28,2 %).

# DOSSIER DE MORTALITÉ

## GRANDES CAUSES DE DÉCÈS 2007-2015

Hommes	Nombre annuels de décès CC du Grand Chambord	Part dans l'ensemble des décès (en %)		
		CC du Grand Chambord	Loir-et-Cher	Centre-Val de Loire
<b>Cancers</b>	<b>31</b>	<b>33,9</b>	<b>32,4</b>	<b>32,8</b>
- Trachée, bronches, poumons	7	7,5	7,2	7,5
- Côlon-rectum	nd	nd	3,5	3,5
- Prostate	nd	nd	4,3	3,8
<b>Maladies de l'appareil circulatoire</b>	<b>20</b>	<b>21,2</b>	<b>23,9</b>	<b>24,3</b>
- Cardiopathies ischémiques	5	5,9	7,0	7,5
- Maladies cérébrovasculaires	5	5,0	5,3	5,0
<b>Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements</b>	<b>9</b>	<b>9,3</b>	<b>8,1</b>	<b>8,0</b>
- Suicides	nd	nd	3,1	2,9
- Accidents de la circulation	nd	nd	1,2	1,1
<b>Maladies de l'appareil respiratoire</b>	<b>6</b>	<b>6,8</b>	<b>5,7</b>	<b>5,9</b>
<b>Autres causes</b>	<b>27</b>	<b>28,7</b>	<b>29,8</b>	<b>29,0</b>
<b>Toutes Causes</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Femmes	Nombre annuels de décès CC du Grand Chambord	Part dans l'ensemble des décès (en %)		
		CC du Grand Chambord	Loir-et-Cher	Centre-Val de Loire
<b>Maladies de l'appareil circulatoire</b>	<b>25</b>	<b>27,7</b>	<b>28,4</b>	<b>28,4</b>
- Cardiopathies ischémiques	6	6,2	5,9	5,9
- Maladies cérébrovasculaires	5	6,1	7,4	7,0
<b>Cancers</b>	<b>19</b>	<b>21,7</b>	<b>22,2</b>	<b>23,6</b>
- Sein	nd	nd	4,3	4,4
- Côlon-rectum	nd	nd	3,0	3,0
- Trachée, bronches, poumons	nd	nd	2,3	2,7
<b>Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements</b>	<b>5</b>	<b>5,3</b>	<b>5,1</b>	<b>5,3</b>
- Suicides	nd	nd	0,9	0,9
- Accidents de la circulation	nd	nd	0,5	0,4
<b>Maladies de l'appareil respiratoire</b>	<b>6</b>	<b>7,0</b>	<b>5,8</b>	<b>5,8</b>
<b>Autres causes</b>	<b>34</b>	<b>38,3</b>	<b>38,5</b>	<b>37,0</b>
<b>Toutes causes</b>	<b>89</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

SOURCE : INSERM CÉPIDC  
EXPLOITATION ORS CENTRE-VAL DE LOIRE  
ND : NON DISPONIBLE EN RAISON D'EFFETIFS INFÉRIEURS À 5

## Mortalité prématuée

L'allongement de la durée de vie et le vieillissement de la population conduisent à une augmentation sensible de l'âge moyen au décès.

Entre 2007 et 2015, plus de la moitié des personnes décédées en France avaient plus de 80 ans. Conséquences de cette évolution, les statistiques des causes de décès sont de plus en plus le reflet de la mortalité aux grands âges, limitant ainsi leur utilisation pour évaluer les besoins de prévention.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2015, l'espérance de vie à la naissance en France hexagonale était de 79,1 ans pour les hommes et de 85,3 ans pour les femmes (pour le Grand Chambord, le Loir-et-Cher et la région Centre-Val de Loire, les espérances de vie à la naissance étaient de 80,8, 79,6 et 79,0 ans pour les hommes et de 86,2, 85,4 et 85,3 ans pour les femmes). Ainsi les décès qui se produisent avant 65 ans peuvent être considérés comme prématués. Si la mortalité prématuée est en constante diminution en France, elle demeure l'une des plus élevées comparativement aux pays européens voisins. Ainsi, le paradoxe français est de présenter, parmi les pays de l'Union européenne, pour les hommes comme pour les femmes, la meilleure espérance de vie à 65 ans et une mortalité prématuée défavorable.

Jusqu'au début des années 2000, la situation en région Centre-Val de Loire semblait globalement moins défavorable qu'en moyenne en France hexagonale, avec des taux comparatifs de mortalité prématuée inférieurs à ceux observés nationalement. Toutefois, la tendance s'est inversée depuis entre 2004 et 2014, avec des taux comparatifs de mortalité prématuée supérieurs aux taux nationaux. Dernièrement, la situation régionale est identique à celle du niveau national.

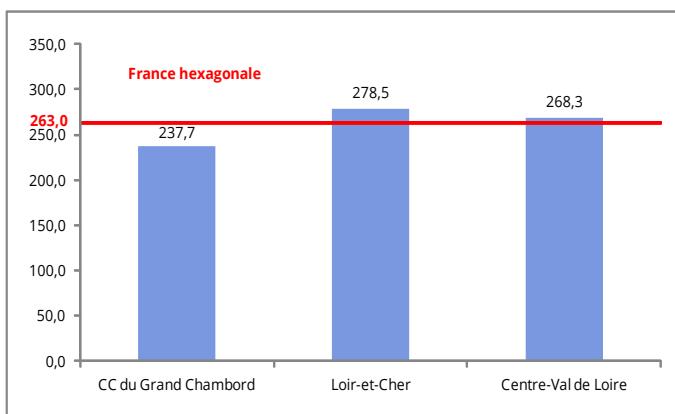
À structure d'âge comparable, 165,1 décès de personnes de moins de 65 ans pour 100 000 habitants ont été recensés en moyenne dans le Grand Chambord entre 2007 et 2015, soit un taux inférieur à ceux observés aux niveaux départemental (201,0), régional (194,9) et national (190,8).

L'analyse par sexe permet de mettre en évidence que les hommes sont davantage touchés par cette mortalité prématuée avec un taux de 237,7 décès prématués pour 100 000 habitants, taux inférieur au niveau départemental, mais non statistiquement différent des échelons régional et national. Chez les femmes, on retrouve un taux de 92,9 décès prématués pour 100 000 habitants, significativement inférieur à ceux observés aux niveaux départemental (125,3), régional (123,6) et national (121,7).

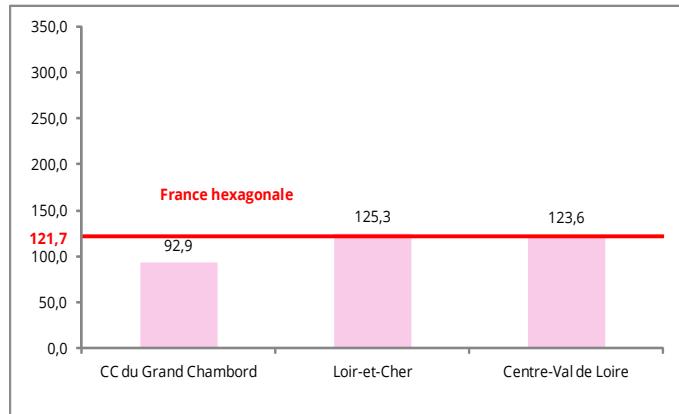
# DOSSIER DE MORTALITÉ

## TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ PRÉMATURÉE (2007-2015)

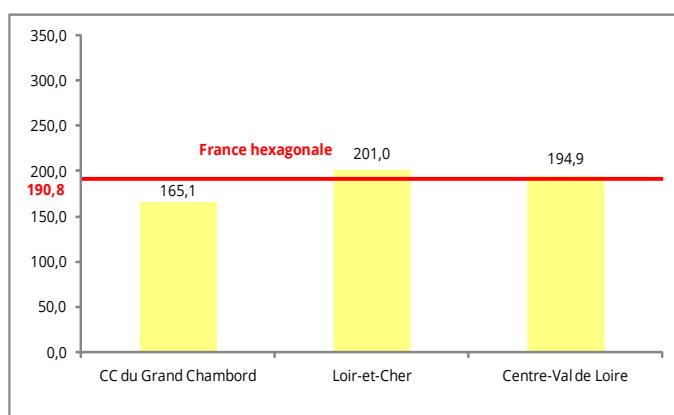
Hommes



Femmes



Deux sexes



SOURCES : INSERM CÉPIDC, INSEE  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE  
RÉFÉRENCE FRANCE HEXAGONALE (RP 2006)  
TAUX POUR 100 000 HABITANTS

Une grande part des décès prématurés aurait pu être évitée en agissant sur les facteurs de risques individuels ou, par exemple, avec une prise en charge plus performante des systèmes de soins. La prévention primaire constitue un levier permettant de diminuer l'incidence de cette mortalité évitable liée aux comportements à risque. Cela inclut notamment la consommation d'alcool, de tabac, les accidents de la route, le suicide et le sida.

Ainsi, pour la période 2007-2015, parmi les 32 décès annuels prématurés survenus au sein du Grand Chambord, on peut considérer que 12 décès prématurés auraient pu être évités par la prévention primaire, soit 38,6 % des décès prématurés (34,4 % dans le Loir-et-Cher, 33,3 % dans la région Centre Val-de Loire et 31,3 % en France hexagonale).

## Admissions en affection de longue durée (ALD)

Entre 2006 et 2014, en moyenne, plus de 59 100 admissions en affection longue durée sont recensées chaque année en région Centre-Val de Loire (plus de 31 300 chez les hommes et près de 27 800 chez les femmes). Dans le Loir-et-Cher, cela représente 7 466 nouvelles admissions par an. Pour la communauté de communes de Grand Chambord, on observe 396 nouvelles admissions par an (218 chez les hommes et 177 chez les femmes).

À l'échelle du territoire, chez les hommes, les principaux motifs d'admissions en ALD sont, par ordre de fréquence, les maladies cardiovasculaires (33,8 %) puis les tumeurs malignes (27,6 %).

On observe également ces principaux motifs chez les femmes selon un classement similaire mais avec de plus faibles proportions, les maladies cardiovasculaires représentant 30,6 % de leurs admissions en ALD et les tumeurs malignes, 23,4 %.

Le diabète est la troisième cause d'admission en ALD tant chez les hommes que chez les femmes, respectivement avec 18,6 % et 15,6 % des admissions en ALD.

En éliminant l'effet de la structure par âge, le taux d'admission en ALD au sein du Grand Chambord est de 1 889,0 pour 100 000 habitants, entre 2006 et 2014. Ce taux comparatif est inférieur à ceux du département (1 974,6), de la région (2 178,2) et de la France hexagonale (2 217,3).

Au total, en 2017, 4 816 personnes du Grand Chambord bénéficiaient d'une prise en charge pour une ALD. Ce chiffre s'élève à 96 318 à l'échelle du département, 681 408 dans la région et 15 935 176 au sein du territoire national.

### PRINCIPALES ADMISSIONS EN AFFECTION DE LONGUE DURÉE (2006-2014)

		Nombre d'admissions annuelles CC du Grand Chambord	Part dans l'ensemble des admissions (en %)		
			CC du Grand Chambord	Loir-et-Cher	Centre-Val de Loire
Hommes	Maladies cardiovasculaires	74	33,8	36,1	36,7
	Tumeurs malignes	60	27,6	24,3	22,3
	Diabète	41	18,6	18,5	17,6
	Affections Psychiatriques	7	3,4	4,3	6,0
	Insuffisance respiratoire chronique	5	2,4	2,9	3,0
	Alzheimer et autres démences	7	3,2	3,2	2,9
	Autres	24	10,9	10,7	11,4
	Total	218	100,0	100,0	100,0
Femmes	Maladies cardiovasculaires	54	30,6	31,0	31,2
	Tumeurs malignes	41	23,4	22,8	21,7
	Diabète	28	15,6	17,4	15,8
	Affections Psychiatriques	11	6,2	6,2	7,9
	Insuffisance respiratoire chronique	4	2,4	2,5	2,7
	Alzheimer et autres démences	15	8,4	8,0	7,0
	Autres	24	13,5	12,1	13,7
	Total	177	100,0	100,0	100,0

SOURCES : CNAMTS, CCMSA, RSI, INSEE  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

# ÉCONOMIE DE LA FÉCONDITÉ ET DE L'ENFANT

## Naissances

Pour la période 2015-2017, l'indice conjoncturel de fécondité du Grand Chambord est de 1,8 enfant par femme de 15 à 49 ans (1,9 dans le Loir-et-Cher, en Centre-Val de Loire et en France hexagonale).

### INDICE DE FÉCONDITÉ (2015-2017)

	Nombre d'enfant par femme âgée de 15-49 ans
<b>CC du Grand Chambord</b>	<b>1,8</b>
Loir-et-Cher	1,9
Centre-Val de Loire	1,9
France Hexagonale	1,9

SOURCES : INSEE (RP 2015, 2016 ET 2017). ÉTAT CIVIL  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

## Lieu de naissance

Le département du Loir-et-Cher dispose d'une maternité de niveau 2 au centre hospitalier de Blois, qui dispose d'une unité d'obstétrique et de néonatalogie pouvant prendre en charge des grossesses à risque modéré et des nouveau-nés nécessitant une surveillance particulière, mais pas de réanimation. Celle du centre hospitalier de Blois est de niveau II B, c'est-à-dire qu'elle possède une unité de soins continus et une unité de soins intensifs de néonatalogie.

Plusieurs maternités de niveau 1 sont également situées dans le département à Blois (polyclinique), Romorantin-Lanthenay et Vendôme. Ces établissements disposent d'unité d'obstétrique permettant la prise en charge des grossesses sans risque particulier. Une présence pédiatrique permet l'examen du nouveau-né et la prise en charge auprès de la mère d'un certain nombre de situations fréquentes et sans gravité.

Au cours de la période 2014-2017, 55,1 % des naissances ont eu lieu au centre hospitalier de Bourges, ce qui représente, en moyenne, 96 naissances par an. 36,9 % des naissances ont eu lieu à la polyclinique de Blois sur la même période.

Enfin, 4,9 % des accouchements de femmes vivant au sein de la communauté de communes du Grand Chambord se sont déroulés en dehors du département sur la période considérée (dont une grande majorité dans le Loiret et l'Indre-et-Loire).

## Âge moyen de la mère à l'accouchement

L'âge moyen des mères primipares domiciliées dans le Grand Chambord est de 28,1 ans au cours de la période 2014-2017 (27,1 ans dans le Loir-et-Cher et 27,6 ans en Centre-Val de Loire).

L'âge moyen à l'accouchement des mères multipares, sur le territoire, est de 30,7 ans (30,7 ans dans le Loir-et-Cher et 31,2 ans en Centre-Val de Loire).

# DIAGNOSTIC LOCAL DE SANTÉ DU GRAND CHAMBORD 2018

## LE GRAND CHAMBORD L'ÉTAT DE LA SANTÉ DU GRAND CHAMBORD

### Suivi de la grossesse

Au cours de la période 2014-2017, 54,3 % des femmes enceintes du territoire ont réalisé le nombre d'échographies recommandé au niveau national, au nombre de 3. Ce taux est inférieur à ceux du Loir-et-Cher (56,8 %) et de la région (71,7 %). Le nombre moyen d'échographies réalisées par femme enceinte du Grand Chambord est de 3,8 (3,8 dans le département et 3,3 dans la région).

Concernant la préparation à l'accouchement, elle concerne 40,3 % des grossesses en 2016 en Centre-Val de Loire et est plus fréquente chez les primipares que chez les

multipares (en 2014 dans la région, 62,0 % des primipares y ont eu recours contre 26,3 % chez les multipares). La pratique de préparation à l'accouchement dépend également des établissements : en effet, elle est plus fréquente dans les établissements privés (62 %) que dans les établissements publics (36 %).

Au cours de la période 2014-2017, le taux de préparation à l'accouchement sur le territoire est de 62,8 % (47,1 % dans le département et 39,8 % dans la région).

### 1<sup>ers</sup> jours d'allaitement

Durant la période 2014-2017, 57,3 % des mères du territoire avaient débuté un allaitement au moment du remplissage du certificat du 8<sup>ème</sup> jour. C'est inférieur aux taux observés dans le département et la région (61,2 % pour les deux).

### Macrosomie fœtale

Durant la période 2014-2017, 39 enfants du territoire (effectifs cumulés) pèsent plus de 4 000 grammes à la naissance, soit un taux de 5,6 % (macrosomie fœtale de 2,4 %). Le taux d'enfants de plus de 4 kg à la naissance dans le département et en région est de 6,1 % et 6,3 % (taux de macrosomie fœtale : 2,2 % pour les deux territoires).

### Prise en charge libérale des mères

Au 1<sup>er</sup> janvier 2018, le Grand Chambord compte 1 sage-femme ayant un mode d'exercice libéral, soit une densité de 24,4 professionnels pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans. Sur les territoires de référence, la densité de sages-femmes libérales est de 31,0 dans le Loir-et-Cher, 28,8 en Centre-Val de Loire et 31,5 en France hexagonale (24,4 pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans, tous modes d'exercices confondus au sein du Grand Chambord, 142,4 dans le Loir-et-Cher, 150,7 dans le Centre-Val de Loire et 153,4 en France hexagonale).

Au 1<sup>er</sup> janvier 2018, aucun gynécologue n'est implanté sur le territoire. La densité de gynécologue libéral du Loir-et-Cher est de 8,4 professionnels pour 100 000 femmes de 15 ans et plus (8,5 en Centre-Val de Loire et 12,5 en France hexagonale). La densité de gynécologues obstétriques et médicaux (tous modes d'exercice confondus) est de 15,4 dans le Loir-et-Cher, 20,5 en Centre-Val de Loire et 27,4 en France hexagonale.

# CHAPITRE DE LA SANTÉ ET DE L'ÉTAT DE LA FAMILLE

## Suivi médical post-natal des enfants

Afin de surveiller le bon développement physiologique de l'enfant après sa naissance, des bilans de santé sont réalisés à différentes périodes de sa croissance. Dans un premier temps, à l'âge de 3-4 ans, des bilans de santé sont établis par les services départementaux de protection maternelle et infantile (PMI) dans le but de dépister d'éventuels troubles de la vision, de l'audition, du langage, de la motricité, du développement staturo-pondéral et de surveiller le niveau de vaccination.

Plus tard, à l'âge de 5-6 ans, d'autres bilans de santé sont établis par le service santé de l'Inspection académique afin de détecter là-aussi des troubles physiologiques dans le développement de l'enfant.

## Mortalité infantile

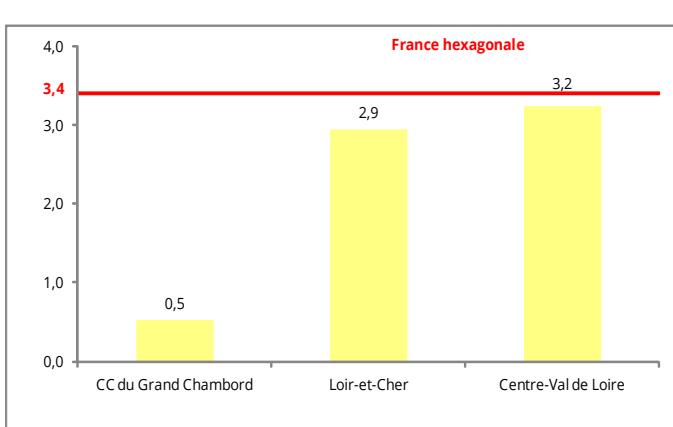
Autrefois très fréquents, les décès d'enfants de moins d'un an sont devenus rares en France principalement en raison des progrès médicaux (amélioration des techniques d'accouchement, lutte contre les maladies infectieuses par le biais de la vaccination systématique...). En 2012, la France métropolitaine se retrouve, d'après Eurostat, au 13<sup>ème</sup> rang des pays européens (sur 28) concernant la mortalité infantile, au 18<sup>ème</sup> si l'on compte la France entière.

Pour la période 2007-2015, le taux de mortalité infantile du Grand Chambord est de 0,5 décès annuels moyens pour 1 000 enfants nés vivants. Sur la même période, le taux de mortalité infantile du département est de 2,9 décès pour 1 000 naissances vivantes, celui de la région de 3,2 et celui de la France hexagonale de 3,4.

Il faut considérer deux composantes de la mortalité infantile qui sont bien distinctes par leur signification : la mortalité néonatale (moins de 28 jours) est liée aux pathologies et incidents de la grossesse et périnataux (anomalies congénitales, souffrance fœtale, prématurité, infections materno-fœtales), alors que la 1<sup>ère</sup> cause de décès post-néonatal (28 jours à 1 an) est la mort subite du nourrisson.

Le taux de mortalité néonatale du Grand Chambord est inférieur aux taux départemental, régional et national (0,0 % contre 1,5 % dans le département, 2,0 % en Centre-Val de Loire et 2,3 % en France hexagonale). Le taux de mortalité post-néonatal est également inférieur à l'ensemble des territoires (0,5 % contre 1,4 % dans le département, 1,3 % en Centre-Val de Loire et 1,1 % en France hexagonale).

### TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE 2007-2015



SOURCES : INSEE ETAT CIVIL, INSERM CEPIDC  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

# État de santé de la mère et de l'enfant à la naissance

## Prématurité et enfants de petit poids

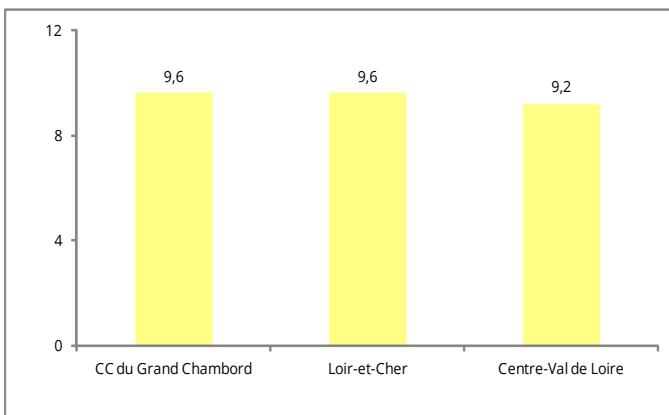
La prématurité est définie par un terme inférieur à 37 semaines d'aménorrhée et un nouveau-né est considéré en petit poids en-dessous de 2 500 g.

Au cours de la période 2014-2017, ces deux éléments concernaient 9,6 % des naissances du Grand Chambord, selon l'exploitation des certificats de santé du 8<sup>ème</sup> jour détenus par le service de la PMI du Conseil départemental. Ce taux est identique à celui du Loir-et-Cher (9,6 %) et supérieur à celui de la région (9,2 %).

Afin de ne pas créer de doublons dans les effectifs, cet indicateur tient compte des petits poids (<2 500 g) et des naissances prématurées (hors petits poids, déjà comptabilisés). Les résultats ont été pondérés du fait de l'absence de saisie de certains certificats pour un département de la région.

Les progrès en matière de prise en charge des prématurés ont permis de développer la pratique d'extraction précoce du fœtus présentant un risque de mort in-utero d'où l'augmentation, depuis plus de vingt ans, du nombre de naissances prématurées et de faible poids. Les grossesses multiples également se sont développées avec la procréation médicale assistée (PMA) ; grossesses multiples qui entraînent plus souvent prématurité et/ou petit poids.

### Naissances prématurées\* et nouveau-nés pesant moins de 2 500 g entre 2014-2017



SOURCE : CS8, PMI  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE  
\*EN SEMAINES D'AMÉNORRHEE

# CHARTRE DE LA FAMILLE ET DE L'ENFANT

## Ressources disponibles sur le territoire

Le collège d'enseignement général Hubert Fillay de Bracieux accueille des élèves de la 6<sup>ème</sup> à la 3<sup>ème</sup>. Il dispose également d'une unité localisée pour l'inclusion scolaire (Ulis) de 12 élèves. Il mène des actions d'éducation et de prévention en partenariat avec divers acteurs (Anpaa 41, Maison des adolescents de Blois, Ifsi, etc.). Au cours de l'année scolaire 2019-2020, des actions ont par exemple été réalisées avec l'Anpaa sur les addictions (élèves de 6<sup>ème</sup> et de 4<sup>ème</sup>) et les réseaux sociaux (élèves de 4<sup>ème</sup>). Des actions ont été réalisées sur l'estime de soi « Savoir dire non » avec VRS à destination des élèves de 6<sup>ème</sup>. D'autres actions ont été réalisées avec l'Ifsi sur le consentement (élèves de 3<sup>ème</sup>) et la gestion de la douleur (élèves de 5<sup>ème</sup>). Enfin, les élèves ont été également sensibilisés sur d'autres thématiques au cours de l'année 2019-2020 : l'usage des écrans (élèves de 5<sup>ème</sup>), la contraception (élèves de 4<sup>ème</sup>), la journée de lutte contre le sida (tous les élèves), le petit-déjeuner (élèves de 6<sup>ème</sup>), le mieux manger, le handicap dans le cadre du handisport (élèves de 5<sup>ème</sup>), PSC1 (élèves de 4<sup>ème</sup>), formation délégués (tous les élèves) , éco-délégués (tous les élèves) et la préparation à l'ASSR (Attestation scolaire de sécurité routière) (élèves de 5<sup>ème</sup> et de 3<sup>ème</sup>).

Le centre communal d'action sociale (CCAS) de Mont-Près-Chambord met en œuvre la politique d'accompagnement social du territoire. Il a des missions :

- d'aide sociale légale (information et accompagnement des dossiers afférents à l'aide sociale portée par le département ou l'État) afin de favoriser l'accès aux dispositifs d'aide sociale en vigueur ;
- d'aide sociale facultative (faire face à une situation d'urgence, rompre l'isolement, accompagner les habitants les plus vulnérables dans leurs démarches administratives et sociales et garantir l'accès aux droits fondamentaux pour chacun) ;
- de prévention (inscription des personnes vulnérables sur un fichier « prévention en cas de conditions météorologiques exceptionnelles » ; plan canicule - grand froid ; actions d'accompagnement sur la parentalité, accès à la culture, aux soins, etc.).

L'action les « tout petits cafés – Café tétées » est une action autour de la périnatalité et l'allaitement maternel. C'est une action de soutien, de prévention en périnatalité qui est réalisée par le CCAS de Mont-Près Chambord à la médiathèque depuis 2018. Elle se déroule une fois par mois à la médiathèque de Mont-Près Chambord à destination des parents, des grands-parents, des assistantes maternelles, des futurs parents, etc. L'action a pour objectif d'accompagner à l'arrivée d'un bébé dès la naissance avec quelques ateliers à thème (massage, portage, alimentation, prévention, etc.). Les mamans à la recherche de soutien, d'information autour du tout petit bébé sont accueillies sans rendez-vous une fois par mois de 10h à 12h. Cette action mise en place permet aux mamans fragilisées par le bouleversement d'une naissance de trouver un lieu d'écoute et de soutien auprès de bénévoles et de professionnels de la toute petite enfance avant 3 mois. À terme, cette action pourrait être développée dans d'autre lieu d'échanges sur le territoire pour permettre de rompre l'isolement de ces jeunes parents, de trouver un lieu d'écoute simple et bienveillant, pluridisciplinaire afin de pouvoir les orienter vers des professionnels si besoin.

La micro-crèche « Au jardin de l'enfance » de Bracieux accueille des jeunes enfants entre 0 et 4 ans. Elle assure des missions d'accueil des enfants et de leur famille, veille au bien-être de l'enfant, assure un cadre d'accueil sécurisé et agréable, répond aux besoins essentiels de l'enfant, les accompagne dans leur développement global au quotidien et assure un soutien à la parentalité.

# ÉTAT DE SANTE DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT

## Synthèse de la rencontre avec les professionnels

### Mère et enfant

Sans gynécologue, et avec l'équivalent d'un temps plein de sage-femme libérale pour le territoire, le suivi des grossesses s'effectue principalement avec les médecins traitants ou les professionnels extérieurs au territoire et dans les maternités. Suite à l'accouchement, les acteurs rencontrés relèvent une situation fréquente d'isolement des parents, alors qu'ils se trouvent dans une période de leur vie où ils ont besoin de conseils. Il y a beaucoup moins de relai familial que par le passé, car les familles ne vivent plus nécessairement à proximité. Les femmes sont parfois seules avec leurs bébés ou avec une présence significative de leur conjoint mais sans personne susceptible de les aider dans les problèmes qu'elles peuvent rencontrer avec leur enfant.

Au niveau des professionnels, la période entre la naissance et les trois mois de l'enfant est en effet peu accompagnée. Les femmes sortent rapidement de la maternité et voient ensuite rarement des professionnels susceptibles de les étayer, de les guider dans les gestes du quotidien, de répondre à leurs questions. Le système Prado ne repose que sur un poste de sage-femme à temps partiel, avec très peu de possibilité pour une sage-femme libérale. Cela peut en partie expliquer les difficultés lors de la mise en place de l'allaitement

*Professionnel : « Là en ce moment, j'accompagne 2 mamans où la sage-femme n'est toujours pas passée et les enfants ont plus de 8 jours et la sage-femme est débordée, il n'y a pas assez de sages-femmes libérales. Il n'y en a pas sur le territoire. Il y en a une qui n'est pas à temps plein sur le territoire. »*

*Conseil vie citoyenne : « Ça explique aussi peut-être le fait qu'il y ait moins de femmes qui allaitent parce que je pense qu'elles n'ont pas d'information, et comme on a pas de personnel sur place, évidemment elles sont pas informées... On les laisse se débrouiller. »*

Les professionnels des crèches, les assistantes maternelles ne sont vues généralement qu'au bout de trois mois. Avant cela, seule une visite de la puéricultrice de PMI est prévue systématiquement pour les premiers enfants, et cette institution souffre encore d'une image négative dans certaines familles. Pour les familles qui ont un médecin traitant, celui-ci sera le plus généralement consulté lors des vaccinations ou si un problème médical est suspecté.

*Professionnel : « Elles se retrouvent toutes seules, isolées en*

*Sologne, sans famille autour, elles ont suivi un conjoint qui travaille à la centrale, un mari gendarme qui travaille, et elles se retrouvent toutes seules. Et puis, il y a encore une très mauvaise image de la PMI, qui est là pour retirer les enfants... globalement. Donc on n'appelle pas, surtout pas. »*

*Professionnel : « La seule personne qui, entre guillemets, aujourd'hui, peut répondre rapidement à leurs questions, c'est les urgences pédiatriques. »*

*Professionnel : « Le gouffre est énorme pour les parents de 0 à 3 mois, là il n'y a personne hormis le médecin traitant, c'est tout, et les nouveaux arrivants n'ont pas de médecin traitant. »*

Sur cette période juste après la naissance, il manque donc des lieux d'accueils parents-enfants ou des lieux de rencontre, associatifs ou organisés par les CCAS, comme celui initié à Mont-Près-Chambord, permettant aux femmes, aux parents d'échanger leurs expériences et/ou de bénéficier de conseils de professionnels de la petite enfance. Ce type d'organisation ouverte permet aussi aux femmes qui en auraient le besoin et l'envie d'avoir fait un premier pas vers un accompagnement (avec une moindre stigmatisation), en étant ensuite aiguillées vers la PMI, un psychologue ou d'autres acteurs effectuant du soutien à la parentalité de façon plus soutenue. Ces lieux peuvent être plus facilement accessibles que les ressources situées sur Blois, notamment pour les familles les moins mobiles.

*Professionnel : « Il n'y a pas de LAEP sur le secteur, pas de lieu d'accueil enfant-parents sur le secteur. Par contre, il y en a à Blois, des gens du secteur peuvent aller à Blois, c'est gratuit, c'est ouvert, c'est anonyme. Par contre, il faut se déplacer, il faut y aller. »*

*Professionnel : « Là, on a un partenariat avec le CCAS de Mont-Près-Chambord. On a ouvert ce qu'on appelle les tout petits cafés qui accueillent les mamans avant qu'elles aient repris le travail, (...) elles sont très contentes de venir discuter ensemble, sans rien. (...) C'est rien, ça demande une pièce chauffée c'est tout. »*

La démarche de recherche d'un soutien à la parentalité peut être aussi compliquée parce que les parents ne savent pas à qui s'adresser. Ils n'ont généralement pas d'interlocuteur direct à même de les aiguiller au sein des petites communes, à part le maire qui n'a pas forcément les connaissances et compétences pour orienter parfaitement les familles, notamment quand il y a des problématiques de santé. Les lieux de rencontre pour les parents sont alors propices

# DISPONIBILITÉ DE LA PMI ET DE L'ÉDUCATION THERAPEUTIQUE

parce qu'ils permettent à certains professionnels de se faire connaître auprès d'eux et de faciliter le recours par la suite. L'information quant à l'existence des lieux ressources doit être développée à l'échelle intercommunale pour que toutes les familles du territoire, y compris celles qui résident sur de petites communes avec des services moins développées, puissent en bénéficier.

*Professionnel : « Nous, on accompagne le CCAS, on a fait rentrer la PMI, il y a toujours une puer' de PMI qui passe, comme ça... Et puis on essaie toujours de trouver quelques partenaires, et qui du coup comme ça peuvent rentrer, s'installer... Et après aller au domicile des gens. »*

*Professionnel : « Et puis il n'y a pas d'interlocuteurs, c'est ça surtout. Il y a un manque de redéploiement de ce qui se fait en ville, entre guillemets, et qui est complètement coupé de la ruralité. »*

L'offre de multi-accueil est assez développée, avec différentes amplitudes horaires et un accès à ces accueils, ainsi qu'aux centres de loisirs, à des tarifs qui tiennent compte des possibilités financières des familles.

*Conseil développement : « Il y a des communes qui ont fait des efforts pour mettre en place des garderies même sur des petites structures. Moi je suis de Thoury, donc c'est pas très gros mais il y a depuis quelques années un accueil le matin, et un accueil le soir. Plus une structure le mercredi et une partie des vacances scolaires, ça ça a été mis en place assez récemment et ça a amélioré quand même beaucoup le sujet. Et les assistantes maternelles, on en a quand même un peu sur le territoire aussi... »*

Mais les acteurs rencontrés regrettent que les initiatives développées soient entreprises individuellement par telle ou telle commune, dispersées, sans vision d'ensemble des besoins du territoire et sans articulation entre elles. Cela est observé aussi bien dans le secteur de la petite enfance que pour les enfants un peu plus grands, avec des accueils de loisirs qui peinent à atteindre la taille critique pour fonctionner. Il y a donc de grandes disparités dans l'offre de service pour l'accompagnement des jeunes, avec une offre conséquente sur certains villages et absente sur d'autres plus petits. Il est difficile de recruter des animateurs qualifiés en secteur rural, et cela d'autant plus quand ces petites communes sont éloignées de l'agglomération de Blois, par exemple du côté de La Ferté Saint-Cyr. Les différences qualitatives et pédagogiques entre les services pourraient être réduites et/ou apparaître plus lisibles pour les familles avec une volonté plus forte de regroupement et de mutualisation. Les coopérations existent, avec des conventions entre certaines communes (par exemple Neuvy, Bauzy, Bracieux, Mont-Près-Chambord) mais certaines communes sont encore isolées et les rapprochements ont plus lieu pour des questions organisationnelles (regroupement pour les

vacances où il y a moins d'enfants...) que dans une volonté de regrouper et d'harmoniser les pratiques.

*Professionnel : « On ne sent pas vraiment la volonté (...) de mutualiser certains moyens pour faire, par exemple, un centre de loisirs un peu plus grand ou voilà. En matière de parentalité, on n'a pas de Reap local par exemple sur cette communauté de communes. »*

*Professionnel : « Donc sur les liens, il y a du travail. Pour le moment, on reste pas mal dans notre structure et notre environnement à l'échelle communale. »*

*Professionnel : « À La Ferté où du coup on est vraiment isolé parce qu'on n'a pas de regroupement. Il y a Thoury qui est raccroché à Crouy, et nous, on est tous seuls en fait, on est vraiment tout seuls. »*

## Accueil des enfants en situation de handicap

L'accueil des enfants en situation de handicap se fait de plus en plus souvent en milieu ordinaire, à l'école et en milieu périscolaire. Cette orientation correspond aux politiques publiques qui se veulent plus inclusives pour ce public. Cette évolution souffre toutefois de certains manques pour l'accompagnement des enfants. D'une part, les structures spécialisées pour les enfants en situation de handicap (IME, ITEP...) n'ont pas assez de places pour accueillir des enfants qui n'ont, de toute façon, pas l'autonomie suffisante pour évoluer dans des environnements ordinaires.

*Professionnel : « Il manque des places en IME, en Itep, en Ulis, on observe des enfants qui attendent des places pendant 1 an, 2 ans. Ils sont obligés parfois de se retrouver en Ulis alors qu'ils devraient être en IME. C'est vraiment quelque chose qui pose un gros problème. »*

D'autre part, l'accompagnement nécessaire en milieu ordinaire ne se réduit pas à l'école, et les structures périscolaires manquent beaucoup de moyens et de formation pour gérer dans de bonnes conditions l'accueil de ces enfants. Elles n'ont pas suffisamment d'animateurs, ne peuvent former ceux-ci à tous les handicaps et n'ont pas de possibilité d'employer les personnels déjà au contact des enfants au sein de l'Éducation nationale. En l'absence de ces solutions, les enfants sont accueillis et des solutions trouvées au cas par cas, avec plus ou moins de réussite selon le contexte et le handicap.

*Professionnel : « On est en difficultés en tant que professionnels pour accueillir, en termes de centres de loisirs, les enfants en situation de handicap. On s'aperçoit qu'on ne nous donne pas de moyens, enfin nous on essaie de se les donner le mieux qu'on peut mais on ne les donne pas non plus aux familles et ça devient un réel souci (...) On donne les moyens en milieu scolaire parce qu'il y a des AESH, comme on peut. C'est limité*

# CHAPITRE DE LA MÉDECINE ET DE L'ÉDUCATION

mais nous, hors milieu scolaire, c'est zéro. »

Professionnel : « On fait ce qu'on peut, c'est de la débrouille entre guillemets c'est à dire que ça va être, bah la dernière fois, c'est l'ergothérapeute de la famille qui est venu pour expliquer à l'animateur comment on faisait pour déplacer l'enfant de son siège aux toilettes par exemple. »

Les difficultés sont plus prégnantes pour certains type de handicap, comme l'autisme, où les troubles du comportement suscitent souvent le rejet des autres enfants et où les animateurs se sentent démunis pour les prendre en charge. Si quelques sensibilisations ont pu être organisées par la Caf pour l'accueil de ces enfants dans les crèches ou ALSH (entre 2015 et 2017), de véritables formations seraient utiles pour mieux intégrer ces enfants dans ces environnements, ou des modalités permettant de faire intervenir les accompagnants habituels de ces enfants. Ces types de collaboration et de partenariats sont plus difficiles à mettre en place dans un contexte de restriction budgétaire, où des postes ne sont pas reconduits, les temps des professionnels sont comptés, et peu disponibles pour le travail avec des partenaires des différents secteurs (éducatif, social, médico-social, sanitaire).

Professionnel : « Dans le soin, autrefois à Blois, au CMPP, il y avait un enseignant qui faisait le lien avec les écoles et son poste a été supprimé malheureusement, en termes de restrictions budgétaires. Mais c'est dommage et là je pense que c'est pareil je suppose pour le handicap avec les collectivités. »

Professionnel : « Là, tout le monde est dans son couloir maintenant et on n'arrive plus à se rencontrer. Mais n'empêche que le public reste l'enfant et l'enfant, lui qu'il y ait des couloirs, il s'en fiche. Les familles, elles n'attendent pas ça. Et retisser ce lien qui est important, on a du mal. »

Professionnel : « On a des réunions régulières, ce matin, on en a eu une où étaient invités 3 organismes extérieurs sur l'accompagnement de la vie d'un enfant, aucun n'était là. Parce qu'il y a un problème de disponibilité mais voilà, on peut faire le lien et tenter, on s'est retrouvé quasiment entre nous. Pourtant, le sanitaire avait été convié, il y avait un service d'accompagnement, personne n'était présent. »

Le manque de coordination affecte les prises en charge et accompagnement des enfants notamment lors de leur arrivée dans une nouvelle classe ou un nouvel environnement car celle-ci n'a pas pu être préparée en amont. Bien souvent, les professionnels chargés de leur accueil n'ont pas été informés de la nature du handicap, des habitudes de l'enfant et n'ont pu échanger avec les autres professionnels ou dispositifs qui l'accompagnaient ou l'accompagnent encore en dehors de leur temps.

Professionnel « C'est-à-dire que la MDPH va orienter des enfants

dans des écoles, nous 90 % des cas, on accueille l'enfant, on ne connaît pas son handicap, il n'y a aucun lien. »

Professionnel : « Les classes Ulis, 9 fois sur 10, on accueille l'enfant le matin et c'est compliqué. C'est à la fois dangereux pour lui, c'est dangereux pour les autres parce que du coup on les accueille mais quand on accueille un enfant un peu particulier, c'est un peu moins de temps passé avec les autres. »

De la même façon, les placements en famille d'accueil ont lieu rapidement, sans lien préalable avec l'école, et alors que les enfants ne vont pas disposer des mêmes aides spécialisées dont ils auraient besoin. Les éléments du parcours de l'enfant sont alors recherchés *a posteriori*, après l'intégration de l'enfant qui ne s'effectue pas dans de très bonnes conditions.

Professionnel : « Bien souvent, les situations, elles nous arrivent nous aussi dans l'urgence avec effectivement des obligations scolaires donc une inscription qui se fait très rapidement dans un nouvel établissement scolaire et effectivement, le lien parfois, il arrive après l'arrivée de l'enfant. »

Professionnel : « On devrait être 3 personnels : un psychologue scolaire, un maître E et un maître G, je ne vais pas développer mais tout simplement, on n'a pas de maître G ce qui aurait pourtant été très utile. Récemment, on a eu un enfant qui a été placé dans une commune alors qu'il était suivi par un maître G d'où il venait à Romorantin... Donc parfois, il n'y a pas toujours ce qu'il faut. »

## Des soins limités par le manque de professionnels spécialisés sur le secteur

Lorsque les enfants présentent des troubles des apprentissages ou du comportement, leur prise en charge est rendue difficile par le manque des professionnels de santé spécialisés sur le territoire. Les orthophonistes, ergothérapeutes, psychomotriciens sont trop peu nombreux et débordés. Si les troubles du comportement nécessitent une prise en charge par un psychiatre, dans un CMP ou un hôpital de jour, les délais d'admission déjà très longs sur le secteur risquent d'augmenter à l'avenir, alors que plusieurs pédopsychiatres vont prendre prochainement leur retraite, sans que tous soient remplacés.

Professionnel : « On constate des enfants qui ont des difficultés et la prise en charge par le CMP, par ces structures là des fois, c'est un an après la prise en compte de la difficulté. Donc pendant ce temps-là, la difficulté continue et avec du personnel qui parfois manque de qualification. C'est pour nous parfois compliqué à gérer. »

Professionnel : « Moi j'ai eu des bébés qui ont des problèmes de succion, quand les parents auront trouvé un rendez-vous chez l'orthophoniste, il n'aura plus besoin de savoir téter pour

# ÉPÉRIENCE DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT

s'alimenter. Il y a quelques personnes âgées qui ont besoin d'un orthophoniste, ils seront morts avant d'avoir leur rendez-vous.»

Concernant les orthophonistes en particulier, certains professionnels mentionnent que le recours à ces professionnels est maintenant fréquent, en lien avec l'inquiétude des parents, dès lors que les apprentissages ne s'inscrivent pas dans la temporalité courante

Professionnel : « Tout de suite, c'est des signaux d'alerte et on demande aux enfants, enfin aux parents, d'adresser les enfants à l'orthophoniste et quelque part, les orthophonistes, bon elles font un bilan mais il y a de la pression aussi je pense. Et peut être qu'il y a un certain nombre d'enfants qui saturent un peu les listes d'attente, qui ne devraient pas forcément nécessiter d'être suivis par des orthophonistes »

## Adolescents

Si l'offre de services pour les jeunes enfants est jugée bien développée parmi les personnes rencontrées, c'est beaucoup moins le cas pour les adolescents. Ceux-ci sont plus souvent laissés à eux-mêmes, sur les réseaux sociaux et/ou dans la rue. Ce constat découle d'un moindre investissement des politiques publiques et d'une demande plus faible des familles pour leurs enfants situés dans ces tranches d'âge. La plupart des possibilités ne se trouvent pas à proximité directe, et la mobilité constitue pour eux une difficulté importante, qu'il s'agisse des loisirs ou de l'accès à la prévention, aux soins et aux accompagnements qu'ils peuvent rechercher de façon indépendante à leurs parents. En l'absence de moyens de transport pour aller à Blois, ils ne peuvent, par exemple, pas se rendre seuls au centre de planification, au planning familial ou à la maison des adolescents. Cette limite constatée nécessite probablement un plus grand nombre de permanences locales et le développement de pratiques d'aller-vers pour les jeunes du territoire. Certaines initiatives de communes pour organiser un transport de leurs jeunes constituent un autre moyen de leur donner accès à un plus large panel de services.

Professionnel : « Aujourd'hui, les politiques publiques vont se concentrer sur les plus jeunes et tant mieux, c'est-à-dire jusqu'à 11 ans. Et après on a un gros trou, des ados qui sont devant la télé, sur la PS, sur les réseaux sociaux, dans la rue... »

Professionnel : « À la maison des jeunes sur Mondoubleau, petite commune quand même, et Mondoubleau avait un véhicule 9 places et l'animateur faisait le tour tous les matins et tous les soirs et ramassait les enfants. Donc ça fonctionne. »

Professionnel : « C'est à nous aussi d'aller vers eux. Ils sont dans la rue et c'est à nous de sortir de nos structures et d'aller vers eux. Il faut qu'on aille vers eux sans l'intention de leur dire « Viens viens dans ma structure ». Non, on vient vers eux juste

pour partager un moment qui est agréable et ça aussi, il faut qu'ils ressentent qu'on est contents d'être avec eux et on veut juste pas faire du chiffre. »

## Rapports parents-enfants

Les familles sont moins soutenues dans l'éducation des enfants et la prévention n'est pas aussi explicitée et accompagnée que nécessaire. Les professionnels rencontrés déplorent que celle-ci se limite à la distribution de prospectus et que les temps d'échanges et les visites à domicile soient de plus en plus rares. Ces formes d'accompagnement plus chronophages permettent de mieux prendre en compte l'environnement des personnes, d'observer des situations qui ne seront pas restituées spontanément par les usagers, de permettre à certains usagers d'accéder aux conseils et aux informations qu'ils ne trouvent pas seuls et de tisser des relations de confiance.

Professionnel : « Il n'y a plus sur le territoire du Grand Chambord, et je pense sur tout le territoire français, il y a beaucoup moins de temps physique passé auprès des gens. »

Professionnel : « On n'est moins présents dans les familles. Pour gagner du temps, on fait plus de RDV au bureau qu'à domicile. »

Professionnel : « Je pense que la prévention actuelle, elle est faite beaucoup sur papier. Pour vous donner l'exemple d'une maternité comme celle de Blois, la maman elle ressort avec la prévention pour ça, la prévention pour la coqueluche, la prévention pour l'obésité, la prévention pour ça, etc. et on lui donne ça et on lui dit « rentrez chez vous madame ». Enfin, c'est pas ça ! Et à mon avis, c'est pour ça que ça ne marche pas ! S'il n'y a pas d'interlocuteur pour décortiquer le petit fascicule... Il faut expliquer, suivre et pouvoir dire aux gens « si jamais il y a quelque chose qui ne va pas, vous pouvez appeler là, vous pouvez vous déplacer là... » Mais ça, ça n'existe pas et là sur le territoire. »

Professionnel : « J'ai l'impression pour autant que la responsable de service PMI va à l'hôpital, je ne connais pas bien, ce n'est pas une affirmation, va à l'hôpital tous les mardis matins faire le point avec le service pour échanger sur ces situations qui doivent être compliquées de retour à domicile. »

Professionnel : « Tout à fait, alors là, c'est les situations que je dirais, extrêmes. Il faut vraiment que l'enfant soit en danger. Si l'enfant n'est pas en danger, ça ne rentre pas dans les critères que X vient chercher le mardi. En sortie de maternité, il y a 2 systèmes : le système PMI avec le certificat de naissance qui est envoyé et que les puér' reçoivent et qui enclenche une visite à 3 semaines de vie, et il y a ce qui avait été mis en place avec la CPAM, c'est ce qu'on appelle le Prado qui est la visite à domicile théoriquement de 2 consultations d'une sage-femme et la 1<sup>ère</sup> à 48h de la sortie. Là en ce moment, j'accompagne 2 mamans où la sage-femme n'est toujours pas passée et les enfants ont

## SCARCEté DE LA sage-FEMME ET DE L'ENFANT

*plus de 8 jours et la sage-femme est débordée, il n'y a pas assez de sages-femmes libérales. Il n'y en a pas sur le territoire. Il y en a 1 qui n'est pas à temps plein sur le territoire. Et quand à la maternité, il y a quelque chose qui est recensée, voilà, où l'enfant est en danger, là effectivement, c'est très bien fait. »*

## Mortalité par suicide

Le suicide constitue un réel problème de santé publique, tant par les pertes en vies humaines qu'il provoque que par les problèmes psychologiques et sociaux dont il témoigne.

Au cours de la période 2007-2015, 486 personnes se sont suicidées, en moyenne, chaque année, en région Centre-Val de Loire, soit 2,0 % des décès.

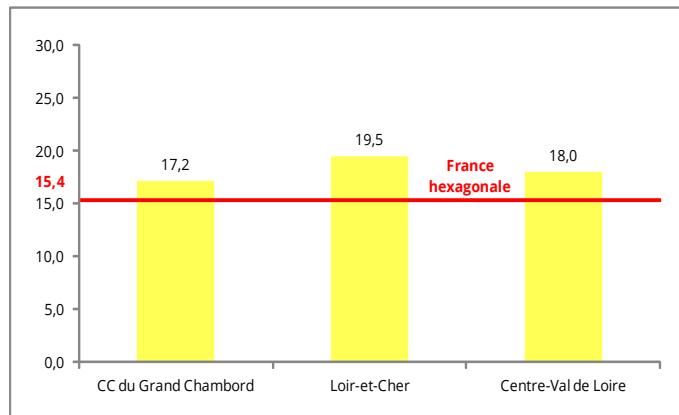
Les études sur le sujet s'accordent à dire que ce nombre est sous-estimé de 20 % et reste un sujet tabou. Le suicide est une priorité définie dans le cadre du programme régional de santé de l'ARS du Centre-Val de Loire.

À l'échelle du Grand Chambord, moins de 5 décès par suicide en moyenne par an sont recensés au cours de la période 2007-2015 (soit 2,0 % de l'ensemble des décès). À structure d'âge comparable, le territoire présente une mortalité par suicide de 17,2 décès pour 100 000 habitants, soit un taux comparable à celui observé aux niveaux départemental (19,5), régional et national (respectivement 18,0 et 15,4).

Chez les hommes, ce taux est de 29,2 décès pour 100 000 personnes, soit un taux comparable à ceux du département (33,6), de la région (30,2) et de la France hexagonale (24,8). Concernant les femmes, ce taux est de 6,8 décès pour 100 000 habitants, soit un taux comparable à ceux des territoires de référence (7,5 pour le département, 7,8 pour la région et 7,4 pour la France hexagonale).

Les décès par suicide surviennent majoritairement entre 35 et 64 ans (57,6 %). Les personnes âgées de 65 ans et plus représentent 39,4 % des décès par suicide et les moins de 35 ans, 3,0 %.

### TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ PAR SUICIDE EN 2007-2015



SOURCES : INSERM CÉPIDC, INSEE  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE  
POPULATION DE RÉFÉRENCE : FRANCE HEXAGONALE (RP 2006)  
TAUX POUR 100 000 HABITANTS

## Admissions en affection de longue durée pour affections psychiatriques

Au total, en 2017, 309 habitants du Grand Chambord bénéficient d'une prise en charge ALD pour affections psychiatriques (6 952 dans le département, 56 635 dans la région et 1 591 600 en France hexagonale).

En matière d'incidence, le territoire compte, au cours de la période 2006-2014, en moyenne, 18 nouvelles admissions pour affections psychiatriques par an (7 pour les hommes, 11 pour les femmes), ce qui représente 4,7 % de l'ensemble des nouvelles admissions en ALD (4 074 nouvelles admissions en ALD pour affections psychiatriques dans le Centre-Val de Loire et 6,9 % de l'ensemble des admissions, 389 dans le Loir-et-Cher et 5,2 % de l'ensemble des admissions). Elles constituent un des principaux motifs d'admission en ALD,

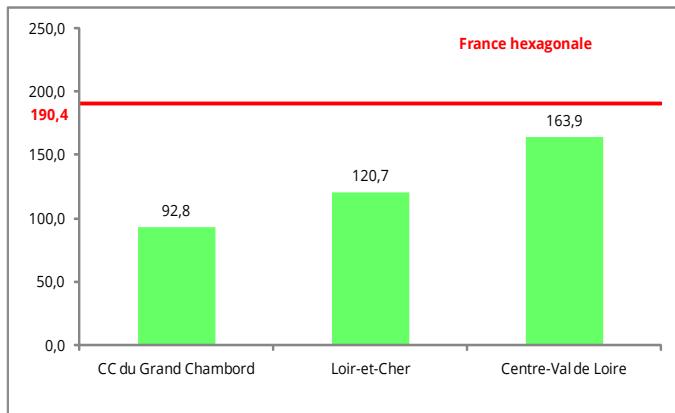
derrière les pathologies cardiovasculaires, les tumeurs malignes et le diabète.

Après standardisation de la population par tranche d'âge, le taux d'admissions en ALD pour affections psychiatriques est de 92,8 pour 100 000 personnes du Grand Chambord. Le taux est inférieur à ceux du département (120,7), de la région (163,9) et de la France hexagonale (190,4).

Sur ce territoire, parmi les admissions en ALD pour affections psychiatriques de longue durée, 55,1 % sont liées à des troubles de l'humeur, 16,2 % à des troubles de la personnalité et du comportement, 11,0 % à un diagnostic de schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants

et 5,9 % à un retard mental. Le reste des admissions en ALD affections psychiatriques de longue durée concerne soit des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives, des troubles névrotiques ou encore des facteurs de stress et somatoformes, des troubles du développement psychologique et des acquisitions ou des troubles du comportement et émotionnels apparaissant dans l'enfance et l'adolescence (soit au total 11,9 %).

## TAUX COMPARATIF D'ADMISSIONS EN ALD POUR AFFECTIONS PSYCHIATRIQUES [2006-2014]



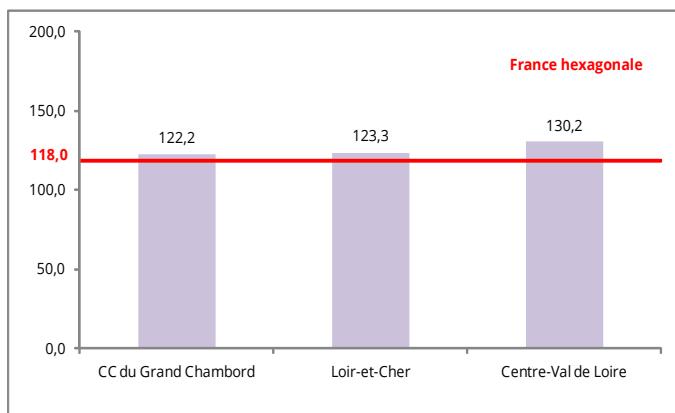
SOURCES : CNAMTS, CCMSC, RSI, INSEE  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

## Patients hospitalisés pour tentative de suicide certaine

Au cours de la période 2016-2018, 3 237 patients ont été hospitalisés annuellement pour une tentative de suicide certaine en région Centre-Val de Loire. Le Loir-et-Cher compte, en moyenne, 389 patients par an et la CC du Grand Chambord en dénombre 24.

Le taux standardisé du territoire est de 122,2 patients hospitalisés pour cette cause pour 100 000 habitants, soit un taux significativement comparable à ceux retrouvés aux niveaux départemental, régional et national (respectivement 123,3, 130,2 et 118,0 pour 100 000).

## TAUX COMPARATIF DE PATIENTS HOSPITALISÉS POUR TENTATIVE DE SUICIDE CERTAINE [2016-2018]



SOURCES : ATIH (PMSI MCO 2016-2018), INSEE (RP 2015)  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE  
POPULATION DE RÉFÉRENCE : FRANCE HEXAGONALE (RP 2006)  
TAUX POUR 100 000 HABITANTS

## Méthodologie

Les données du PMSI relatives aux patients et séjours hospitaliers sont domiciliées. Elles prennent en compte les patients et les séjours hospitaliers des patients de la Communauté de communes du Grand Chambord hospitalisés quel que soit l'établissement de santé où ils ont été admis. Ces données ne sont pas le reflet de l'activité des établissements de soins présents sur le territoire.

Les données PMSI sont disponibles par code postal. Pour les reconstituer à l'échelle du territoire, des redressements ont dû être effectués (pondérations) à partir des données

du recensement de population de l'Insee de 2016. Un redressement a ainsi été effectué lorsqu'un code postal correspondait à plusieurs communes, dont certaines ne faisaient pas partie du pays. Le nombre de patients et de séjours hospitaliers a été estimé en réaffectant proportionnellement le poids par sexe et par âge quinquennal de la population du code postal du territoire par rapport au poids total du code postal. À partir de ces effectifs reconstitués, le calcul des taux standardisés sur l'âge des patients hospitalisés a été réalisé.

## Prise en charge de la santé mentale

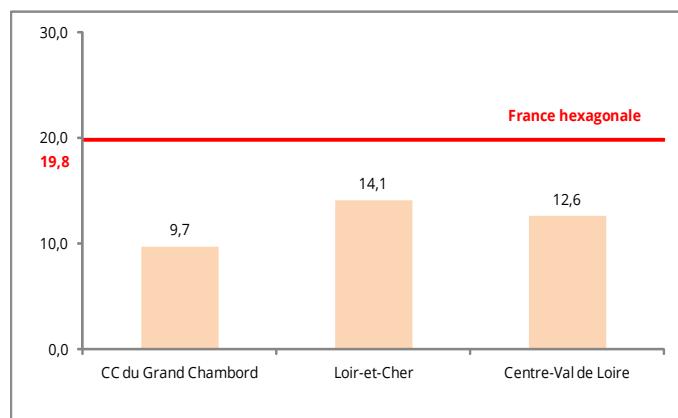
Depuis les années 60, la politique de santé mentale a profondément évolué. L'évolution de la psychiatrie hospitalière a été marquée par une diminution de la capacité d'accueil et un développement des traitements ambulatoires et de l'hospitalisation partielle. Aujourd'hui, l'offre de soins spécialisés en santé mentale repose sur un dispositif diversifié tant au niveau des établissements publics et privés que des professionnels.

La région Centre-Val de Loire, à l'instar de nombreuses autres régions, présente un déficit important concernant l'offre de soins libérale psychiatrique. Au 1<sup>er</sup> janvier 2018, la densité de la région en matière de psychiatres libéraux est de 4,8 professionnels pour 100 000 habitants par comparaison à celle de la France hexagonale qui est de 7,1 psychiatres libéraux pour 100 000 personnes.

La densité de psychiatres libéraux dans le département du Loir-et-Cher est supérieure à celle observée en région, et représente 7,2 psychiatres pour 100 000 habitants (soit 24 psychiatres libéraux). S'agissant du territoire d'étude, un psychiatre libéral est en exercice au 1<sup>er</sup> janvier 2018, soit une densité de 4,9 psychiatres libéraux pour 100 000 habitants. Tous modes d'exercice confondus, la densité sur le territoire est de 4,9 professionnels pour 100 000 habitants (16,5 dans le Loir-et-Cher, 15,5 en Centre-Val de Loire et 23,2 en France hexagonale).

Le territoire compte, début 2018, 2 psychologues libéraux, ce qui représente une densité de 9,7 professionnels pour 100 000 habitants. Ce taux est inférieur à ceux retrouvés dans le Loir-et-Cher (14,1), en région (12,6) et au niveau national (19,8). À l'offre libérale, s'ajoutent les professionnels ayant une activité mixte (4) et salariée (10), soit, au total, une densité pour le Grand Chambord de 77,8 psychologues pour 100 000 habitants (94,9 dans le Loir-et-Cher, 86,2 en Centre-Val de Loire et 100,3 en France hexagonale).

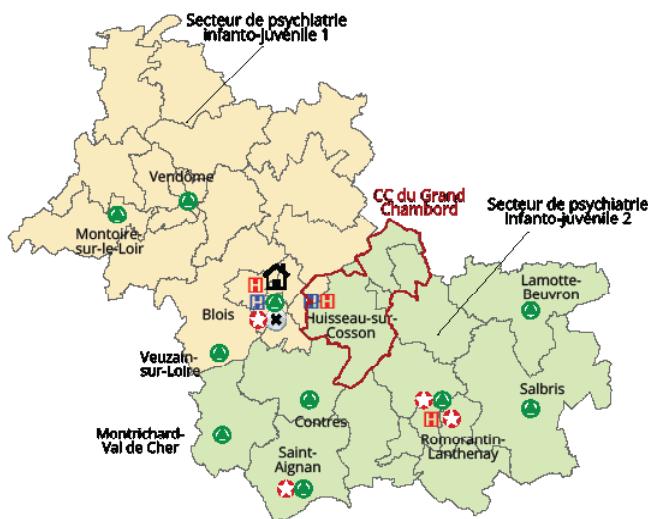
### DENSITÉ DES PSYCHIATRES LIBÉRAUX AU 1<sup>ER</sup> JANVIER 2018



SOURCE : ADÉLI 2018, INSEE  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

# DISPONIBILITÉ MÉDICALISÉE

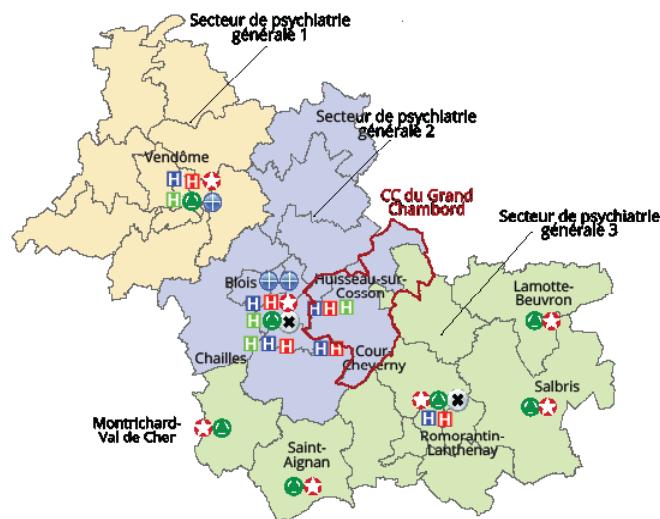
## OFFRE HOSPITALIÈRE PSYCHIATRIQUE POUR ENFANTS



### Offre de soins en psychiatrie infanto-juvénile :

- Hospitalisation complète
- Hospitalisation de jour
- Centre médico-psychologique
- Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
- Accueil familial thérapeutique
- Maison des adolescents

## OFFRE HOSPITALIÈRE PSYCHIATRIQUE POUR ADULTES



### Offre de soins en psychiatrie adulte :

- Hospitalisation complète
- Hospitalisation de jour
- Hospitalisation de nuit
- Centre médico-psychologique
- Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
- Accueil familial thérapeutique
- Groupe d'entraide mutuelle

SOURCES : SITE INTERNET DU CENTRE HOSPITALIER DE BLOIS  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

SOURCES : SITE INTERNET DU CENTRE HOSPITALIER DE BLOIS  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

## Ressources disponibles sur le territoire

Des actions de sensibilisation et de prévention du risque suicidaire ont été réalisées par la **MSA Berry-Touraine**, à destination de deux principaux publics cibles :

- les assurés MSA qui résident dans les départements de l'Indre, l'Indre-et-Loire ou le Loir-et-Cher ;
- les professionnels et élus susceptibles d'être en contact avec des assurés MSA à risque suicidaire : élus MSA, personnels de la MSA en contact avec les adhérents, élus et salariés des organisations professionnelles agricoles (OPA).

Elles visent à prévenir la crise suicidaire en permettant de :

- détecter et prendre en charge les situations alarmantes ;
- sensibiliser et former les personnes susceptibles d'être en contact avec des assurés MSA à risque suicidaire ;
- inciter les ressortissants agricoles à être acteurs de leur santé par l'organisation d'actions locales.

Cette action se compose de 3 axes : une cellule de prévention du suicide, des formations et des animations locales.

La cellule de prévention du suicide est composée :

- d'un numéro de téléphone dédié (02.47.31.62.73) ouvert du lundi au vendredi de 8h30 à 12h et de 13h30 à 17h00 ;
- d'une adresse mail spécifique : prevention.suicide@berry-touraine.msa.fr ;
- d'une équipe de médecins et d'assistantes sociales accompagnée d'une coordinatrice. Lorsqu'une personne dans une situation alarmante a été signalée, sa situation est prise en charge. La personne est contactée par un membre de la cellule chargé alors de son orientation et de son suivi.

Des formations au repérage de la crise suicidaire sont organisées à destination des élus de la MSA et des professionnels des organismes professionnels agricoles en contact avec les ressortissants agricoles (MSA, chambre d'agriculture, centres de gestion...).

Des animations sont organisées localement par les délégués de la MSA sous forme de conférence-débat et d'ateliers autour de la gestion du stress.

La **Mutuelle générale de l'Éducation nationale du Loir-et-Cher (MGEN 41)** intervient dans :

- la gestion du régime obligatoire d'Assurance maladie des professionnels de nombreux ministères (Éducation nationale, enseignement supérieur et recherche, culture, transition solidaire et écologique, cohésion des territoires...) ;
- la gestion du régime complémentaire santé, de la prévoyance (salaire en cas d'arrêt maladie, invalidité,

décès, dépendance, handicap), de l'action sociale (prestations solidarité, prêts 0 % et avances) et des services (aide au déménagement, recherche d'emploi pour le conjoint, informations juridiques, aide à domicile...) ;

- la mise en place d'actions de prévention ciblées soit sur des risques professionnels (réseau prévention aide et suivi pour les agents du ministère de l'Éducation nationale), soit sur des risques non professionnels (pour les adhérents MGEN ou un public plus large) ;
- la collaboration avec l'établissement MGEN de soins de suite et de réadaptation, spécialisé dans les troubles nutritionnels à Chissay en Touraine.

Elle assure des missions de prévention, de communication et de partenariat avec plusieurs acteurs qui sont : la Mutualité française Centre-Val de Loire, la Mutualité fonction publique, DSDEN 41, Espé, Canopé, Cress, ESPER, Ligue de l'enseignement, Fraps 41, CPAM, Adoc 41, AFD 41, Unafam, Audilab.

Dans le cadre des réseaux PAS (prévention aide et suivi), un espace d'accueil et d'écoute a été mis en place par la MGEN, en collaboration avec l'Éducation nationale. En effet, il s'agit d'un cofinancement et d'un co-pilotage entre le ministère de l'Éducation nationale et la MGEN dans l'accord-cadre du 20 février 2014. Une psychologue du travail a été également mobilisée au cours de la réalisation de cette action. Elle s'adresse aux agents des ministères de l'Éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, et a lieu dans les locaux de la MGEN du Loir-et-Cher, de septembre à juin. L'action est reconduite chaque année.

Cette action se déroule ainsi avec la psychologue du travail qui reçoit en entretien individuel, un mercredi après-midi par mois des agents en difficultés. Ce n'est pas un lieu de soins mais un lieu de prévention et d'orientation.

Un numéro d'appel unique permet de prendre rendez-vous. Ce dispositif est gratuit, anonyme et confidentiel. Il est de courte durée car limité à 3 entretiens par an. Il peut être proposé un entretien téléphonique si besoin.

Les objectifs sont les suivants :

- accueillir les personnes qui en font la demande parce qu'elles ressentent le besoin d'être écoutées et soutenues ;
- apporter l'aide ponctuelle et gratuite d'un psychologue afin de faire le point sur la situation de la personne et l'orienter si nécessaire.

Entre 20 et 30 entretiens sont réalisés par an et permettent l'aide à la décision et une orientation vers des professionnels

# CHARTRE MENTALE

de soins ou internes à l'Éducation nationale.

La MGEN souhaite reconduire cette action selon les mêmes modalités et la compléter si besoin par des actions collectives autour du dialogue au travail pour désamorcer des tensions ou situations conflictuelles.

De même, une action intitulée Voix-Dos-Risques psychosociaux a été mise en œuvre par la MGEN dans le cadre du même dispositif (réseaux PAS) et avec le même partenariat avec l'Éducation nationale. Des prestataires spécialistes de ces sujets ont cette fois été sollicités de septembre à juin sur une journée (1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> niveau pour la voix). Cette action s'est déroulée au Canopé, à la DSDEN et dans les lycées.

À partir des besoins du terrain diagnostiqués en comité de suivi départemental, un programme de formation est défini sur les 3 thématiques et validés fin septembre en comité académique réseau PAS. La formation a lieu sur une journée sous forme d'ateliers (15 personnes) en partant du vécu professionnel des participants.

Les objectifs de cette action sont d'éviter les risques professionnels et d'améliorer la qualité de vie au travail. Entre 2016 et 2017, un atelier voix a été organisé pour 2 groupes d'enseignants stagiaires de l'ESPE et un atelier gestion du stress pour 2 groupes de nouveaux directeurs d'école. Entre 2017 et 2018, il s'agissait d'un atelier gestion du stress pour 2 groupes de directeurs d'école et de 2 groupes de personnels de la DSDEN 41.

La MGEN souhaite reconduire ces actions en recentrant l'action voix sur des personnels déjà en poste et l'action Gestion du stress sur des nouveaux directeurs.

La structure a participé à une semaine d'information santé mentale du 12 au 25 mars à Blois. 120 participants étaient présents au ciné-débat.

Le **groupe d'entraide mutuelle « En Avant ! 41 »** est une association qui accueille prioritairement des personnes adultes traumatisées crâniennes et ou cérébro-lésées. Ses principales missions consistent à la rupture de l'isolement, l'aide et l'entraide, la réalisation d'activités et de projets à plus ou moins long terme et la vie sociale. Dans le cadre de la mise en œuvre de ses actions, le GEM « En Avant ! 41 » mobilise un certain nombre d'acteurs à savoir : APF France, Handicap, l'Agence régionale de santé, de même que des financeurs divers, les communes et d'autres associations.

Des actions de sensibilisation sont réalisées par l'association, en faisant témoigner des adhérents victimes de traumatismes crâniens.

## Synthèse de la rencontre avec les professionnels et les habitants

### Santé mentale - Bien-être

Plusieurs processus contribuent à l'augmentation des problématiques de santé mentale sur le territoire du Grand Chambord. Ils sont de différentes nature mais leurs effets se cumulent.

- le virage ambulatoire de la psychiatrie publique, avec une augmentation du nombre de situations préoccupantes maintenues à domicile ;
- le vieillissement de la population qui s'accompagne du développement de troubles démentiels et de difficultés de prise en charge des malades psychiques avançant en âge ;
- l'isolement en milieu rural et la diminution des solidarités familiales et sociales qui vont de pair ;
- l'installation de populations issues des villes, les problématiques professionnelles et économiques.

### L'augmentation des situations aigües préoccupantes à domicile

Les prises en charge des troubles psychiques accordent une place prépondérante aux soins ambulatoires et le maintien des personnes dans leurs lieux de vie en complémentarité avec les services médico-sociaux, sociaux, éducatifs. C'est pourquoi sur les 30 dernières années, le nombre des patients traités par les secteurs de psychiatrie n'a cessé d'augmenter alors que les lits de psychiatrie ont fortement diminué. Les cliniques, certes bien présentes sur le territoire, sont plutôt équipées pour des types de pathologies moins importantes qu'en psychiatrie publique et ne peuvent absorber l'ensemble des besoins. Les secteurs de psychiatrie, désormais moins stigmatisés, ont à traiter également plus souvent des problématiques psychosociales et peinent à faire face à l'ensemble des demandes de la population. En ambulatoire, des consultations de psychologue peuvent répondre à une partie de ces demandes mais les consultations ne sont pas remboursées actuellement dans la région par l'Assurance maladie et les mutuelles ne prennent en charge que très peu de consultations. La précarité économique d'une partie de la population du territoire du Grand Chambord constitue ainsi un frein important dans le recours au psychologue et les professionnels constatent que nombre de personnes essaient de limiter le coût des consultations, en privilégiant le recours au CMP malgré les délais d'attente, en espaçant les rendez-vous ou limitant la durée de leur prise en charge en libéral.

Professionnel : « Moi qui suis sur le Grand Chambord et à Blois, sur l'accès sur le Grand Chambord les gens demandent très rapidement : « est-ce que vous prenez la CMU ? Est-ce qu'il y a des remboursements ? Est-ce qu'il n'y aura pas beaucoup de séances, et est-ce qu'on peut espacer ? » Chose qu'à Blois j'ai

beaucoup plus rarement. On sent bien la précarité et il y a des gens qui viennent en disant : « je viens vous voir en attendant le CMP. »

Professionnel : « Ça c'est vrai aussi chez nous, chez les personnes âgées. Le fait que dans le dispositif on ait financé du temps de psychologue, les gens disent : « oh bah comme j'ai pas les moyens de me payer ma psychologue, est-ce que ça vous dérange pas si la psychologue de Preserva me fait ma consultation ? »

Les personnes malades psychiques du territoire souffrent également de l'isolement, manquent de mobilité pour accéder aux soins et n'y ont recours que lorsque la situation est relativement dégradée ou qu'un proche ou voisin signale une situation de crise qui nécessite une hospitalisation contrainte.

Professionnel : « Tout ce qui est troubles psychiatriques quand les gens sont en rupture de soins ou ne prennent plus les traitements, coupent les liens avec tout professionnel de santé, c'est les voisins qui en pâtissent et c'est le bailleur qui est là et qu'on sollicite en premier, qui est interpellé par tout le monde. »

Le maintien des personnes à domicile résulte parfois moins de la bonne intégration sociale des malades, que du manque de structures durables adaptées avec hébergement. Les familles et aidants « naturels » constituent alors la principale ressource pour le maintien à domicile des malades psychiques. Ces aidants, très mobilisés, sont pour certains à la limite de l'épuisement, d'autres trouvent du soutien auprès de bénévoles de l'Unafam ou bénéficient d'accompagnement ponctuel par des travailleurs sociaux mais qui ne sont pas particulièrement formés pour cela et sont assez isolés. Les acteurs rencontrés constatent globalement une augmentation du nombre de situations de « crises » ou « aigües » adressées aux secteurs de psychiatrie.

Professionnel : « Là sur le territoire j'ai beaucoup de mal à adresser des mamans vers un professionnel parce que la mobilité aussi, ils n'ont qu'une voiture que prend le mari pour aller au travail. »

Professionnel : « Lorsque des lieux de soins sont préconisés (...) il y a un maillage qui ne se fait pas, et du coup, ce sont des gens qui restent sans soin, que les travailleurs sociaux retrouvent très isolés. Il nous manque un maillage pour les travailleurs sociaux en lien avec le soin, parce qu'on les retrouve en crise, on appelle les pompiers, ils vont aux urgences, et quelques jours après on les retrouve chez eux. Et c'est le cycle. »

Professionnel : « Cette prise en charge de l'aigu, elle augmente ces dernières années, alors pourquoi je ne sais pas, c'est

national, on se rend compte qu'il y a de plus en plus de temps d'enfermement, d'hospitalisation d'office ou à la demande des familles, on a des chambres d'isolement qui n'ont jamais autant tourné. »

## Troubles psychiques et vieillissement de la population

La première problématique importante du territoire concerne l'accompagnement et la prise en charge de populations plutôt âgées, et présentant des troubles psychiques. Il s'agit parfois de personnes atteintes de démences précoces, d'autres fois de personnes ayant déjà, en tant qu'adultes, des troubles psychiatriques et qui vieillissent plus vite que le reste de la population, développent plus tôt des pathologies démentielles, et perdent leur autonomie de vie quotidienne avant le grand âge de la dépendance.

*Professionnel : « On n'avait pas il y a quelques années des fauteuils roulants en psychiatrie... Jamais j'avais vu ça en 35 ans (...) Ils sont stabilisés sur la pathologie psychiatrique mais sur le reste, ça nous prend énormément de temps, les pathologies du vieillissement. »*

*Professionnel : « Il y a aussi des facteurs de risque plus graves chez les malades psychiatriques, comme le diabète, le tabac... qui sont pas tellement prise en compte par du préventif. La iatrogénie liée aux médicaments... »*

Le vieillissement, ou les conditions de vie lors du vieillissement, peuvent aussi déclencher, révéler ou aggraver certaines pathologies psychiatriques, alors que la prise en charge reste centrée sur le soutien de l'autonomie à la vie quotidienne ou des soins somatiques qui ne répondent pas à ces problématiques psychiques. Les professionnels constatent également dans les unités spécialisées pour des maladies d'Alzheimer et troubles apparentés, que leur sont adressées des personnes avec des démences psychiatriques, pour lesquelles leurs unités ne sont pas adaptées. Ces personnes ne trouvent pas, du moins sur le territoire, de prise en charge bien adaptée à leur besoins. Nombre d'entre elles restent à domicile, par manque de place dans les Ehpad, parce qu'elles n'ont pas les moyens financiers de les intégrer, ou parce que ces établissements refusent de les admettre (de même que les personnes atteintes de démences alcooliques (Korsakoff)). Ces personnes beaucoup plus jeunes sont difficiles à intégrer parmi des résidents âgés de plus de 80 ans, et leurs pathologies suscitent des appréhensions de la part des professionnels. Elles restent donc à domicile, sans que l'entourage puisse toujours continuer à apporter le soutien nécessaire. C'est alors le tissu associatif encore présent qui permet de répondre en partie aux problématiques de l'autonomie quotidienne. Ces populations à domicile bénéficiaient par le passé d'un soutien familial important, mais la dispersion des familles tend à réduire cette ressource, et il n'y a pas de groupe d'entraide mutuelle pour les aidants des personnes âgées restant.

*Professionnel : « 180 dossiers en attente sur l'Ehpad de Bracieux ! Deux tiers ont un trouble cognitif sévère. »*

Les établissements psychiatriques constatent aussi le vieillissement de leur population. Les soins et tâches liées au maintien de leur autonomie accaparent un temps important du personnel soignant. Ils ont des difficultés à faire sortir ces patients de leur lieu de vie actuel, pour des Ehpad difficiles à intégrer, qui ne sont pas plus adaptés à leur problématique et font courir le risque de perturber fortement les personnes.

*Professionnel : « Ils ne sont pas très riches souvent, famille absente ou lointaine, et n'ont pas tellement de ressources, et dès que se pose le problème d'aller dans un Ehpad, les Ehpad les voit d'un mauvais œil... Ça fait peur d'accueillir ce type de malade (...) Les établissements où ils sont ont du mal à les lacher... Il y a une espèce de cocon qui s'est créé, et le fait de les changer d'établissement risque de décompenser l'état psychiatrique. »*

Les personnels des Ehpad gèrent comme ils le peuvent les troubles du comportement qui perturbent la vie dans l'établissement, mais ils ne sont pas formés à une véritable prise en charge psychiatrique, ni même pour accompagner des névroses et dépressions liées aux conditions de vie dans leurs établissement. La réponse est ainsi trop souvent centrée sur des médications et des allers-retours avec les hôpitaux et cliniques en psychiatrie. Cette situation a amené certains acteurs de différents secteurs à mieux collaborer, voire établir de véritables partenariats pour assurer la prise en charge dans la durée de ces patients. Cette évolution positive permet de mieux utiliser les ressources du territoire, en dépassant les appartenances institutionnelles.

*Professionnel : « [les Ehpad] savent que s'ils ont une difficulté, puisque évidemment la démence progresse, les troubles peuvent réapparaître, ils peuvent nous renvoyer les malades et on les stabilise et les renvoie, donc il y a des allers-retours avec les Ehpad, et ça fonctionne très bien. »*

*Professionnel : « On fonctionne avec l'Ehpad de Chailles, pour faire le relai entre les vieux psychotiques et l'Ehpad, avec un engagement de La Chesnaye de reprendre dès qu'il y avait une décompensation du patient, et puis du coup il avait l'appui du médecin psychiatrique de La Chesnaye sur l'Ehpad... »*

*Professionnel : « C'est ça qui est nouveau, on se voit tous ensemble enfin... Avant, c'était les cliniques qui nous embêtaient fortement, elles amenaient des gens d'ailleurs, de la région parisienne souvent, et quand ça décompensait un peu fort, nous on se retrouvait avec une surcharge. Aujourd'hui, ça c'est à plat, et les psychiatres sont répartis sur l'ensemble, les moyens aussi, et là on est plus dans cette démarche où on va se répartir... »*

Malgré cela, un certain nombre de problèmes persistent : les situations de crise dans les Ehpad ne peuvent pas être prises en charge seulement via les unités cognitivo-comportementales et unités d'hébergement renforcées, du

moins de façon durable. Il n'y a pas plus de places adaptées pour prendre en charge les problématiques d'autonomie au sein des établissements psychiatriques. La prise en charge des problèmes somatiques des malades psychiatriques est également rendue plus complexe par l'appréhension voire le rejet de ces malades par les soignants au sein des hôpitaux. Les acteurs rencontrés identifient donc le besoin de développer une véritable filière de gérontopsychiatrie, qui n'a pas été initiée jusqu'ici sur le département, ainsi qu'une équipe mobile spécialisée pour se déplacer dans les lieux de vie des personnes âgées. Parallèlement au développement nécessaire de cette filière, il apparaît aussi important de travailler sur les conditions de vie en Ehpad pour limiter l'apparition des troubles qui sont liées à une forme d'enfermement, d'isolement et de perte de repères des personnes âgées.

*Professionnel : « Un patient qui est schizophrène, quand il fait un AVC, la cardiologie, la neurologie n'en veut pas plus que les Ehpad. »*

*Professionnel : « Aujourd'hui y a très peu de moyens sur ce qui est lié à une forme d'enfermement d'un individu qui n'a pas de problème psychiatrique, mais qui va décompenser quelque chose... des troubles obsessionnels. (...) On sait que l'enfermement va générer ce type de troubles plutôt névrotiques certes, mais beaucoup de troubles obsessionnels, y compris des TOC... »*

*Professionnel : « Moi, je pousse dans tous les sens, il est impératif qu'on ait une vingtaine de lits sur le département pour qu'on puisse mettre ces gens-là. »*

Chez les jeunes, les professionnels évoquent surtout comme facteurs de risque les addictions, et en particulier l'essor des formes d'addiction aux écrans et jeux vidéos, qui semblent contribuer à la souffrance psychique d'une partie des jeunes. Certains acteurs reçoivent de plus en plus d'informations préoccupations d'enfants suicidaires, à un âge précoce, ce qui témoigne à la fois du mal-être présent dans cette génération mais aussi d'une conscience et d'une attention plus importante des adultes face à ce risque. Les formations au repérage de la crise suicidaire entreprises depuis des années ont probablement contribué à ce phénomène. Toutefois, elles ne donnent pas pour autant de nouvelles solutions d'accompagnement au-delà du soin urgent. Les principales possibilités d'accompagnement, qu'il s'agisse du soin ou d'accompagnement en amont, sont principalement situées sur Blois, même si des premiers contacts avec les jeunes sont possibles au niveau local. La prise en charge des jeunes à la MDA ou à la mission locale nécessite donc souvent l'accompagnement physique par leurs parents, ce qui peut constituer parfois un frein.

*Professionnel : « Mes collègues interviennent. Il y en a deux. Il y en a une qui est présente sur Mer et une autre sur le territoire de Mont-Près-Chambord et qui font le relai pour parler de cette permanence qui, par contre, s'établit sur Blois. Donc il faut que le jeune vienne sur Blois quand même. »*

*Professionnel : « En fait, on a des adolescents qui sont en demande mais en fait, il n'y a pas de moyens de transport. »*

## **Les problématiques sociales et le contexte de précarité économique**

Certains secteurs ruraux du territoire sont associés par certains acteurs à des problématiques de souffrance psychique plus marquées. Sur ces territoires résident notamment des personnes âgées isolées et des populations nouvellement installées issues de zones urbaines, généralement peu aisées. Celles-ci sont venues en grande partie pour l'attractivité du foncier mais elles demeurent dans une précarité économique et sociale, disposent d'un accès plus difficile aux différents services publics et vivent une forme de ségrégation territoriale.

*Professionnel : « Dans nos campagnes plus qu'ailleurs, il faut veiller à la santé mentale, au sens de l'harmonie, du cadre de vie, du pouvoir d'agir, que nos citoyens retrouvent du pouvoir d'agir (...) Les gens expriment un sentiment d'abandon social, à la communauté, et ça a un impact extrêmement puissant sur la santé mentale. Je pense que la question de pouvoir accéder aux services, elle est très forte surtout en zone rurale. »*

*Professionnel : « Des familles qui sont dans la maison à 100 000 balles, qui ont des problématiques sociales, des enfants qui ont des problématiques de développement. La ruralité induit des problématiques de souffrance psychique aujourd'hui... Plus on s'éloigne dans la Sologne, plus on constate une incurie sociale. »*

En milieu professionnel, la précarisation des emplois, les modifications des organisations du travail lors de restructurations, avec les mises à l'écart et pertes de responsabilités des employés génèrent de la souffrance dans de nombreux secteurs d'activité. Si la prise de conscience des risques psychosociaux progresse globalement, des actions directes au sein même des entreprises sont encore trop peu entreprises pour tenir compte de ces souffrances psychiques, avec un manque de moyens d'intervention pour les médecins du travail. En leur absence, on observe chez les salariés en difficulté l'installation et la chronicisation de syndromes anxieux et dépressifs, avec des arrêts malades, voire des licenciements. La prise en charge médicale de ces personnes est alors nécessaire. Cette prise en charge serait souvent évitable en travaillant en amont sur l'origine des souffrances dans le cadre de la santé au travail, et traitant les problèmes qui sont d'ordre relationnel et d'organisation.

*Professionnel : « On entame un traitement antidépresseur, et ça traîne, parce qu'il n'y a pas de solution du côté du travail, on prolonge un mois, deux mois, trois mois, six mois, on retrouve des gens, et puis ça se termine parfois par un licenciement, des gens qu'on a mis dans une filière psychiatrique alors que le point de départ est un problème de travail qui n'a pas pu être résolu par le médecin du travail, parce qu'il n'ose pas aller voir l'employeur et dire : " il y a un problème " ou " il y a harcèlement ", et les gens s'enferment dans leur problème »*

## CHARTRE MÉDICALISATION

*médical et petit à petit ils perdent la cause initiale »*

Les acteurs rencontrés se sont saisis de cette problématique prégnante dans le secteur médico-social en mettant en place un groupe de travail sur la qualité de vie et la santé au travail sur le territoire qui cherchera à traiter les problématiques, y compris dans d'autres secteurs d'activité, notamment l'agroalimentaire où ont été identifiés des besoins urgents dans les entreprises locales.

## Mortalité par cancers

Sur la période 2007-2015, le cancer est la première cause de décès aux échelles nationale, régionale et départementale ainsi que sur le territoire d'étude (28,2 % en France hexagonale, 28,4 % en région Centre-Val de Loire, 27,5 % dans le département et 27,9 % dans la CC du Grand Chambord). Au sein de ce dernier territoire, cela représente, en moyenne, 51 décès par an. À structure d'âge égale, le nombre de décès par cancer sur le territoire étudié est de 221,3 décès pour 100 000 habitants, soit un taux comparable à ceux observés dans le Loir-et-Cher (227,0), en Centre-Val de Loire (231,8) et en France hexagonale (224,7).

Le même constat est relevé chez les femmes et chez les hommes, avec des taux comparables entre le Grand Chambord et le Loir-et-Cher, la région et le national.

Les cancers des voies respiratoires (trachée, bronches, poumons) sont la première cause de décès par cancer sur le territoire avec une moyenne de 9 décès par an représentant 18,3 % de la mortalité par tumeur maligne et 5,1 % du total des décès. Après standardisation par âge, cela représente 40,6 décès pour 100 000 habitants, ce qui est statistiquement proche des taux observés au niveau de la région Centre-Val de Loire (44,0), du département du Loir-et-Cher (42,6) et de la France hexagonale (44,8).

Les tumeurs colorectales représentent la seconde catégorie de cancer la plus meurrière sur le territoire avec, en moyenne, 7 décès par an, sur la période 2007-2015. Ils représentent 3,7 % de la mortalité globale et 13,1 % des cas de décès par cancers. À structure d'âge égale, cela représente 28,2 décès pour 100 000 habitants, soit un taux comparable aux niveaux départemental (25,8), régional (26,0) et national (24,5).

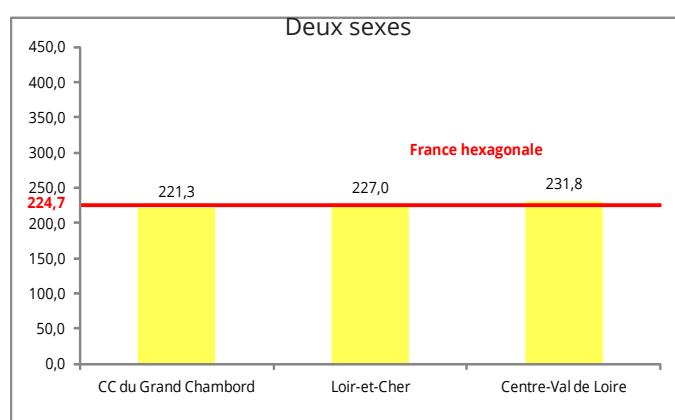
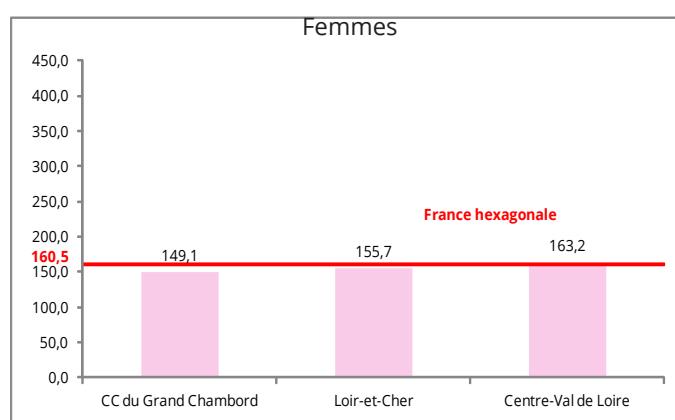
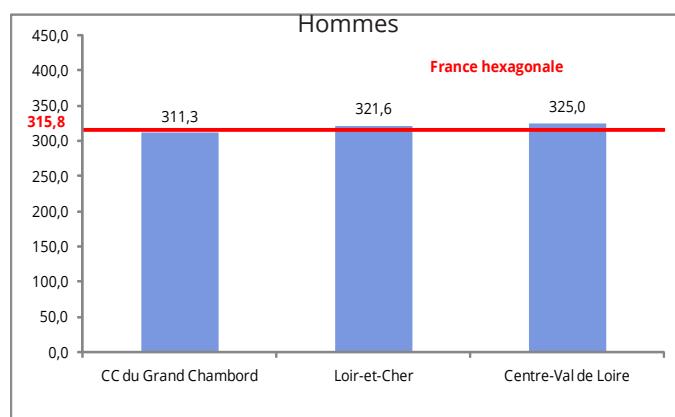
Le cancer du sein constitue la première cause de mortalité par néoplasie chez les femmes du territoire avant les cancers colorectaux. Leur part équivaut à 4,0 % des décès féminins et à 18,3 % des cancers mortels chez la femme. Entre 2007 et 2015, moins de 5 femmes par an, en moyenne, en sont décédées, ce qui correspond, après standardisation, à 27,4 décès pour 100 000 femmes. Ce taux est comparable à ceux observés au niveau du département (31,4), de la région (31,4) et au niveau national (30,2).

Les néoplasies prostatiques sont la troisième cause de mortalité par cancer chez les hommes (après les cancers des voies respiratoires puis du cancer du côlon-rectum) au sein du Grand Chambord. Elles sont responsables de moins de 5 décès annuels en moyenne sur la période considérée. Rapporté à la population de référence, cela correspond à 34,4 décès pour 100 000 hommes, ce qui est comparable au

taux retrouvé aux niveaux de la France hexagonale (33,9), du département (42,6) et de la région (39,9).

S'agissant de la mortalité prématuée par cancers, le taux sur le territoire (74,9) est comparable à celui observé aux niveaux du département (80,5 pour 100 000 habitants de moins de 65 ans dans le Loir-et-Cher), de la région (79,2) et de la France hexagonale (76,0).

### TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ PAR CANCERS (2007-2015)



EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE  
RÉFÉRENCE FRANCE HEXAGONALE (RP 2006)  
TAUX POUR 100 000 HABITANTS

## Admissions en affection de longue durée (ALD)

Entre 2006 et 2014, 13 013 nouvelles admissions en ALD par an pour tumeurs malignes ont, en moyenne, été recensées en région Centre-Val de Loire. Au total, en 2017, 103 714 résidents de la région sont pris en charge au titre d'une ALD cancer.

Au sein du territoire, cela représente en moyenne 102 nouvelles admissions par cancers par an (60 pour les hommes et 41 pour les femmes), soit 25,7 % du total des nouvelles ALD. Au total, en 2017, 758 personnes du Grand Chambord sont prises en charge en ALD pour un cancer.

Après standardisation sur l'âge, le taux de nouvelles admissions en ALD pour cancer est de 489,5 pour 100 000 habitants dans le Grand Chambord. Ce taux est comparable aux taux retrouvés aux niveaux du département (467,), de la région (479,1) et de la France hexagonale (481,2).

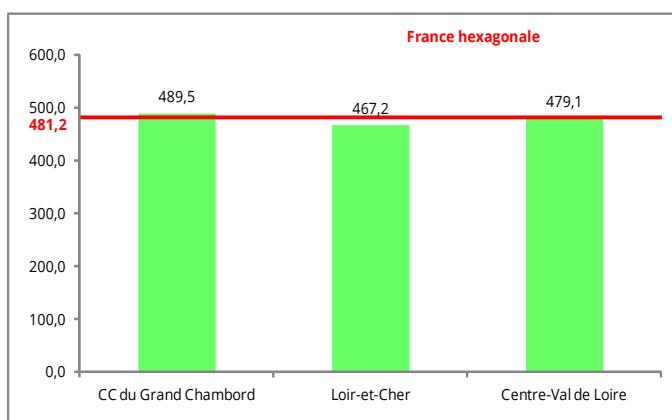
Le cancer de la prostate est le principal motif d'admission en ALD pour cancer chez les hommes, avec 17 nouvelles inscriptions en ALD par an, en moyenne, sur la période 2006-2014. Le taux standardisé de nouvelles admissions en ALD pour cancer de la prostate sur le territoire, de 181,7 nouvelles admissions pour 100 000 hommes, est comparable à ceux observés dans le Loir-et-Cher (170,0), la région Centre-Val de Loire (168,7) et au niveau national (169,6).

Avec en moyenne 19 nouvelles admissions par an, le cancer du sein occupe le premier rang en termes d'admissions ALD pour cancer chez les femmes dans le Grand Chambord. Le taux comparatif pour ce territoire est de 172,1 nouvelles admissions en ALD cancer du sein pour 100 000 femmes, soit un taux comparable à ceux du département (166,5), de la région (175,6) et du territoire national (174,2).

Le cancer colorectal est le troisième motif d'admission pour cancer dans le territoire après le cancer du sein et de la prostate. Il représente 13 nouvelles admissions en ALD en moyenne par année sur le territoire. Cela représente après standardisation, un taux de 60,9 pour 100 000 habitants, soit un taux non statistiquement différent de ceux retrouvés aux niveaux du département du Loir-et-Cher (54,5), de la région (52,4) et de la France hexagonale (52,1).

Le cancer de la trachée, des bronches et des poumons a été responsable de 10 nouvelles admissions en ALD en moyenne par an. Après standardisation sur l'âge, cela représente 45,3 nouvelles admissions en ALD pour 100 000 habitants, taux comparable à ceux du département (38,5), de la région (39,3) et de la France hexagonale (41,6).

### TAUX COMPARATIF D'ADMISSIONS EN ALD POUR CANCERS [2006-2014]



SOURCES : CNAMTS, CCMSA, RSI, INSEE  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE  
RÉFÉRENCE FRANCE HEXAGONALE (RP 2006)  
TAUX POUR 100 000 HABITANTS

# ENTRE 2016 ET 2018 29 280 patients de la région ont été hospitalisés pour une tumeur maligne

## Patients hospitalisés

Entre 2016 et 2018, 29 280 patients de la région ont été hospitalisés, en moyenne, par an, pour une tumeur maligne. Au sein du département et du Grand Chambord, on dénombre respectivement 3 763 et 204 patients hospitalisés, en moyenne, par an. Cela représente, après standardisation par l'âge, un taux comparatif de 855,5 patients hospitalisés pour 100 000 habitants pour la CC du Grand Chambord, soit un taux non significativement différent de celui retrouvé dans le Loir-et-Cher (901,5) mais inférieur aux niveaux régional (967,1) et national (1 029,1).

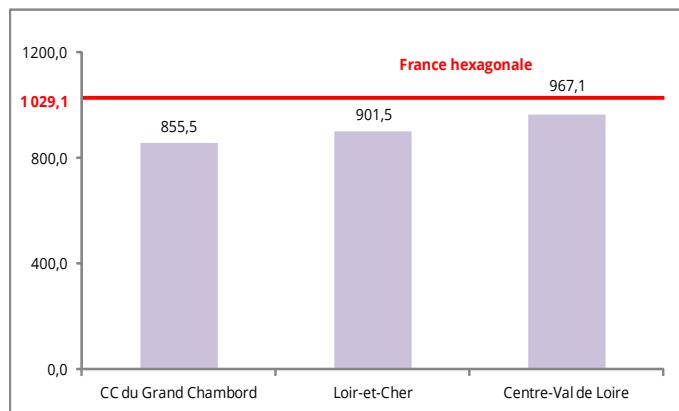
Les hospitalisations pour cancer du sein concernent 32 patientes hospitalisées pour cette cause, par an, au sein du Grand Chambord. Le taux standardisé du territoire est de 277,3 patientes hospitalisées pour cette cause pour 100 000 habitantes, soit un taux significativement comparable au taux départemental (228,3) mais supérieur aux taux régional et national (respectivement 212,4 et 209,7).

Les hospitalisations pour cancer de la prostate représentent, en moyenne, 21 patients hospitalisés sur la période sur le territoire. Le taux de recours à l'hospitalisation est non significativement différent aux niveaux départemental, régional et national (155,4 pour 100 000 hommes de la CC du Grand Chambord, 116,6 pour le Loir-et-Cher, 146,6 pour la région Centre-Val de Loire et 145,4 pour la France hexagonale).

Le cancer du côlon-rectum représente, en moyenne, 25 patients du Grand Chambord hospitalisés entre 2016 et 2018. Le taux standardisé du territoire est comparable à ceux des territoires de référence (101,7 patients hospitalisés au sein de la CC pour cette cause pour 100 000 habitants contre 107,1 dans le Loir-et-Cher, 111,8 en Centre-Val de Loire et 108,3 en France hexagonale).

Le cancer du poumon, quant à lui, compte en moyenne 11 patients du Grand Chambord hospitalisés par an pour cette cause. Le taux standardisé des habitants du territoire pour cancer du poumon (44,6 pour 100 000 habitants) n'est significativement pas différent de celui du Loir-et-Cher (58,3) mais est inférieur aux taux régional (68,2) et national (76,1).

### TAUX COMPARATIF DE PATIENTS HOSPITALISÉS POUR TUMEURS MALIGNES\* [2013-2015]



SOURCES : ATIH [PMSI MCO 2016-2018], INSEE [RP 2015] EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

POPULATION DE RÉFÉRENCE : FRANCE HEXAGONALE [RP 2006]

TAUX POUR 100 000 HABITANTS

\*HORS RADIOTHÉRAPIE AMBULATOIRE

# INFORMATIONS SUR LE GRAND CHAMBORD

## Chambord et ses environs

### Recours au dépistage organisé

Le dépistage organisé du cancer du sein est généralisé sur l'ensemble du territoire français depuis 2004. Il concerne toutes les femmes âgées de 50 à 74 ans. Tous les deux ans, elles sont invitées à effectuer une mammographie avec double lecture et examen clinique des seins, à la recherche d'éléments en faveur d'un processus tumoral.

Au cours de la période 2012-2013, 2112 femmes du Grand Chambord âgées de 50 à 74 ans ont participé au dépistage organisé du cancer du sein, soit un taux de participation de 67,9 %. Le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein sur le territoire est supérieur à ceux du Loir-et-Cher (64,6 %) et de la région Centre-Val de Loire (63,0 %).

Le dépistage organisé du cancer colorectal est destiné aux personnes âgées de 50 à 74 ans, invitées tous les deux ans à réaliser un test de présence de sang dans les selles (test immunologique depuis le printemps 2015, test Hemoccult auparavant).

Au cours de la période 2012-2013, 2 228 habitants du Grand Chambord y ont participé, équivalant à un taux de participation de 36,2 %. Le taux est identique à celui observé dans le département (36,2 %) et supérieur à celui de la région Centre-Val de Loire (32,8 %).

#### TAUX DE PARTICIPATION AU DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN ET DU CANCER COLORECTAL (2012-2013)

	Taux de participation au dépistage organisé au cancer du sein (%)	Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal (%)
<b>CC du Grand Chambord</b>	<b>67,9</b>	<b>36,2</b>
Loir-et-Cher	64,6	36,2
Centre-Val de Loire	63,0	32,8

SOURCE : ARS CENTRE-VAL DE LOIRE  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE  
\*HORS COMMUNES COUVERTES PAR LE CLS PNR BRENNNE

# INFLUENCE DES CHAMPS D'APPAREIL

## INFLUENCE DE L'APPAREIL

### CHAMPS D'APPAREIL

## Mortalité par maladies cardiovasculaires

Le pourcentage de décès liés à une pathologie cardiovasculaire au sein de la CC du Grand Chambord (24,4 %) est inférieur à ceux du Loir-et-Cher (26,1 %), de la région (26,3 %) et de la France hexagonale (26,0 %).

Cela représente, en moyenne, 51 décès annuels sur la période 2007-2015 au sein de la CC du Grand Chambord. Après standardisation des variations liées à l'âge, le taux comparatif de mortalité équivaut à 174,1 décès pour 100 000 habitants. Ce chiffre est comparable au taux obtenu dans le Loir-et-Cher (188,6) mais est statistiquement inférieur à ceux observés aux niveaux de la région (194,6) et de la France hexagonale (196,1).

Les cardiopathies ischémiques et les maladies neurovasculaires représentent une grande partie des décès liés aux pathologies du système circulatoire (47,5 % de l'ensemble des décès par pathologie de l'appareil circulatoire).

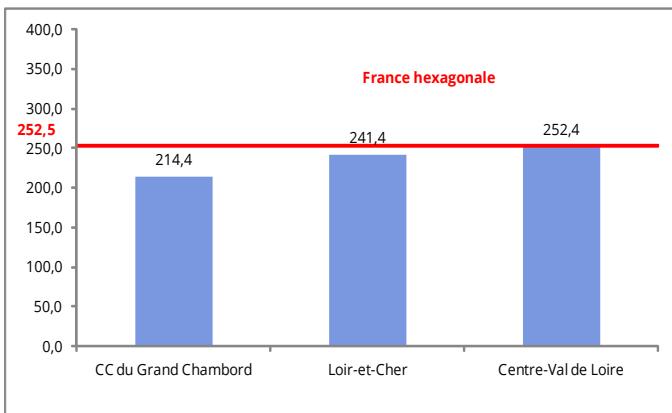
Au cours de la période 2007-2015, les cardiopathies ischémiques représentent en moyenne 11 décès par an sur le territoire (5 pour les hommes et 6 pour les femmes). Pour cette cause de décès, le taux observé est de 44,9 décès pour 100 000 habitants, taux comparable à ceux observés aux niveaux départemental (48,2), régional (50,6) et national (49,3).

Les maladies neurovasculaires représentent, en moyenne, 10 décès par an au sein de la CC du Grand Chambord (5 femmes et 5 hommes). Le taux observé sur le territoire (40,4 décès pour 100 000 habitants) est comparable à ceux du département (45,7 décès pour 100 000 habitants), de la région (44,5) et de la France hexagonale (44,0).

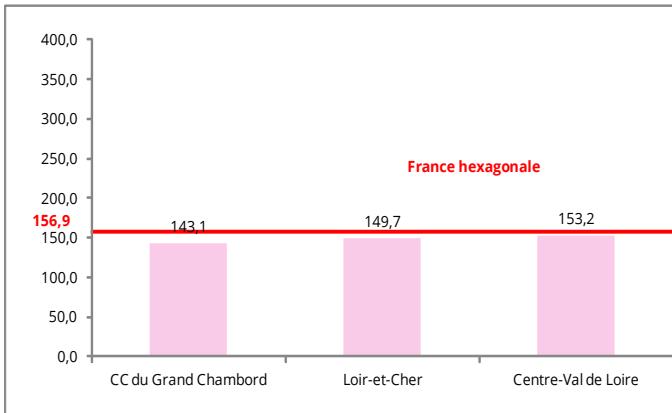
S'agissant de la mortalité prématuée par maladies de l'appareil circulatoire, le taux comparatif de mortalité sur le territoire est de 17,5 décès pour 100 000 habitants, ce qui est comparable aux taux retrouvés aux niveaux du Loir-et-Cher (23,4) et de la France hexagonale (23,8) mais inférieur au taux du Centre-Val de Loire (24,1).

### TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ PAR MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE (2007-2015)

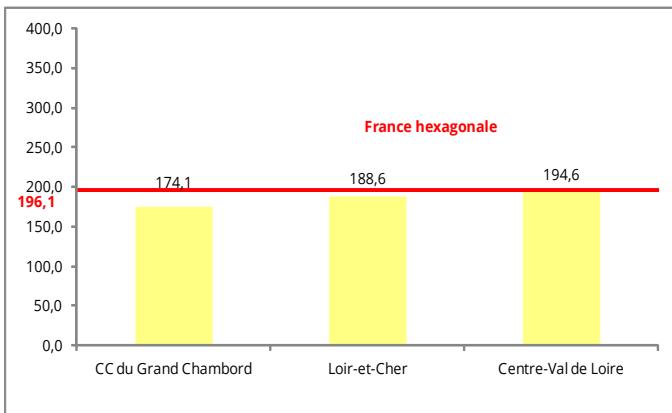
Hommes



Femmes



Deux sexes



SOURCES : INSERM CEPIDC, INSEE  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE  
RÉFÉRENCE FRANCE HEXAGONALE (RP 2006)  
TAUX POUR 100 000 HABITANTS

# Environnements de vie et maladies chroniques

## Environnements de vie et maladies chroniques

### Chambord et ses environs

#### Chambord et ses environs

## Admissions en affection de longue durée (ALD)

En 2017, 1 491 résidents du Grand Chambord sont en ALD pour des maladies cardiovasculaires.

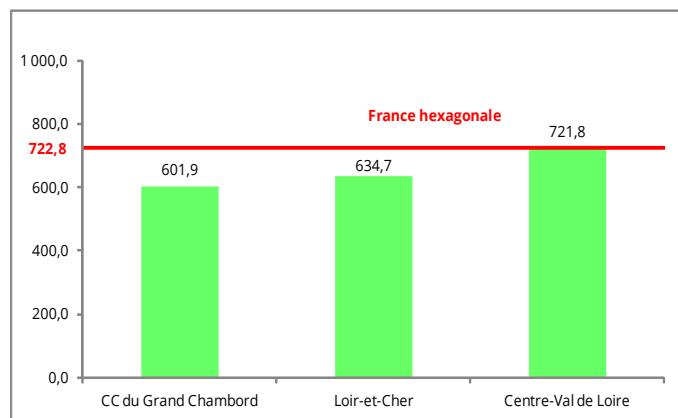
Au cours de la période 2006-2014, 20 161 nouvelles admissions annuelles en ALD ont été recensées en moyenne pour maladies cardiovasculaires dans la région Centre-Val de Loire. Au sein du Grand Chambord, elles représentent 128 nouvelles admissions en ALD pour ces pathologies, en moyenne, par an (74 pour les hommes et 54 pour les femmes).

Sur le territoire, le taux standardisé des nouvelles admissions en ALD pour ces pathologies est de 601,9 admissions en ALD pour 100 000 habitants, soit un taux proche de celui du département (634,7) mais inférieur à ceux de la région (721,8) et de la France hexagonale (722,8). Aucune différence significative n'est retrouvée chez les femmes. Chez les hommes, le taux est inférieur à l'ensemble des territoires de référence. Chez les femmes, il est également inférieur aux différents territoires de référence à l'exception du département où la différence n'est pas significative.

L'indicateur présenté ici prend en compte 5 codes de la liste des 30 ALD (1 : accident vasculaire cérébral invalidant, 3 : artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques,

5 : insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves, 12 : hypertension artérielle sévère jusqu'en 2011, date de sa suppression des ALD 30, 13 : maladies coronaires).

### TAUX COMPARATIF D'ADMISSIONS EN ALD POUR MALADIES CARDIOVASCULAIRES (2006-2014)



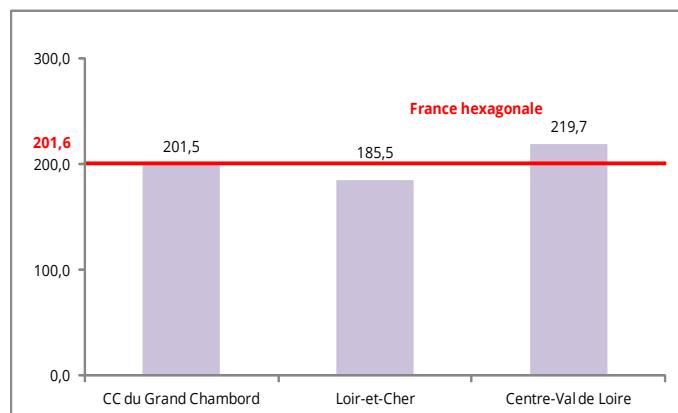
SOURCE : CNAMTS, CCMSC, RSI, INSEE  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

## Patients hospitalisés

Au cours de la période 2016-2018, 49 patients en moyenne ont été hospitalisés pour cardiopathie ischémique, par an, au sein du Grand Chambord, 783 dans le Loir-et-Cher, 6 686 en région et 142 004 en France hexagonale.

Cela représente, après standardisation sur l'âge, un taux de 201,5 patients hospitalisés pour 100 000 habitants sur le territoire d'étude, soit un taux non significativement différent à ceux des territoires de référence (185,5 pour le Loir-et-Cher, 219,7 pour le Centre-Val de Loire et 201,1 pour la France hexagonale).

### TAUX COMPARATIF DE PATIENTS HOSPITALISÉS POUR CARDIOPATHIE ISCHÉMIQUE (2013-2015)



SOURCES : ATIH (PMSI MCO 2016-2018), INSEE (RP 2015)  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE  
POPULATION DE RÉFÉRENCE : FRANCE HEXAGONALE (RP 2006)  
TAUX POUR 100 000 HABITANTS

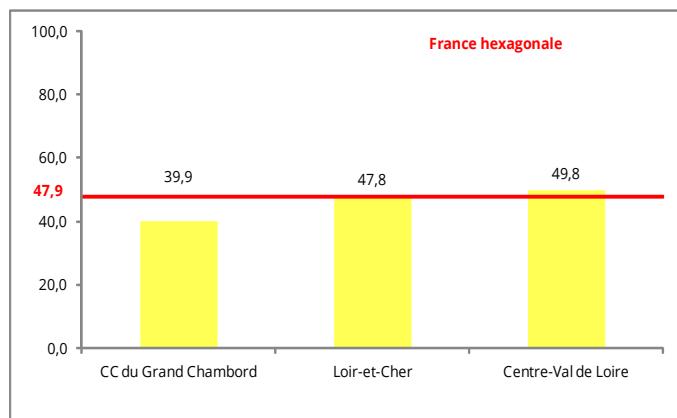
# EN GRAND CHAMBORD CHU DE CHAMPSURBECQ DIABÈTE

## Mortalité par diabète

Le diabète et ses complications ont été, en moyenne, responsables de 10 décès par an sur le territoire (dont 54,7 % d'hommes) au cours de la période 2007-2015, 226 dans le Loir-et-Cher et 1 604 en région Centre-Val de Loire.

Après standardisation, le taux comparatif de mortalité par diabète est de 39,9 pour 100 000 habitants, soit un taux non statistiquement différent des taux départemental (47,8) et national (47,9) mais inférieur au taux régional (49,8).

### TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ PAR DIABÈTE\* (2007-2015)



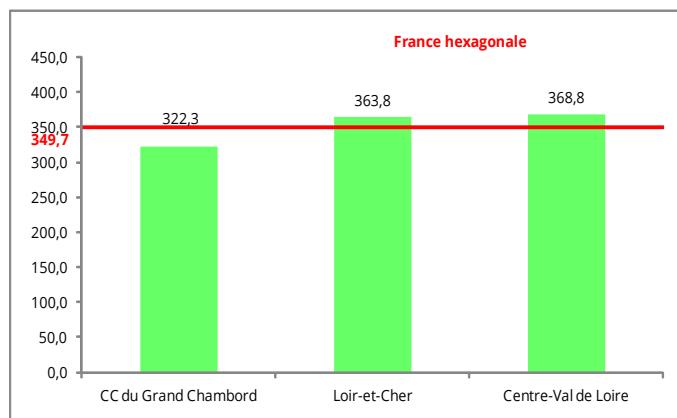
\*CAUSES INITIALES, ASSOCIÉES ET COMORBIDITÉ DE DÉCÈS  
SOURCES : INSERM CÉPIDC, INSEE  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE  
RÉFÉRENCE FRANCE HEXAGONALE (RP 2006)  
TAUX POUR 100 000 HABITANTS

## Admissions en affection de longue durée (ALD)

Au total en 2017, 1 122 résidents du Grand Chambord sont pris en charge pour un diabète (82 de type 1 et 1 040 de type 2).

Au cours de la période 2006-2014, le diabète est responsable de 68 nouvelles admissions en ALD, par an, sur le territoire (5 de type 1 et 63 de type 2). Après standardisation, cela représente 322,3 nouveaux individus pris en charge pour ALD diabète pour 100 000 habitants, soit un taux inférieur à ceux du département (363,8), de la région (368,8) et de l'Hexagone (349,7). Chez les hommes, le taux de nouvelles admissions en ALD diabète est de 403,0/100 000 alors qu'il est de 250,0 chez les femmes.

### TAUX COMPARATIF D'ADMISSIONS EN ALD POUR DIABÈTE DE TYPE 1 ET 2 [2006-2014]



SOURCES : CNAMTS, CCMSC, RSI, INSEE  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE  
RÉFÉRENCE FRANCE HEXAGONALE (RP 2006)  
TAUX POUR 100 000 HABITANTS

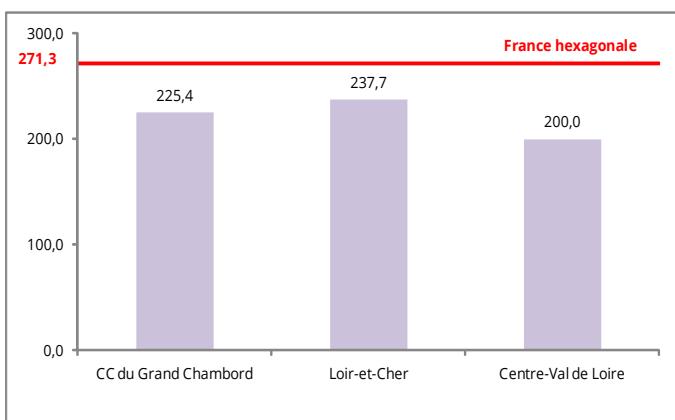
# ENTREPRISES ET CHAMPS D'ACTIVITÉS DIABÈTE

## **Patients hospitalisés**

Entre 2016 et 2018, 52 patients de la CC du Grand Chambord ont été hospitalisés, en moyenne, par an, pour un diabète (902 dans le Loir-et-Cher, 5 650 en Centre-Val de Loire et 183 431 en France hexagonale).

Après standardisation par classes d'âge, le taux est comparable à ceux du département et de la région (225,4 pour 100 000 habitants du Grand Chambord, 237,7 pour le Loir-et-Cher et 200,0 pour le Centre-Val de Loire) mais significativement inférieur à celui du niveau national (271,3).

### **TAUX COMPARATIF DE PATIENTS HOSPITALISÉS POUR DIABÈTE (2016-2018)**



SOURCES : ATIH (PMSI MCO 2016-2018), INSEE (RP 2015)  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE  
POPULATION DE RÉFÉRENCE : FRANCE HEXAGONALE (RP 2006)  
TAUX POUR 100 000 HABITANTS

# Maladies de l'appareil respiratoire

## Maladies de l'appareil respiratoire

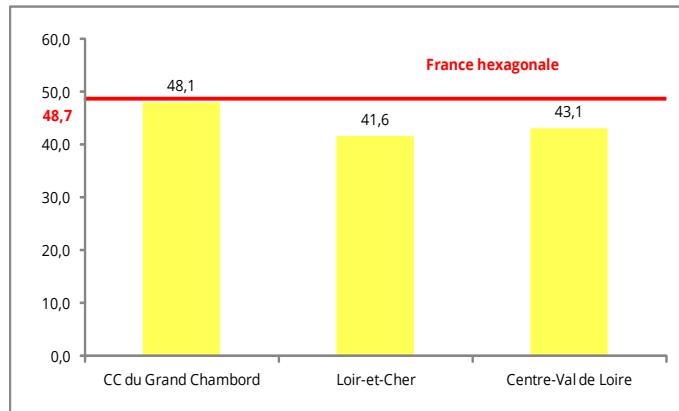
### Maladies de l'appareil respiratoire

## Mortalité par maladies de l'appareil respiratoire

Les maladies de l'appareil respiratoire (pneumonie, grippe, insuffisance respiratoire, asthme, bronchite chronique... cancers des voies respiratoires exclus) représentent une importante cause de décès à l'échelle du territoire. Ces pathologies équivalent localement à 13 décès annuels en moyenne sur la période 2007-2015, soit 6,9 % de l'ensemble des décès.

Le taux standardisé de mortalité relevé dans le Grand Chambord (48,1) est comparable à ceux observés dans le Loir-et-Cher (41,6), le Centre-Val de Loire (43,1) et la France hexagonale (48,7).

### TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ PAR MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE (2007-2015)



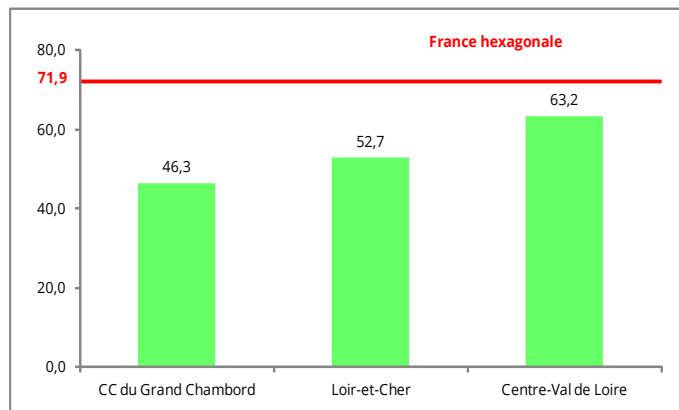
SOURCES : INSERM CÉPIDC, INSEE  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE  
RÉFÉRENCE FRANCE HEXAGONALE (RP 2006)  
TAUX POUR 100 000 HABITANTS

## Admissions en affection de longue durée (ALD)

Entre 2006 et 2014, 9 nouvelles admissions ont été enregistrées, en moyenne, par an, pour insuffisance respiratoire chronique dans le Grand Chambord. Au total, cela représente, en 2017, 121 résidents du territoire pris en charge chaque année en ALD pour insuffisance respiratoire chronique grave.

Après standardisation, le taux de nouvelles admissions en ALD pour ces pathologies, sur le territoire, est de 46,3 pour 100 000 habitants, soit un taux proche du département (52,7) mais inférieur aux taux régional (63,2) et national (71,9).

### TAUX COMPARATIF D'ADMISSIONS EN ALD POUR INSUFFISANCE RESPIRATOIRE CHRONIQUE GRAVE (2006-2014)



SOURCES : CNAMTS, CCMSC, RSI, INSEE  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE  
RÉFÉRENCE FRANCE HEXAGONALE (RP 2006)  
TAUX POUR 100 000 HABITANTS

# PRÉVALÉNCE DES CHRONIQUEES PRÉVALÉNCE DES ALÉATOIRES DU GRAND CHAMBORD

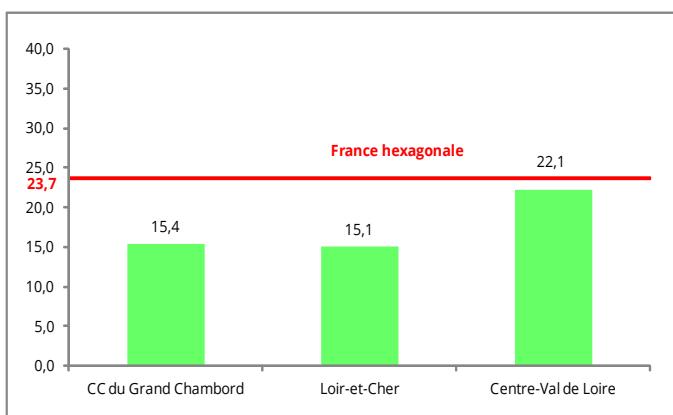
## Asthme et broncho- pneumopathie chronique obstructive (BPCO)

La BPCO est une pathologie respiratoire chronique très majoritairement due à la consommation tabagique mais aussi à l'exposition professionnelle ou à la pollution atmosphérique. Elle entraîne progressivement une insuffisance respiratoire chronique allant jusqu'à la nécessité de l'oxygénothérapie à domicile, et les aggravations aigues l'accompagnant représentent une cause importante d'hospitalisation et de décès.

En 2017, 23 habitants du Grand Chambord sont en ALD pour une BPCO. En termes d'incidence, cela représente au cours de la période 2006-2014, moins de 5 nouvelles admissions en ALD pour BPCO, en moyenne, par an, sur le territoire.

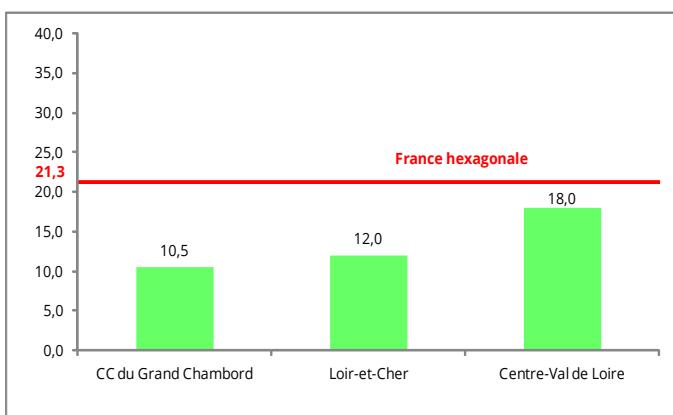
En éliminant les effets de l'âge, le taux de nouvelles admissions en ALD pour BPCO du territoire est 10,5 pour 100 000 habitants, soit un taux comparable à celui du département (12,0) mais significativement inférieur à ceux retrouvés dans la région (18,0) et en France hexagonale (21,3).

### TAUX COMPARATIF D'ADMISSIONS EN ALD POUR ASTHME [2006-2014]



SOURCES : CNAMTS, CCMSSA, RSI, INSEE  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE  
RÉFÉRENCE FRANCE HEXAGONALE [RP 2006]  
TAUX POUR 100 000 HABITANTS

### TAUX COMPARATIF D'ADMISSIONS EN ALD POUR BPCO [2006-2014]



SOURCES : CNAMTS, CCMSSA, RSI, INSEE  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE  
RÉFÉRENCE FRANCE HEXAGONALE [RP 2006]  
TAUX POUR 100 000 HABITANTS

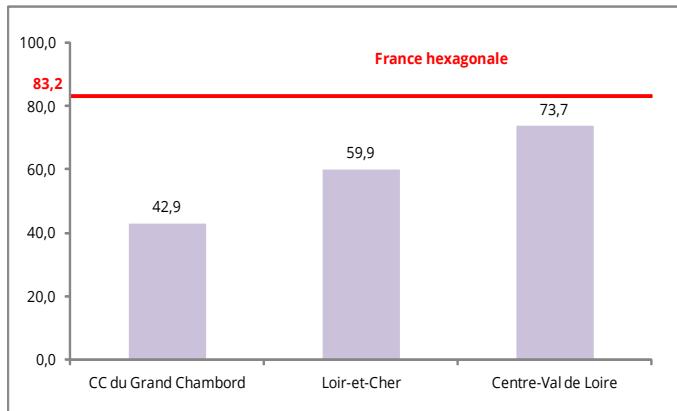
# PHYSIOPATHOLOGIES CHRONIQUES DES PHYSIOPATHOLOGIES DE LA CHRONIFICATION DES SYMPTÔMES

## **Patients hospitalisés**

Entre 2016 et 2018, 1 854 patients hospitalisés pour de l'asthme ont été recensés chaque année dans la région. Dans le Loir-et-Cher, cela représente 188 personnes hospitalisées par an et 9 sur la CC du Grand Chambord.

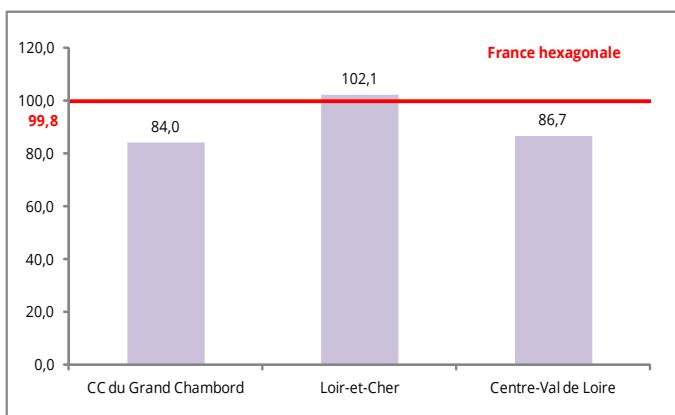
À structure d'âge comparable, le taux est de 42,9 personnes hospitalisées pour 100 000 habitants du territoire d'étude, taux statistiquement inférieur à ceux de la France hexagonale (83,2) et du Centre-Val de Loire (73,7) mais non statistiquement différent de celui du département (59,9).

### TAUX COMPARATIF DE PATIENTS HOSPITALISÉS POUR ASTHME (2016-2018)



SOURCES : ATIH (PMSI MCO 2016-2018), INSEE (RP 2015)  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE  
TAUX POUR 100 000 HABITANTS

### TAUX COMPARATIF DE PATIENTS HOSPITALISÉS POUR BPCO (2016-2018)



SOURCES : ATIH (PMSI MCO 2016-2018), INSEE (RP 2015)  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE  
TAUX POUR 100 000 HABITANTS

Entre 2016 et 2018, 2 781 patients hospitalisés pour BPCO ont été recensés chaque année dans la région. Dans le Loir-et-Cher, cela représente 469 personnes hospitalisées par an dont 21 sur le Grand Chambord.

À structure d'âge comparable, le taux comparatif est de 84,0 personnes hospitalisées pour 100 000 habitants du territoire d'étude, taux statistiquement comparable à ceux du département (102,1), de la région (86,7) et de la France hexagonale (99,8).

## Ressources disponibles sur le territoire

### Cancer

Le **réseau de cancérologie Onco 41** a pour mission l'accompagnement des patients atteints d'une pathologie cancéreuse et des aidants. En effet, le réseau agit en matière d'accompagnement et de coordination dès l'annonce d'un parcours de soins non seulement au cours des traitements mais aussi après. Le réseau territorial de cancérologie du Loir-et-Cher est composé d'une équipe paramédicale qui a pour mission un temps d'écoute, de soutien, d'information, d'orientation et de coordination afin d'harmoniser la prise en charge globale des patients (adultes, enfants/ados) atteints d'une pathologie cancéreuse et de leur entourage/aidants avec tous les professionnels et acteurs en santé dans le Loir-et-Cher voire dans les départements limitrophes.

Le réseau intervient également dans l'évaluation des problématiques du domicile, la mise en place de soins de support, notamment des soins individuels : suivi diététique, suivi psychologique, sophrologie, des soins avec des socio-esthéticiennes... (certains soins de support peuvent être financés s'il n'y a pas de prise en charge des caisses) ainsi que des ateliers et des permanences afin de permettre un temps d'échanges patients et/ou aidants.

L'accompagnement du réseau Onco 41 consiste en un accompagnement à la réinsertion socioprofessionnelle : difficulté à la réinsertion sociale, difficulté à la reprise de l'activité ou à la reprise professionnelle avec les assistantes sociales, le service de médecine préventive, la MDPH, la médecine du travail... Le réseau agit également dans la réappropriation de son corps, de l'estime de soi, que l'on soit en arrêt de travail, à la retraite, en temps thérapeutique ou en activité.

Dans le cadre de la réalisation de ses missions, des acteurs et professionnels de santé sont mobilisés en complément avec les structures de santé : assistante sociale, médecin, pharmacien, kiné, IDE, éducateur sportif, socio-esthéticienne, sophrologue, hypnothérapeute, psychologue, psychothérapeute, diététicienne... Le réseau Onco 41 participe également aux différentes journées en prévention et en information sur tout le département en fonction des thèmes avec l'Adoc, les CLS, les structures, les réseaux... Une action a été réalisée par le réseau sur l'accompagnement des patients atteints d'une pathologie cancéreuse et sur les aidants face à une annonce pendant les traitements (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, chimiothérapie per os) et après ceux-ci (réinsertion sociale, réinsertion professionnelle), ainsi que lors des parcours des phases palliatives et en fin de vie.

En effet, un accompagnement est réalisé par l'équipe au fur et à mesure des besoins, des étapes, des situations familiales, ce qui permet de s'exprimer sur le besoin d'informer et de coordonner des activités en matière de :

- accès aux soins (notamment des publics précaires) ;
- santé de la mère et de l'enfant ;
- santé mentale ;
- nutrition et activité physique ;
- violences faites aux femmes ;
- conduites à risque (vie affective et sexuelle, prévention des IST, tabac/alcool, drogues illicites, jeux pathologiques, violence routière...) ;
- maladies chroniques (cancers, maladies cardiovasculaires, diabète, asthme) ;
- vieillissement de la population (prévention de la chute, de la dénutrition, lutte contre l'isolement, ateliers mémoire, aide aux aidants, maladie d'Alzheimer...).

Cette action a mobilisé, dans sa réalisation, différents acteurs et professionnels en santé, des psychologues, des diététiciennes, des éducateurs physiques et d'autres structures. Les usagers, les patients et les aidants, les adultes, les enfants et les adolescents sont les différents publics visés par cette action qui a eu lieu sur tout le département, avec des permanences de proximité ou des activités réalisées à domicile en fonction des besoins.

Il s'agit ainsi :

- d'accompagner, de maintenir une démarche d'éducation thérapeutique en annonce, pendant mais aussi après les traitements ;
- de maintenir la réinsertion sociale, professionnelle et en fonction ;
- d'accompagner avec les professionnels, les familles sur des phases palliatives voire de fin de vie ;
- le réseau envisage de maintenir les accompagnements individuels des patients, des aidants, de leur entourage et des familles.

La **MGEN** a organisé et participé aux actions dans le cadre du dépistage contre le cancer du sein et le cancer colorectal. En effet, en 2017, a eu lieu une zumba géante au Palais des sports de Blois pour Octobre rose (lutte contre le cancer du sein) qui a regroupé 350 participants. De même, en 2018, une balade cyclo-bleue a été organisée dans le cadre de Mars bleu (lutte contre le cancer colorectal), au Parc des expositions de Blois ; 50 personnes y ont participé.

### Diabète

L'association des diabétiques du Loir-et-Cher (AFD 41) a pour principales missions :

# PRINCIPALES MISES EN ŒUVRE

- de défendre les diabétiques et de les représenter ;
- d'accompagner les diabétiques, de les informer ;
- de prévenir le risque diabétique et ses complications.

Ces missions se déclinent au niveau local comme cela est le cas de toutes les associations fédérées de la Fédération française des diabétiques.

L'association fait intervenir plusieurs acteurs dans le cadre de ses missions : l'ARS Centre-Val de Loire, la CPAM 41, la Mutualité française 41, la MSA Berry-Touraine, la MGEN 41, les hôpitaux privés du Val de Loire, les centres hospitaliers de Blois, l'Institut médical de Sologne, le centre SSR La Menaudière et le réseau SND 41.

Plusieurs actions sont mises en œuvre par l'association. En effet, afin de prévenir le risque diabétique, une semaine nationale de prévention contre le diabète a été mise en place à destination du grand public dans le cadre de la prévention du diabète et de ses complications. Elle consiste en l'accueil, l'écoute, l'information et le remplissage du questionnaire Findrisk afin d'évaluer le risque diabétique. Ses objectifs sont les suivants : évaluer le risque diabétique, informer sur les comportements à risque, diffuser les principes d'équilibre alimentaire et inciter à l'activité physique.

Afin d'accompagner les diabétiques, une autre action de permanence d'information et de soutien réalisée dans le cadre de « l'élan solidaire » de la Fédération française des diabétiques et de la journée santé de la CPAM 41, a permis de regrouper plusieurs partenaires. Cette action comporte plusieurs objectifs à savoir :

- échange de pratiques entre diabétiques pour mieux vivre la maladie au quotidien ;
- enseignements pratiques sur la prise en charge du diabète ;
- distribution de documents d'information sur le diabète ;
- suivi de l'équilibre alimentaire et de l'équilibre glycémique.

Elle s'articule autour de l'information, de l'accompagnement et du suivi de santé, de l'accueil et de l'écoute, et consiste en un entretien individuel avec la personne qui le demande, un suivi de la mise en œuvre de bonnes pratiques et la recherche des freins éventuels afin de pouvoir les surmonter.

La MGEN (Mutuelle générale de l'Éducation nationale) a également participé à la semaine de prévention contre le diabète, au centre hospitalier de Blois aux côtés de l'AFD 41, au cours de laquelle 300 personnes étaient présentes.

La **Mutualité française Centre-Val de Loire (MFCVL)** développe des actions de prévention et de promotion de la santé à destination des adhérents mutualistes et du grand public, notamment sur le maintien de l'autonomie (personnes âgées, personnes handicapées), la santé de la petite enfance et de la jeunesse et la prévention des maladies chroniques. Ces actions sont mises en œuvre sur

l'ensemble de la région, notamment dans les territoires prioritaires et pour les personnes en difficulté. La MFCVL est incluse dans les groupes de travail régionaux et dans les instances décisionnelles régionales et locales.

Le rôle politique est également très important de par la représentation des élus et le poids des mutualistes en région. Dans le cadre de ce travail régional, la MFCVL travaille avec les CPAM et les ARS pour le développement d'actions pilotes comme la télémédecine ou le recouvrement de créances. Elle conventionne également avec les établissements de santé de la région pour faciliter l'accès de tous à des soins de qualité. Enfin, la MFCVL a un rôle de coordination et de conseil auprès de ses délégations départementales et des services de soins et d'accompagnement mutualistes.

Le service prévention et promotion de la santé (PPS) intervient sur l'ensemble des territoires ruraux et urbains de la région Centre-Val de Loire. En lien avec les partenaires locaux, il décline de manière opérationnelle les orientations définies par le conseil d'administration. Les activités sont menées dans le cadre des orientations de la Fédération nationale de la Mutualité française (FNMF) et les institutions régionales de santé.

Dans le cadre de la prévention des maladies chroniques, chaque année, en lien avec l'offre de prévention de la Fédération nationale de la Mutualité française, le service de prévention et promotion de la santé de la Mutualité française Centre-Val de Loire développe dans chacun des départements de la région, deux actions réalisées en centre de soins de premier recours : l'action « Mangez-bougez, c'est facile » et l'action « Votre santé sur mesure ».

Leurs objectifs sont les suivants :

- sensibiliser les personnes à l'importance d'une alimentation équilibrée et à la pratique d'une activité physique régulière afin de prévenir les maladies chroniques (diabète, surpoids, cancer) et améliorer la qualité de vie ;
- motiver la reprise d'une activité physique et l'application des recommandations en alimentation en remettant des fiches thématiques sur la santé et en proposant des activités proches du lieu de vie des personnes.

En effet, l'action « Mangez-bougez » est un événement qui propose un temps d'échange avec un(e) diététicien(ne) pour :

- échanger sur les motivations à bouger d'avantage et manger équilibré (composition virtuelle d'un repas grâce à une application ludique et interactive « Le Petit resto santé » avec, à l'issue, un bilan personnalisé sur l'équilibre alimentaire, un test d'autoévaluation sur l'activité physique (Ricci et Gagnon) et des conseils individuels ;
- orienter vers les dispositifs proposant une activité physique et des conseils en alimentation.

# PROFILS SANITAIRES : COMMUNIQUER ET SENSIBILISER

L'action « Votre santé sur-mesure », quant à elle, est un évènement qui propose au travers d'un temps d'échanges avec un(e) infirmier(e) de :

- réaliser un test de glycémie ;
- faire une mesure de la tension artérielle avec une infirmière et échanger sur les facteurs de risque ;
- être orienté vers un professionnel de santé si besoin ;
- renforcer et/ou développer ses connaissances sur l'alimentation équilibrée et la pratique d'une activité physique régulière.

Dans le cadre des **réseaux PAS (prévention, aide et suivi)**, un dépistage de l'audition a été réalisé par la MGEN pour la prévention des risques auditifs. Avec la collaboration d'un professionnel de l'audition d'Audilab mis à disposition pour 7 heures, cette action a permis de mobiliser les adhérents de la MGEN âgés de 50 à 60 ans de l'ensemble du département. Elle s'est déroulée au sein de la MGEN les mercredis 29 mars 2017 et 4 juillet 2018. Cette action a eu pour objectif de détecter la baisse de l'audition afin d'orienter vers un ORL et de réaliser un appareillage si besoin. Elle a consisté à accueillir et à proposer un quizz aux personnes afin de les sensibiliser au sujet, avec une animation à l'accueil avec vidéo. De plus, un bilan auditif est réalisé avec le professionnel de l'audition qui remet une pochette contenant des documents.

L'association « **Communiquer avec les mains** » (CALM) assure l'apprentissage et le perfectionnement à la Langue des signes française. Elle intervient dans l'aide aux sourds et aux malentendants et œuvre pour la reconnaissance des droits du sourd et de sa culture.

Plusieurs partenaires interviennent dans le cadre de la réalisation de ces actions. Il s'agit des mairies (Blois, Vineuil, Saint-Gervais...) et d'autres partenaires tels que le Conseil départemental du Loir-et-Cher, la MDPH, Aggropolys, l'hôpital, la poly clinique, le Rotary Club, le CIAS du Blésois.

Le service « **Vivre autonome** » du Conseil départemental 41 établit régulièrement le recensement des actions de prévention menées sur le département par de nombreux partenaires, à destination notamment des personnes âgées. Ainsi, dans le cadre de la prévention contre la perte d'autonomie, des ateliers ou parcours de prévention santé ont été organisés sur le département du Loir-et-Cher, de même que des temps d'échanges, des conférences et des formations destinés à traiter de sujets liés à la perte d'autonomie et/ou à la santé.

Ces ateliers proposent les thématiques suivantes : nutrition, équilibre et prévention des chutes, mémoire, bien utiliser les médicaments, protéger sa vue, améliorer son audition, prendre soin de ses pieds, de bonnes dents pour très longtemps, etc. Acquérir de nouveaux réflexes, modifier ses comportements, apprendre, échanger sont les clefs d'un mieux vivre transmises par des animateurs professionnels dans une ambiance conviviale.

De manière générale, dans le cadre de la prévention contre la perte d'autonomie et de la prévention en santé sur le territoire, et notamment au sein du département, plusieurs partenariats sont mis en œuvre entre différents acteurs à savoir : AG2R La Mondiale, AGRICA, ASEPT Berry-Touraine, Brain Up association, l'association des diabétiques (AFD) du Loir-et-Cher, l'association des fibromyalgiques de la région Centre-Val de Loire, l'association France Alzheimer 41, la Carsat Centre-Val de Loire, le centre d'action et d'information sur la surdité (CAIS), le centre hospitalier de Vendôme, le Comité départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA), le Comité départemental d'éducation physique et de gymnastique volontaire (CODEP EPGV), la CPAM, la Coordination qualité vigilances risques associés aux soins (COQUAVIRIS) et le centre hospitalier de Blois, le Comité régional de la coordination d'action sociale (CRCAS), le Comité départemental de la Ligue nationale contre le cancer, France Parkinson 41, le Comité départemental de la fédération française de gymnastique, la Fraps, le groupe d'entraide « un AMI est LA » (GEM AMILA), Humanis, Jusqu'A La Mort Accompagner La Vie (JALMALV 41), KLESIA, Le Petit atelier d'art-thérapie, la Mutualité française du Centre-Val de Loire, la MSA Berry-Touraine, Onco 41, la plateforme de répit du centre de soins A. Gibotteau, le réseau nutrition diabète 41, le groupe associatif Siel Bleu, l'Union française des œuvres laïques d'éducation physique (UFOLEP), l'Union nationale des amis et des familles de malades psychiques (Unafam), Vaincre la mucoviscidose, etc.

## Synthèse de la rencontre avec les professionnels et les élus

Pour les acteurs du territoire, une fois dépistées, les maladies chroniques sont bien prises en charge au niveau médical. Les relais des médecins généralistes aux spécialistes fonctionnent bien, même si les délais pour la première consultation spécialisée peuvent être importants. Le manque de médecins spécialistes sur le territoire, et plus globalement dans la région, limite les possibles et les examens nécessaires pour ces consultations et prises en charge sont également longs à obtenir quand le médecin traitant n'appuie pas la demande fortement.

*Professionnel : « Une fois que les gens sont pris en charge, ça va, ça suit, mais pour avoir un premier rendez-vous chez un spécialiste pfff c'est très long ! »*

*Professionnel : « Même pour avoir un examen complémentaire type scanner et tout ça, si ce n'est pas le médecin traitant qui pousse pendant que ça urge. Ça peut être 3 à 6 mois... ! »*

En revanche, après que les malades ont été intégrés à des filières spécifiques, les informations ne sont pas toujours relayées en-dehors de celles-ci. Les médecins traitants ne sont pas toujours mis au courant des suites pour leurs patients. Cela peut être problématique, notamment lors des sorties d'hospitalisation. Les patients ne permettent pas toujours de relayer les informations nécessaires au médecin généraliste, et celui-ci joue un rôle pivot important dans la suite

*Professionnel : « Par exemple en dialyse, c'est typique. C'est une filière qui fonctionne en autonomie, dès que les gens sont rentrés dans cette filière, difficile d'être au courant de ce qui s'est passé, de ce qui se passe, sauf quand il y a un problème aigu mais on n'est pas toujours au courant de ce qui s'est passé avant. »*

*Professionnel : « Les gens vont en chimio, ils voient l'oncologue tatata au retour, « ah bah non c'est pas la peine », mais si ! Il faut voir le médecin traitant, c'est le pivot ! Pour moi, c'est le pivot de tous les traitements »*

La prise en charge financière de la maladie en tant que telle, via les ALD, couvre bien les consultations et traitements. En revanche, les maladies chroniques peuvent avoir de multiples impacts sur la vie quotidienne et ces conséquences pratiques soulèvent plus de difficultés. Des difficultés particulières se présentent pour les malades jeunes, qui doivent arrêter de travailler. Ils subissent des pertes de revenus importantes, pouvant mettre en difficulté leurs familles. Lorsqu'elles sont en mesure de travailler à nouveau, ces malades vivent aussi parfois une discrimination, se voient retirer des responsabilités dans

leur entreprise.

*Professionnel : « Les maladies cancéreuses chez les femmes jeunes, avec des jeunes enfants, très vite s'il y avait un salaire, il y a des problèmes de revenu. Donc ça dégringole vite, il y a les enfants derrière, le conjoint des fois c'est compliqué de supporter tout ça. »*

Les personnes âgées qui vivent de façon isolée, qui n'ont pas de membre de l'entourage pour les soutenir, ont besoin d'aides à domicile, d'aménagement de leur logement.

*Professionnel : « Quand on a un couple, il y a toujours... Quelques fois il y a la tête et les jambes hein... Ça va bien comme ça, on en a un qui est un peu plus perdu mais il est très valide et puis l'autre il est moins valide mais il sait bien ce qu'il se passe donc... Dès qu'il y en a un qui part dans l'équipe, ça ne va plus. »*

Les aides dont ils peuvent bénéficier, en plus de l'ALD, dépendent de leur âge et de leurs situations. Les dispositifs dédiés au grand âge, au handicap, à la famille pourront être mobilisés selon les cas, mais l'information n'est pas forcément accessible. Les aides financières de la Caf, des caisses de retraites, de services sociaux sont possibles mais beaucoup sont spécifiques aux pathologies ou ont des conditions très encadrées pour pouvoir être mises en place. Cette dispersion des aides et leur évolution dans le temps, complique grandement la connaissance des aides mobilisables pour les potentiels bénéficiaires, comme pour une grande partie des professionnels qu'ils côtoient.

*Professionnel : « Ça touche à des publics plutôt vieillissants donc ils sont pris en charge par la perte d'autonomie et la vieillesse mais après chez les jeunes, c'est plutôt du domaine du handicap. C'est un autre type de prise en charge, il y a d'autres aides, d'autres structures... On n'est pas très informé d'ailleurs sur ce qui existe »*

*Professionnel : « Par rapport à ce que fait la Caf, on se rend compte que nos partenaires ne savent pas... C'est quand on est confronté et qu'on essaie de tirer plusieurs ficelles que finalement, il existe ça... Après, c'est dans des critères bien spécifiques, parce qu'il faut qu'il y ait une sortie d'hospitalisation ou une pathologie, ce n'est pas dans n'importe quel cadre qu'on peut financer des heures de TISF, ça existe, mais ce n'est pas assez connu. »*

Un certain nombre d'acteurs rencontrés, qui n'ont pas de vision d'ensemble des aides possibles et non familiers des procédures administratives, ont mentionné Vivre autonome 41, dont les permanences sur tout le territoire du Loir-et-Cher (dans les maisons d'accueil service public,

## MAIRIES ET MÉTIERS : CHAMONIX-MONT-BLANC

les maisons départementales de cohésion sociale (MDCS), certaines mairies) constituent un moyen facile d'accès pour réaliser au mieux les dossiers de demandes d'aides. Ce dispositif pourrait encore être mieux connu, et présenté dans l'ensemble des secrétariats de mairie par exemple. Exceptionnellement, quand la situation l'exige, ces professionnels peuvent également se déplacer au domicile des personnes qui n'ont pas une mobilité suffisante.

Une fois amorcé les demandes, certaines difficultés demeurent. Les dossiers de demande effectués auprès de la MDPH ont notamment des délais de traitement très importants. La situation s'est améliorée dernièrement, mais surtout en ce qui concerne les enfants. Ce délai entre la demande et la décision de la CDAPH reste de plusieurs mois (3 à 4 mois au moment du diagnostic, fin 2019) et la situation de la personne peut avoir évolué de façon significative, au point que la décision effective de la commission n'est plus adaptée. Si les délais observés ont parfois été plus importants, ils l'ont été suite à des dossiers incomplets et la MDPH informe désormais le demandeur dès la réception d'un dossier si celui-ci est acceptable en l'état. Enfin, il existe des possibilités d'alerter quant à certaines situations et les médecins du département peuvent traiter des prestations compensatoires en urgence.

*Professionnel : « Il y a des dossiers qui peuvent être traités rapidement quand il y a des vrais besoins derrière. Après, ça reste un délai assez contraint, mais il y a eu un gros travail de fait, avec une diminution du délai de traitement. »*

# LE VIEILLISSEMENT EN FRANCE LA POPULATION DES 75 ANS ET PLUS

## Depuis 1999, en France métropolitaine, alors que la population totale n'a augmenté que de 9 %, celle des 75 ans et plus a augmenté de 44 %.

Le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus va augmenter au cours des prochaines décennies, ainsi que leur part dans l'ensemble de la population, qui devrait s'élever à 16 % en 2050 (18 % en Centre-Val de Loire et 21 % dans le Loir-et-Cher). Cette tendance nationale, qui va vers un vieillissement de la population, est également remarquée à l'échelle de la CC du Grand Chambord. Le vieillissement de la population est l'un des défis majeurs qu'il va falloir relever de part ses conséquences démographiques, économiques et sanitaires. Et ce, d'autant qu'il va concerner tous les territoires. Il est donc nécessaire de réfléchir et d'anticiper dès à présent les solutions en termes d'aide et de prise en charge de nos aînés, notamment à domicile.

## Indice démographique du vieillissement

L'indice de vieillissement mesure le nombre de personnes de 65 ans pour 100 personnes âgées de moins de 20 ans. Quant à l'indice de grand vieillissement, celui-ci mesure le nombre de personnes de 80 ans et plus pour 100 personnes âgées de 65 à 79 ans.

Pour le Grand Chambord, l'indice de vieillissement est supérieur, en 2010 comme en 2015, à celui du niveau national. En revanche, il est inférieur à ceux des autres territoires de référence. Il a évolué entre 2010 et 2015 de manière plus importante que sur les autres échelons (+19,9 % dans le Grand Chambord contre +10,2 % dans le Loir-et-Cher, +11,1 % en Centre-Val de Loire et +11,5 % en France hexagonale).

En 2015, l'indice de grand vieillissement du territoire est de 40,6, ce qui est inférieur aux territoires de référence (52,0 dans le Loir-et-Cher, 49,6 en Centre-Val de Loire et 46,7 en France hexagonale). Entre 2010 et 2015, l'indice sur le territoire a diminué contrairement aux différents territoires de référence (-21,2 % au sein de la CC du Grand Chambord contre + 1,8 % dans le Loir-et-Cher, + 1,6 % en région et +0,9 % France hexagonale).

## ÉVOLUTION DE L'INDICE DE VIEILLISSEMENT ET DE GRAND VIEILLISSEMENT ENTRE 2010 ET 2015

	Indice de vieillissement			Indice de grand Vieillissement		
	2010	2015	Évolution (en %)	2010	2015	Évolution (en %)
CC du Grand Chambord	70,9	85,1	19,9	51,5	40,6	-21,2
Loir-et-Cher	90,6	99,9	10,2	51,1	52,0	1,8
Centre-Val de Loire	78,5	87,2	11,1	48,9	49,6	1,6
France hexagonale	69,4	77,4	11,5	46,2	46,7	0,9

SOURCE : INSEE (RP 2010 ET 2015)  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

# MEILLEUREMENT DE LA POPULATION

## Conditions de vie des personnes âgées

En 2015, la CC du Grand Chambord dénombre 1 629 personnes âgées de 75 ans et plus vivant en logement ordinaire, soit 87,5 % de la population de cette classe d'âge. Cette proportion est inférieure à celles de la région, du département et de la France hexagonale (89,9 %, 88,9 % et 90,2 %).

Les personnes âgées de 75 ans et plus du territoire vivant dans un service ou un établissement de moyen ou long séjour, une maison de retraite, un foyer ou une résidence sociale représentent 12,5 % des personnes âgées (soit 232 individus) contre 10,9 % des 75 ans et plus dans le Loir-et-Cher, 10,0 % en Centre-Val de Loire et 9,5 % en France hexagonale.

### PERSONNES ÂGÉES VIVANT DANS LEUR DOMICILE PERSONNEL EN 2015

	Personnes âgées de 75 ans et plus vivant en logement ordinaire		Personnes âgées de 75 ans et plus vivant dans un service ou établissement de moyen ou long séjour, maison de retraite ou résidence sociale		Personnes âgées de 75 ans et plus vivant dans un autre mode d'habitation		Total
	Effectifs	% de la pop. des 75 ans et plus	Effectifs	% de la pop. des 75 ans et plus	Effectifs	% de la pop. des 75 ans et plus	
<b>CC du Grand Chambord</b>	<b>1 629</b>	<b>87,5</b>	<b>232</b>	<b>12,5</b>	<b>nd</b>	<b>nd</b>	<b>1 861</b>
Loir-et-Cher	35 764	88,9	4 380	10,9	101	0,3	40 245
Centre-Val de Loire	246 868	89,8	27 609	10,0	519	0,2	274 996
France hexagonale	5 420 799	90,2	573 295	9,5	15 083	0,3	6 009 177

SOURCE : INSEE (RP 2015)

EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

ND : NON DISPONIBLES EN RAISON D'EFFECTION INFÉRIEURS À 5

# QUELQUES RÉSULTATS SUR LA POPULATION ÂGÉE

## Isolement des personnes âgées

Selon le recensement de population de l'Insee de 2015, 724 personnes âgées de 75 ans et plus vivent seules dans la CC du Grand Chambord, ce qui représente 38,9 % des habitants de la classe d'âge et une proportion supérieure à celle de la région, du département et proche de celle de la

France hexagonale (37,8 %, 37,0 % et 38,5 %). Sur l'ensemble des territoires, la majorité des personnes âgées de 75 ans et plus vivant seules sont des femmes (77,1 % dans la CC du Grand Chambord).

### PERSONNES ÂGÉES VIVANT SEULES EN 2015

	Personnes âgées de 75 ans et plus vivant seules (effectifs)	Nombre de femmes âgées de 75 ans et plus vivant seules	Part des femmes âgées de 75 ans et plus vivant seules	Part des personnes âgées de plus de 75 ans vivant seules à domicile
<b>CC du Grand Chambord</b>	<b>724</b>	<b>558</b>	<b>77,1 %</b>	<b>38,9 %</b>
Loir-et-Cher	14 887	11 365	76,3 %	37,0 %
Centre-Val de Loire	103 888	80 697	77,7 %	37,8 %
France hexagonale	2 310 925	1 816 366	78,6 %	38,5 %

SOURCE : INSEE (RP 2015)  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

# QUELLE EST VRAIMENT LA POPULATION

## LA POPULATION

## Potentiel de solidarité intergénérationnelle

De manière très schématique, les aidants des personnes âgées (leurs enfants particulièrement) peuvent être quantitativement représentés par la population des 55-64 ans. Le potentiel de solidarité intergénérationnelle est un indicateur du soutien des aînés dépendants, notamment à domicile, étant le rapport entre le nombre d'individus de 55-64 ans et celui des 85 ans et plus. Le ratio au sein du Grand Chambord est de 4,6, soit un ratio aidants/aidés supérieur à ceux du Loir-et-Cher (3,3), de la région Centre-Val de Loire (3,7) et de la France hexagonale (4,1).

### POTENTIEL DE SOLIDARITÉ INTERGÉNÉRATIONNELLE - RATIO AIDANTS/AIDÉS EN 2015

	Personnes de 55-64 ans	Personnes de 85 ans et plus	Ratio aidants/ aidés (55-64/85 et +)
CC du Grand Chambord	3 056	669	4,6
Loir-et-Cher	46 157	13 923	3,3
Centre-Val de Loire	342 843	93 329	3,7
France hexagonale	8 103 626	1 976 749	4,1

SOURCE : INSEE (RP 2015)  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

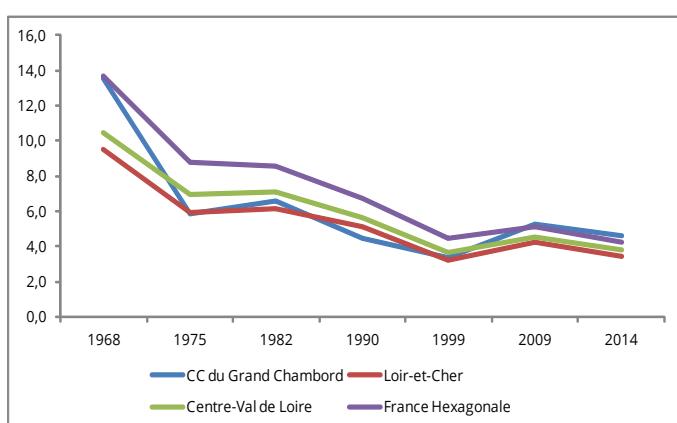
## Évolution du potentiel de solidarité intergénérationnelle

Entre 1968 et 1999, le potentiel de solidarité intergénérationnelle, en région Centre-Val de Loire, est passé de 10,5 à 3,7, soit une baisse de 6,8 points. On observe sensiblement la même chute de ce potentiel dans le département (9,5 en 1968 et 3,2 en 1999) et au sein du territoire (13,5 en 1968 et 3,4 en 1999). En France hexagonale, ce potentiel est passé de 13,6 en 1968 à 4,4 en 1999, soit une baisse de 9,2 points. Au cours de cette période, le nombre de personnes âgées de 55 à 64 ans sur le territoire est passé de 1 296 en 1968 à 1 540 en 1999, soit une hausse d'effectif de 244 individus. Les 85 ans et plus ont connu une nette évolution, passant de 96 individus en 1968 à 456 en 1999, soit presque cinq fois plus de personnes âgées de 85 ans et plus.

Entre 1999 et 2009, le potentiel de solidarité a connu une augmentation dans tous les territoires de référence. Il est passé de 3,4 à 5,3 au sein du Grand Chambord, et ceci en raison de l'augmentation du nombre de personnes dans la tranche d'âge 55-64 ans (1 540 en 1999 contre 2 711 en 2009, soit une augmentation de 76,0 %) alors que la population de la tranche d'âge 85 ans et plus ne s'est accrue que de 12,9 % (456 en 1999 contre 515 en 2009).

Entre 2009 et 2014, ce ratio connaît une baisse dans le Grand Chambord (5,3 en 2009 contre 4,6 en 2014) comme dans le département (de 4,2 à 3,4), la région Centre-Val de Loire (de 4,5 à 3,8) et en France hexagonale (de 5,1 à 4,2).

### ÉVOLUTION DU POTENTIEL DE SOLIDARITÉ INTERGÉNÉRATIONNELLE



SOURCE : INSEE (RP 1968, 1975, 1982, 1990, 1999, 2009, 2014)  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

# QUELLE EST LEUR MÉTIERS LA POPULATION

## Allocation de solidarité aux personnes âgées

L'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) est une allocation qui permet aux personnes disposant de faibles revenus de garantir un niveau minimum de ressources. Depuis 2006, elle remplace le minimum vieillesse.

Le Grand Chambord compte fin 2017, 39 personnes âgées bénéficiaires de l'ASPA, soit 0,9 % des 65 ans et plus. Le taux de bénéficiaires de l'ASPA sur le territoire est inférieur à ceux retrouvés pour le Loir-et-Cher (1,7 %) et pour la région Centre-Val de Loire (2,1 %).

### BÉNÉFICIAIRES DE L'ASPA AU 31.12.2017

	Nombre d'allocataires du minimum vieillesse	en % du total de personnes âgées de 65 ans et plus*
<b>CC du Grand Chambord</b>	<b>39</b>	<b>0,9%</b>
Loir-et-Cher	1 288	1,7%
Centre-Val de Loire	11 444	2,1%

SOURCE : CARSAT CENTRE-VAL DE LOIRE, INSEE (RP2016)

EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

## Soins et soutien à domicile pour les personnes âgées

Différents organismes interviennent en matière d'offre de prise en charge des personnes âgées à domicile à sein du territoire du Grand Chambord. Ils apportent des services en matière de santé (soins infirmiers à domicile), de maintien à domicile et un soutien aux familles.

En lien avec leurs missions d'action sociale, les centres communaux d'action sociale (CCAS), les municipalités et la communauté de communes accompagnent les personnes âgées dans le maintien à domicile ou dans la recherche de structures ressources pouvant leur apporter un soutien dans l'accomplissement de tous les actes essentiels de la vie courante (travaux ménagers quotidiens, aide à la toilette, accompagnement dans les déplacements en-dehors du domicile, assistance aux personnes âgées, assistance administrative, livraison de courses à domicile, préparation des repas et portage de repas, soins et promenades d'animaux, travaux de bricolage...).

Les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) ont pour objectif de maintenir la personne âgée ou handicapée dans son milieu de vie dans les meilleures conditions possibles, de prévenir et de retarder les hospitalisations, d'écourter les séjours en établissements de soins, de favoriser et organiser de manière harmonieuse le retour à domicile.

Selon le Finess, dans le département du Loir-et-Cher, 872 places de Ssiad sont autorisées et financées pour 17 Ssiad. Concernant la CC du Grand Chambord, on dénombre 2 Ssiad : le Ssiad Assad de Mer (70 places dont 7 pour personnes en situation de handicap) qui intervient sur

les communes de Chambord, Crouy-sur-Cosson, Huisseau-sur-Cosson, La Ferté-Saint-Cyr, Maslives, Montlivault, Saint-Dyé-sur-Loire, Saint-Claude-de-Diray, Saint-Laurent-Nouan et Thoury et le Ssiad de l'ADMR de Vernou-en-Sologne (33 places dont 3 pour personnes en situation de handicap) qui intervient quant à lui sur Bauzy, Bracieux, Fontaines-en-Sologne, Mont-Près-Chambord, Neuvy et Tour-en-Sologne. 3 équipes Alzheimer interviennent dans le département.

Les services d'hospitalisation à domicile (HAD) permettent d'assurer au domicile du malade, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés sous la responsabilité du médecin traitant. Il y a un service d'HAD dans le Loir-et-Cher, à La Chaussée-Saint-Victor.

Concernant le maintien à domicile, plusieurs associations et structures sont présentes sur le territoire afin d'aider la personne âgée dans son quotidien : petits travaux, aide ménagère, téléassistance, portage de repas, aide administrative, accueil de jour, animation et activités culturelles, lieux d'écoute...

La fédération ADMR du Loir-et-Cher intervient sur l'ensemble du département auprès des personnes âgées et/ou en situation de handicap. D'autres structures assurent également le maintien et l'aide à domicile des personnes âgées dépendantes (Amapa, Adelys, Adhap Services, Asap, Confiez-nous Centre Sologne, Domicile Val de Loire, Domidom « La ronde des ans », Eureka services, Familles rurales, Humanidom, O<sup>2</sup> Blois, Quiétude services 41, etc.). Différentes structures proposent quant à elles, une

# QUELLE EST LA PLACE DE LA POPULARITÉ DU CIC ?

téléassistance aux personnes âgées ou isolées qui vivent à leur domicile et souhaitent bénéficier d'une assistance en cas de chute, de malaise ou d'intrusion...

Les centres locaux d'information et de coordination (Clic) accueillent, écoutent et proposent des solutions adaptées aux plus de 60 ans pour améliorer leur vie quotidienne. Ils délivrent des informations sur le soutien à domicile (aide à la vie quotidienne, soins, téléalarme...), l'adaptation du domicile, les établissements d'accueil, les aides financières, les mesures de protection juridique, les loisirs proposés par la commune, etc. Il s'agit d'un service public destiné à jouer le rôle de « guichet unique » pour les personnes âgées sur un territoire. Pour autant, le Clic ne se substitue pas à l'ensemble des acteurs, mais oriente vers eux les personnes en fonction de leurs besoins. Au-delà de ces missions envers les usagers, les Clic coordonnent également les différents acteurs d'un territoire.

Le Loir-et-Cher compte 3 méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (Maia). La Maia est un dispositif de coordination des professionnels autour du maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle et de leurs aidants sur un territoire donné. Son objectif est de coordonner l'ensemble des intervenants du secteur sanitaire, social et médico-social, afin de pouvoir construire une politique départementale cohérente, pluri-partenaire, vis-à-vis d'un public en perte d'autonomie. Ses missions sont :

- Simplifier les parcours, réduire les doublons en matière

- d'évaluation,
- Éviter les ruptures de continuité dans les interventions,
- Améliorer la lisibilité du système,
- Proposer une réponse harmonisée, complète et adaptée aux besoins.

La Maia propose aux personnes « en situation complexe », c'est-à-dire subissant de graves atteintes cognitives ou de lourdes pertes d'autonomie fonctionnelle, un accompagnement individualisé par un gestionnaire de cas.

Maia Centre « Blois-Vallée de la Loire »  
34, avenue Maunoury, 41000 Blois  
Ouvert du lundi au vendredi de 9h à 12h30 et de 13h30 à 17h.  
Tél : 02.54.58.44.21  
Mail : maia41@cg41.fr

Maia Sud « Sologne-Vallée du Cher »  
Centre Hospitalier de Romorantin-Lanthenay  
96 rue des Capucins  
41200 Romorantin  
Tél : 02.36.38.10.21  
Mail : maiasud41@cg41.fr

Maia Nord « Beauce Vendômois »  
Centre de Soins André Gibotteau  
107 Boulevard Kennedy  
41100 Vendôme  
Tél : 02.54.23.35.42  
Mail : maianord41@cg41.fr

## La prise en charge en hébergements collectifs des personnes âgées

L'évolution de la structure d'âge de la population en France se traduit par un vieillissement marqué de ses habitants, engendrant le développement d'une part de services et de prestations favorisant le maintien à domicile et, d'autre part, de l'accueil en hébergement collectif.

Avec l'avancée en âge, lorsque le maintien à domicile n'est plus possible, la personne âgée peut être accueillie dans un établissement d'hébergement et/ou de soins adaptés : maisons de retraite non médicalisées, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) ou bien encore en unité de soins de longue durée.

Le territoire du Grand Chambord compte 4 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) totalisant 279 places d'accueil (2 à Saint-Laurent-Nouan, 1 à Saint-Dyé-sur-Loire et 1 à Bracieux) soit un taux d'équipement de 149,9 places d'hébergement pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus (128,5 dans le Loir-et-Cher et 123,0 en Centre-Val de Loire).

# QUELLES SONT LES LÉS POPULATIFS

## Les personnes affectées par la maladie d'Alzheimer

Avec le vieillissement de la population, la fréquence de survenue de maladies démentielles a beaucoup augmenté. Parmi ces maladies, la maladie d'Alzheimer est la plus courante (60 à 70 % des syndromes démentiels). La maladie d'Alzheimer représente la principale cause de dépendance lourde des personnes âgées et des entrées en institution. En effet, 40 % des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer vivent en institution.

Le récent changement de la perception des maladies démentielles par la population ainsi que l'augmentation des moyens mis en œuvre (plan Alzheimer et maladies apparentées 2005-2007, plan Alzheimer 2008-2012, plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019) pour le diagnostic précoce a aussi entraîné un meilleur repérage des patients Alzheimer. Les régions sont désormais équipées de Centres Mémoire de Ressources et de Recherche (CMRR) et d'un maillage du territoire par des consultations mémoires spécialisées.

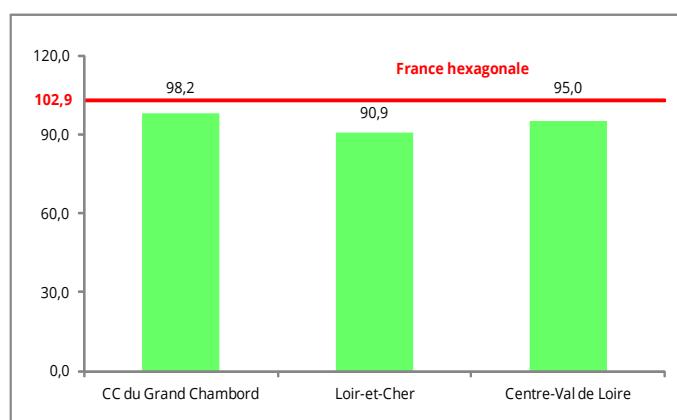
En 2017, 184 résidents du Grand Chambord sont pris en charge en ALD pour la maladie d'Alzheimer ou une autre démence (2 797 dans le Loir-et-Cher, 17 984 en Centre-Val de Loire et 448 740 en France hexagonale).

Entre 2006 et 2014, 22 personnes du territoire ont été nouvellement admises, en moyenne, par an, en ALD pour maladie d'Alzheimer et autres types de démences (7 hommes et 15 femmes). Ces ALD représentent 5,5 % de l'ensemble des nouvelles admissions en ALD du territoire (respectivement 5,4 % pour le Loir-et-Cher, 4,8 % pour la région Centre-Val de Loire et la France hexagonale).

À structure d'âge égale, le taux comparatif de nouvelles admissions en ALD pour ces pathologies est de 98,2 pour 100 000 habitants, soit un taux comparable à ceux retrouvés dans le Loir-et-Cher (90,9), le Centre-Val de Loire (95,0) et l'Hexagone (102,9).

Rapporté à la population des 65 ans et plus, le taux du Grand Chambord est de 580,4 pour 100 000 habitants. Il n'est pas significativement différent des taux du département (534,6), de la région (558,4) et du niveau national (604,1).

### TAUX COMPARATIF D'ADMISSIONS EN ALD POUR MALADIE D'ALZHEIMER ET AUTRES DÉMENCES [2006-2014]



SOURCES : CNAMTS, CCMSA, RSI, INSEE  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE  
POPULATION DE RÉFÉRENCE : FRANCE HEXAGONALE (RP 2006)  
TAUX POUR 100 000 HABITANTS

# QUELLE(S) ACTION(S) POUR... LA POPULATION 70+ ?

## Ressources disponibles sur le territoire

La **médiathèque de Mont-Près-Chambord** a une mission d'accès à la culture, d'information et de formation tout au long de la vie. En lien avec le CCAS de Mont-Près-Chambord, elle a mis en place depuis 2017 une action de portage de livres à domicile, dans le cadre du dispositif « Médiathèque hors les murs ». Cette action à destination du public empêché ou contraint de rester à domicile permet aux personnes à mobilité très réduite de garder un lien avec la culture par le portage à domicile de livres, magazines, CD ou DVD. Cette action permet de lutter contre l'isolement culturel et social. Deux binômes de bénévoles vont proposer des documents aux personnes concernées au moins une fois par mois. Ces personnes sont repérées grâce au CCAS.

La **MSA Berry-Touraine** intervient dans la réalisation de plusieurs actions à destination de la population du territoire. En effet, sur la thématique de l'autonomie et les maladies chroniques, la MSA Berry-Touraine, propose une offre socle d'actions de prévention et de promotion de la santé composée de :

- conférences-débats « Seniors, soyez acteurs de votre santé » ;
- ateliers du « Bien vieillir » ou « Vitalité » ;
- ateliers de stimulation cognitive et de mémoire « PEPS Eureka » ;
- ateliers nutrition ;
- ateliers équilibre et prévention des chutes.

Ces actions portées par l'ASEPT Berry-Touraine, opérateur inter-régimes concernent les personnes âgées de plus de 55 ans/60 ans, quel que soit leur régime d'Assurance maladie ou de retraite. Le contenu proposé de ces ateliers sont les suivants :

- les ateliers du Bien vieillir : multi-thématiques, 1 cycle = 7 séances de 3h ;
- les ateliers mémoire PEPS Eurêka : 1 cycle = 1 test mémoire et 10 séances de 2h30 ;
- des ateliers sur l'équilibre et la prévention des chutes : 1 cycle = 20 séances d'1h ;
- des ateliers nutrition : 1 cycle = 7 séances de 2h dont 3 en cuisine.

Ces derniers sont complétés par d'autres actions déployées notamment par :

- l'action sanitaire et sociale (le parcours santé des aidants, les chartes de solidarité, les actions d'adaptation du logement...) ;
- le contrôle médical (bilan bucco-dentaire des personnes âgées de 65 ans, prise en charge bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes...) .

En matière de vieillissement de la population, la Mutualité française du Centre-Val de Loire met en place des parcours ateliers santé seniors. Cette action s'insère dans le cadre de la programmation annuelle des actions de prévention portées par l'Union régionale et en co-organisation avec les dispositifs inter-régimes.

Les parcours ateliers santé seniors s'adressent aux personnes âgées de 60 ans et plus. Ils proposent 35 séances de prévention au travers de multiples thématiques, certaines choisies par les participants dans le but de :

- entretenir, voire améliorer le capital intellectuel, physique, social et psychique des seniors (60 ans et plus) dans le cadre d'un parcours long ;
- lutter contre l'isolement souvent lié au passage à la retraite : diminution des activités, des relations sociales, et un remaniement des priorités de vie ;
- prévenir les risques liés à l'avancée en âge en adoptant un mode de vie favorable à la santé globale ;
- orienter les participants vers des activités susceptibles de maintenir suite au PASS un bon état de santé global.

# QUELQUES PROBLÈMES LA POPULATION AGÉE

## Synthèse de la rencontre avec les professionnels et les élus

### Un cadre de vie et des logements insuffisamment adaptés à la perte d'autonomie et au handicap

Avec la dispersion géographique des familles, les personnes âgées bénéficient moins du soutien de leurs enfants au quotidien. Ils accumulent de la fatigue, ont plus de risques de chutes dans un environnement souvent inadapté. Cette situation est d'autant plus courante sur le territoire avec le parc de logements anciens qu'occupent les personnes âgées. Si les aménagements du domicile peuvent faire l'objet d'aides financières, elles ne sont pas très connues et les démarches nécessaires et les dossiers à constituer s'avèrent souvent trop compliqués pour les personnes âgées qui y renoncent.

*Professionnel : « L'Anah c'est compliqué à mettre en place si on ne sait pas à qui on doit s'adresser. »*

*Professionnel : « Effectivement, moi au CCAS, je constate que les gens ne sont pas au courant de ce dispositif-là qui aide pour l'adaptation du logement pour les personnes handicapées ou les personnes en perte d'autonomie. »*

*Professionnel : « En ce qui concerne la partie adaptation de l'habitat, là où c'est compliqué, c'est pour les aides, très honnêtement. Nous, on propose d'adapter l'habitat, il y a une ergothérapeute qui travaille pour l'Ehpad qui se déplace sur le domicile et qui propose des aménagements. Et ensuite, ils nous proposent des devis. (...) Après, tout ce qui est la partie sociale et aides, on leur donne les adresses mais c'est très très compliqué, et il y en a plein qui abandonnent parce que c'est trop long. »*

La disponibilité des logements adaptés pour la perte d'autonomie ou le handicap est également problématique chez les bailleurs sociaux qui ont, pour l'essentiel, des logements vieillissants avec des escaliers, baignoires. Si les nouveaux logements construits sont adaptés, ils ne restent pas vacants et sont également pris par des personnes qui ne sont pas en situation de perte d'autonomie ou de handicap.

*Professionnel : « Parce que le souci, c'est qu'on peut construire un logement, mais au moment où il est libre, on n'a pas le candidat qui va avec. En fait, on est obligé de remplir. Donc on met quelqu'un et puis derrière, deux mois après, il y a quelqu'un en situation de handicap qui voudra un logement... Mais on ne peut pas... »*

Les nouvelles constructions immobilières conçues comme de l'habitat inclusif ne sont pas à ce jour accompagnées d'un

nombre de services suffisants pour un maintien à domicile durable des personnes âgées.

*Professionnel : « Ce qui se passe, c'est qu'on vend du rêve aux séniors, en leur disant vous allez avoir de l'habitat adapté à vos besoins, sauf qu'on n'a pas généré de services (...) On crée dans nos territoires de nouveaux ESMS qui ne se disent pas et pour lesquels les familles [des habitants de ces logements] sont en grand désarroi... Ce qu'on nous vend c'est de la femme de ménage et de l'entretien... Nos campagnes ont vu un certain nombre de services publics partir. »*

*Conseil de vie citoyenne : « Ce qui manque, ce sont des accueils intermédiaires. Comme la population vieillit, il y a une période où les gens sont encore bien mais ils ont besoin de service malgré tout, donc il y a certainement à inventer un mode de logement qui ne soit pas leur maison mais intermédiaire avant la maison de retraite avec des aides ou des choses communes, des accueils limités à plusieurs personnes mais dans un environnement où il y a des aides possibles. »*

Les personnes en situation du handicap rencontrent en partie des problématiques similaires aux personnes âgées de ce point de vue. Elles évoluent dans un environnement et un urbanisme qui ne sont pas adaptés à la mobilité en fauteuil ou avec un déambulateur. Cette vie en milieu ordinaire, avec un domicile autonome, nécessite comme pour les personnes âgées un meilleur accès à l'information quant aux aides, accès difficile sur le territoire, et une adaptation progressive des logements et des infrastructures.

*Professionnel : « Ce qui est sûr, c'est que nos villages ne sont pas adaptés du tout pour le handicap. Quelqu'un qui est en fauteuil électrique, ça ne fonctionne pas parce que vous avez par exemple à Huisseau, ils ont fait des trottoirs pour qu'un handicapé puisse rouler enfin puisse passer mais les trottoirs, ils sont trop étroits. Et on se demande qui a pu penser que c'était accessible par un handicapé. Donc il y a des choses à revoir dans nos villages pour les personnes qui sont en fauteuil électrique. »*

*Habitant : « Il faut bien reconnaître qu'un déambulateur avec un trottoir c'est pas évident, monter à la boucherie avec la marche, c'est pas évident, ça implique aussi une modification de l'accès dans un environnement habituel, c'est pas si évident... Parce que sortir de chez soi avec un déambulateur, il faut sortir de chez soi avec »*

*Habitant : « On ne sait pas du tout dans un village, on ne sait pas à qui s'adresser, pour pouvoir aménager la maison, faire*

# QUELLES ARETTENT AVEC LA POPULARITÉ DES

*des tas de choses. C'est un combat quotidien dans le village. Moi j'étais à Mont-Près-Chambord, je n'y suis plus et je ne savais pas du tout qui je devais contacter pour pouvoir trouver voilà. »*

Au-delà des aménagements des infrastructures publiques, la mobilité des personnes âgées et handicapées rencontre aussi certains freins sociaux et symboliques qui appellent à une prise de conscience et à une éducation à l'autonomie de façon très large.

*Professionnel : « Il y a beaucoup de vieilles dames et de vieux messieurs qui ne veulent pas se promener plutôt que d'aller se promener avec leur rollator qui est quand même très sécurisé (...) »*

*Professionnel : « Mais ça renvoie tellement quelque chose de difficile. »*

*Professionnel : « Des adultes handicapés, on en a dans tous nos villages. D'ailleurs on ne les voit pas parce qu'ils ne sortent pas en fait. »*

## **Un manque d'anticipation et de prévention face aux difficultés du vieillissement au domicile**

La perte d'autonomie intervient de façon progressive ou parfois de façon plus brutale, avec un accident ou une maladie. Même quand elle est graduelle, elle ne suscite pas assez souvent les ajustements nécessaires : les déficits s'accumulent et impliquent à terme des complications et de véritables handicaps pour les personnes âgées.

*Professionnel : « On ne va pas chez le dentiste ou investir dans un dentier parce qu'on est trop vieux, les cataractes qui évoluent, ils ne voient plus clair, personne ne s'en aperçoit, on ne les emmène pas chez l'ophtalmo. Ils n'entendent pas, ils ont des bouchons de cérumen et donc on dit qu'il est sourd alors qu'en fait, il a un bouchon de cérumen. (...) Les choses de base qui sont des petits handicaps qui peuvent être corrigés, une prothèse de hanche que l'on met parce que les gens ne se lèvent plus, bon ça on le fait à temps, on évite qu'ils se retrouvent en fauteuil roulant. Les épaules qui ne fonctionnent plus, on peut mettre des prothèses d'épaule, il y a des tas de choses possibles en prévision. »*

Les acteurs rencontrés insistent sur le fait que les conséquences de ces dégradations pourraient être limitées. Tout d'abord, depuis la loi d'adaptation de la société au vieillissement, un plus grand nombre d'actions de prévention de la perte d'autonomie sont maintenant mises en place de façon gratuite. La connaissance de ces actions et ateliers fait par contre encore défaut sur le terrain. Les potentiels bénéficiaires ne vont pas se renseigner en ce sens ; du côté des professionnels, les médecins en particulier manquent aussi d'information pour orienter les personnes âgées vers les ateliers de prévention.

*Professionnel : « Là le souci, c'est que les personnes qui ne sont pas dans le réseau ne connaissent pas aujourd'hui tout ce qui se passe sur le département, toutes les aides qui existent, la Maia, ils ne connaissent pas forcément s'il n'y a personne pour leur dire, il n'y a pas de visibilité aujourd'hui pour le grand public. »*

*Professionnel : « Sur le département, la porte d'entrée c'est la plateforme Vivre autonome 41 qui fait office de Clic<sup>1</sup> départemental, après c'est encore mal connu. »*

Ensuite, des bilans de santé seraient à réaliser auprès des personnes âgées pour les pertes visuelles, d'audition, d'équilibre ou la dentition afin de soigner ou corriger les petites choses avant toute complication ou risques secondaires liés à ces pertes. Des bilans de santé financés par la CPAM et réalisés par les centres d'examens de santé existent à cet effet mais ils sont là aussi peu connus et à réaliser sur Blois.

L'ensemble de ces actions de prévention primaires et secondaires s'adressent généralement à des personnes encore assez autonomes, intéressées par des activités collectives ou anticipant leur vieillissement et qui n'ont pas de frein lié à la mobilité. Il est également nécessaire de pouvoir prendre en charge plus tôt les problématiques de vieillissement pour les personnes âgées qui sont moins enclines à se déplacer hors de leur domicile.

Les acteurs soulignent que lorsque les interventions à domicile sont assez précoces, et ceci quelles que soient les raisons (par exemple pour des soins infirmiers à l'occasion d'une première pathologie ou la présence d'aides à domicile si les personnes âgées ont les moyens financiers de les mobiliser), il est plus facile d'identifier les difficultés et risques liés au vieillissement. Les professionnels sont à même de prévenir la complication de certaines situations, en alertant l'entourage ou le médecin traitant. Au-delà des pathologies claires et handicapantes, les observations permises au domicile des personnes pourraient également contribuer à prévenir la perte d'autonomie et améliorer la qualité de vie au domicile de façon plus générale.

*Professionnel : « Nous on intervient de plus en plus sur du suivi au quotidien, sur des actes très quotidiens, du genre surveillance de l'administration du traitement oral, toutes ces choses-là un peu qui permettent de rester au domicile. Mais surtout, on travaille bien en collaboration avec les médecins de Saint Laurent, j'insiste là-dessus. Et notre regard quotidien permet, je pense, d'éviter un certain nombre d'hospitalisations qui sont toujours catastrophiques à cet âge-là parce qu'on anticipe... »*

Cependant, plusieurs facteurs limitent la possibilité

<sup>1</sup> Centre Local d'Information et de Coordination en faveur des personnes âgées

# QUELLES SONT LES LÉS POPULATIFS

d'intervenir suffisamment en amont. D'une part, les temps d'intervention au domicile sont restreints, souvent limités à des actes techniques, avec un personnel changeant. Les relations entre les professionnels et les personnes âgées sont de ce fait plus difficiles à établir, de même que les possibilités d'observer les éventuelles nouvelles difficultés de la vie quotidienne.

*Conseil de développement : « On leur dit : c'est 7 minutes pour donner à manger, 13 minutes pour faire le ménage, et c'est vérifié par smartphone. Il y a une pendule qui court et à la première minute, le téléphone sonne, qu'est-ce que vous faites, qu'est-ce qui se passe ? C'est frustrant parce qu'il n'y a pas de relation entre la personne, la soignante, l'accompagnante et la personne en dépendance. »*

D'autre part, le recours aux services d'aide et de soins à domicile a généralement lieu dans l'urgence, lorsque la situation n'est plus tenable au domicile des personnes âgées sans un soutien extérieur. Ce recours tardif s'explique, d'après les acteurs rencontrés, essentiellement par des difficultés financières. En effet, les possibilités de financer des services à domicile en amont avec les caisses de retraite se sont restreintes. Or, ces aides permettaient aux personnes d'amorcer un recours qui pouvait ensuite être modulé à la hausse quand les besoins augmentaient. Désormais, la prise en charge des services à domicile n'est généralement possible que par le biais de l'Ap, quand la situation de dépendance est installée, suite à une dégradation de l'état de santé.

*Professionnel : « Les gens attendent plus longtemps pour nous faire appel que lorsque je suis arrivé il y a 15 ans on était sur des prises en charges plus simplifiées, sur des heures de ménage par semaines avec quelques heures de courses éventuellement... Et là, les gens font plus appel à nous pour ce genre de choses, on attend le dernier moment. »*

La perspective future d'une entrée en Ehpad, dont les coûts sont très importants, conduit aussi beaucoup de familles à économiser au maximum tant que le maintien à domicile est possible, et à différer le recours à toute aide qui représente un quelconque coût.

*Professionnel : « Et puis y a aussi un état d'esprit, à la fois la personne aidée mais aussi l'entourage est très très anxieux à l'idée de se dire que les parents vont être vieillissants, vont certainement demander à aller en structure, les structures coûtent cher, donc j'économise avec mes parents au maximum pour garder mon argent pour le cas où il faut aller en structure. »*

Cette situation est maintenue jusqu'à un accident, une hospitalisation, où il est alors difficile de modifier tout l'environnement et l'accompagnement des personnes âgées pour faire face à la nouvelle situation.

*Professionnel : « Un événement médical important fait qu'ils sont hospitalisés et là, en peu de temps, on a à résoudre une somme de problèmes qu'on ne peut pas résoudre, donc on fait des choix qui correspondent pas du tout au désir des personnes âgées. »*

Quand la personne demeure à domicile, la mise en place des aides de façon rapide est rendue plus compliquée par la difficulté des services à recruter du personnel, et plus particulièrement qualifié pour intervenir auprès d'un public de personnes âgées. Alors que les entrées en Ehpad ont lieu de plus en plus tardivement, les niveaux de dépendance constatés à domicile sont plus importants et nécessitent pourtant un accroissement de l'offre à domicile, des qualifications en rapport avec les besoins des personnes âgées et des possibilités de financement adaptées.

*Professionnel : « (handicap) Le manque de personnel d'aide à domicile formé, même quand les gens font appel au CCAS ou à un prestataire de service, on a du mal à satisfaire la demande avec du personnel et encore moins avec du personnel qualifié. Ça c'est un vrai problème. »*

*Professionnel : « Il y a beaucoup plus d'aides à domicile qui ont plus envie de faire du ménage que de l'aide à la personne. (...) On n'a pas de candidature. On a un noyau dur mais on n'arrive pas à intégrer des nouvelles personnes en tant que telle qu'on pourrait après conserver, on est à flux tendu. »*

De trop nombreuses personnes âgées restent à domicile même si les conditions de vie n'y sont plus sécuritaires pour elles, avec un accompagnement insuffisant en quantité et qualité. Ces situations où les prises en charge sont insuffisantes interpellent les professionnels, avec des situations de souffrance difficile à supporter pour certains et des réflexions éthiques quant aux solutions et dispositions à prendre.

*Professionnel : « Les gens à domicile sont de plus en plus dépendants. Nous sur notre secteur, on a une personne qui est alitée toute la journée, avec l'Assad qui passe, les auxiliaires de vie et puis nous aussi, et puis je sais que ça pose un problème à un certain nombre d'auxiliaires de vie, c'est trop dur psychologiquement de se retrouver face à cette détresse-là. C'est dur. »*

*Professionnel : « Elles [les auxiliaires de vie] ont souvent beaucoup de difficultés à comprendre : « mais il faut faire quelque chose ! » C'est quelque chose qu'on rencontre beaucoup et on sent que c'est douloureux pour elles. »*

*Professionnel : « On a un certain nombre de situations qui nécessitent une vraie réflexion sur le maintien à domicile. Est-ce qu'on est prêt à accepter le risque finalement ? (...) Une personne Alzheimer qu'on ferme à clé parce qu'il faut pas qu'elle sorte sur la route, est-ce qu'on l'accepte ? La difficulté*

# QUELLES SONT LES RAISONS D'ENTRÉE EN EHPAD ?

*de l'anticipation de la mesure de protection, à quel moment je la fais ? Est-ce que c'est pertinent ? Pas pertinent ? Est-ce que je fais un signalement ? Toutes ces questions de fond, les acteurs du domicile se les posent au quotidien, et je pense en particulier aux aides à domicile. »*

## Des entrées en Ehpad en urgence

Si les personnes âgées en perte d'autonomie restent plus longtemps à domicile, c'est également parce que les entrées en Ehpad sont difficiles. De nombreux freins interviennent. Le manque de places dans les établissements et l'orientation de certains vers la grande dépendance jouent d'abord un rôle. Il existe des listes d'attentes souvent importantes, notamment pour les structures les plus accessibles financièrement, mais aussi une forme de priorisation des situations les plus urgentes qui augmentent les délais des personnes âgées pouvant encore composer avec une vie à domicile.

*Professionnel : « Nous à l'Ehpad de Bracieux, la politique c'est d'accueillir les gens très dépendants, donc Gir 1 et 2. Donc sur le territoire local, il risque d'y avoir de plus en plus de personnes Gir 3, Gir 4 qui ne sont pas admissibles à l'Ehpad. »*

*Professionnel : « Quand on dit un Ehpad il y a 150 dossiers, ça ne veut rien dire du tout. Après le choix se fait parce qu'il y a parfois des urgences sociales c'est-à-dire que dans un territoire donné, quand on connaît les gens où les équilibres à domicile qui se décompensent d'un seul coup, y a une urgence sociale, on va être plus attentif à leur demande, et ils passent avant les autres. »*

Un deuxième facteur important est que les personnes âgées souhaitent vivre le plus longtemps possible à leur domicile, certaines refusant même d'envisager l'entrée en structure. C'est probablement une des raisons pour laquelle les structures de type foyer-logement, pour des personnes plus autonomes, suscitent peu de demandes.

*Professionnel : « Le travail en amont du deuil du logement, changer une personne de logement alors que ça fait 30 ans qu'elle est dedans voilà. C'est ça le plus gros du travail et c'est compliqué. »*

*Professionnel : « On a les personnes locales, plutôt de culture paysanne, qui n'ont pas cette habitude de s'interroger sur le vieillissement et ne savent pas vraiment ce qu'il en est de leurs souhaits, et qui arrivent parfois en situation de crise parce que rien n'a été anticipé. »*

Un troisième facteur joue de façon essentielle pour les personnes les moins favorisées économiquement. Les coûts des établissements sont tels que certaines personnes âgées et leur famille ne peuvent les financer. Une nouvelle situation émerge d'ailleurs en secteur rural : des personnes

âgées, déjà entrées en Ehpad, font une demande de retour à domicile car elles n'ont plus les moyens de payer la maison de retraite. Les Ehpad souffrent également d'une mauvaise image : des lieux de fin de vie et de maladie. Ce n'est que lorsque la situation à domicile est critique qu'une demande est effectuée dans l'urgence, ce qui ne permet généralement pas le choix de la structure en fonction de ses caractéristiques mais seulement de la disponibilité d'une place dans le délai le plus rapide. À terme, la personne âgée n'aura pas forcément les liens de sociabilité qui auraient pu exister dans une structure proche de son domicile, ni pu se familiariser avec certains professionnels ou certains résidents de l'Ehpad si elle s'y était rendue en amont. Les professionnels rencontrés observent également que les couples de personnes âgées entrent moins souvent que par le passé ensemble en structure : l'entrée se fait suite au décès du conjoint ou ce dernier reste à domicile quand il le peut, et aussi parce que le financement de deux places en Ehpad est tout simplement inenvisageable.

*Professionnel : « Quelquefois, il y a une personne qui est obligée de rentrer en Ehpad, parce que c'est trop compliqué, et l'autre moitié reste à domicile. Donc avec l'éloignement, l'arrachement, c'est dramatique, on a ça aussi maintenant. Avant les deux partaient ensemble, ils continuaient leur chemin. »*

Si l'entrée en établissement est le plus souvent insuffisamment préparée, des initiatives existent pour contrecarrer ce phénomène. Sur le Grand Chambord, cette idée de rapprocher la prise en charge des personnes âgées d'un territoire des Ehpad s'illustre par exemple dans une structure qui met en œuvre aussi une restauration pour les personnes extérieures à l'établissement, afin de créer des liens en amont, de rompre l'isolement des personnes âgées mais aussi de leur famille, ce qui facilitera à terme leur intégration. Des ateliers de prévention sont aussi organisés par un Ehpad, pour les personnes en liste d'attente, qui n'ont pas un niveau de dépendance suffisant pour intégrer l'établissement.

*Professionnel : « La maison de retraite, c'est une maison de soins, c'est une maison de préparation, une maison pour personnes âgées, on peut donner tous les noms qu'on veut, mais c'est aussi un foyer de personnes âgées. 2000 couverts extérieurs cette année, ça donne de la confiance à la personne âgée à rester chez elle. Je sais que si ça ne va pas la semaine prochaine, j'irai manger. Et puis petit à petit il y a une approche progressive. »*

*Professionnel : « Ça des personnes qui ont un Gir pas suffisamment bas, qui ne sont pas admissibles, on va leur proposer Preserva, et donc ils peuvent participer à des ateliers de prévention, comme le tai-so. »*

## Une coordination perfectible malgré les dispositifs dédiés et les atouts du territoire

# QUELLES RÉPONSENT LE LEURS PROBLÈMES ?

Les situations de dépendance nécessitent souvent l'intervention de plusieurs professionnels auprès des personnes (médecin, kinésithérapeute, infirmier, aide-soignant, aide à domicile...) avec également des passages temporaires dans des établissements sanitaires et des établissements d'hébergement. Dans ce contexte, la coordination et la communication entre professionnels sont importantes. La prise en charge des problématiques de perte d'autonomie est rendue toujours plus complexe avec la multiplicité d'acteurs impliqués dans le parcours de santé et de vie des personnes âgées. Tous les professionnels sont de plus très occupés sur leurs missions principales et n'ont que peu de temps à disposition pour s'articuler avec d'autres partenaires de l'accompagnement des personnes.

*Professionnel : « Il y a des tas d'actions possibles, des tas de financement mais il faut qu'il y ait la personne qui pilote tout ça, parce que chaque acteur, de façon isolée, n'a pas le temps de le faire, il le voit le problème, mais il ne déclenche pas l'action, parce qu'il ne sait pas où est l'info, et il n'a pas le temps de le prendre en charge. »*

Même si les professionnels rencontrés estiment que l'interconnaissance est facilitée sur le Grand Chambord, avec un nombre d'acteurs réduit, l'amélioration de l'information et de la coordination apparaît tout de même essentielle, de même que la nécessité de définir un pilote clair et pertinent au niveau du territoire. Pour les situations les plus complexes, avec une multiplicité d'intervenants potentiels, les gestionnaires de cas de la Maia peuvent être sollicités, même s'ils ont été à certaines périodes en incapacité de répondre à toutes les demandes. Ils permettent d'organiser les prises en charge au mieux avec les ressources disponibles et de véhiculer les informations aux bons partenaires.

*Professionnel : « On était sur le territoire sud et centre sur la mise en place de liste d'attente, parce qu'on a eu des effectifs à recruter à nouveau et une recrudescence de demandes. Parce qu'on a de plus en plus de situations complexes. On a eu sur le territoire centre plus de 30 à 40 demandes en l'espace de 3-4 mois, on n'a pas pu absorber. »*

*Professionnel : « Je pense que c'est là où il y a un vrai travail à faire pour que tous les secteurs se connaissent, les infirmières libérales, l'ADMR et qu'on puisse avoir des relais sur chaque secteur et qu'on puisse intervenir et prévenir sur ce type de situations. »*

*Professionnel : « Et il manque un pilote, il faut un jour ou l'autre quelqu'un qui soit désigné pour ça, et comme l'Ehpad est quand même l'endroit où il y a le plus de ressources, c'est peut-être là que ça devrait être sur un territoire donné. »*

En-dehors de cette configuration, le pilote de la coordination apparaît moins lisible. Les professionnels rencontrés regrettent qu'en-dehors des cas gérés par les Maia, les coordinations soient rendues moins fluides depuis l'arrêt des coordinations gérontologiques territoriales. Il existe pourtant bien des dispositifs qui effectuent à leur niveau des coordinations mais qui ne sont pas nécessairement présents sur tous les territoires ou qui, parce qu'ils sont spécialisés et coexistent avec d'autres ressources, perdent de leur pouvoir d'action.

*Professionnel : « [les coordinations territoriales] c'était la base de la réussite les premières années où je suis arrivé. C'est-à-dire qu'on se réunissait tous les trimestres, ça suffisait amplement de faire une demi-journée où on se repassait toutes les informations de ce qui se passait au niveau politique et interne de chaque structure, ce qui permettait de se remettre au goût du jour. Et puis surtout de faire le point même de façon secrète sur les situations (sans nommer les gens) et pouvoir mieux orienter les personnes qu'on sentait en difficulté, toujours dans une idée de prévention. Là-dessus, on avait un résultat qu'on a perdu. »*

*Professionnel : « La difficulté c'est que la coordination, tout le monde en fait, le sanitaire en fait, ils vont faire des CRECS dans le cadre des CPTS, dans le cadre du GHT ils veulent faire les choses aussi, après il y a des coordinations qui étaient plus sociales, des cas complexes, sur certains territoires et pas sur d'autres. »*

# CONSOMMATION D'ALCOOL ET CONSEQUENCES SUR LA SANTÉ

## ABUSATION

### Une consommation d'alcool divisée par plus de deux en 50 ans mais...

Bien que la consommation d'alcool ait été divisée par plus de deux en 50 ans, passant de 26,0 litres d'alcool pur par habitant de plus de 15 ans en 1961 à 11,6 en 2018 (source : OFDT), les dommages liés à la consommation éthylique restent la deuxième cause de mortalité évitable en France et de grands pourvoyeurs de complications médicales, tant aigües (psychose alcoolique...) que chroniques (cirrhose hépatique, cancers des voies aérodigestives supérieures...).

Concernant le tabac, il reste la première cause de décès évitable en France (environ 75 000 par an en 2015), de par les dégâts pulmonaires mais aussi cardiovasculaires et tumoraux engendrés par sa consommation.

Cette dernière, après deux décennies de franche diminution, est en légère hausse depuis quelques années, notamment chez les femmes.

Selon Santé publique France, la région Centre-Val de Loire se situe dans la moyenne nationale quant au nombre de consommateurs de ces deux produits. En 2017, parmi les 18-75 ans, 28,0 % déclaraient fumer quotidiennement en région Centre-Val de Loire contre 26,9 % en France hexagonale.

## Mortalité par pathologies liées au tabac

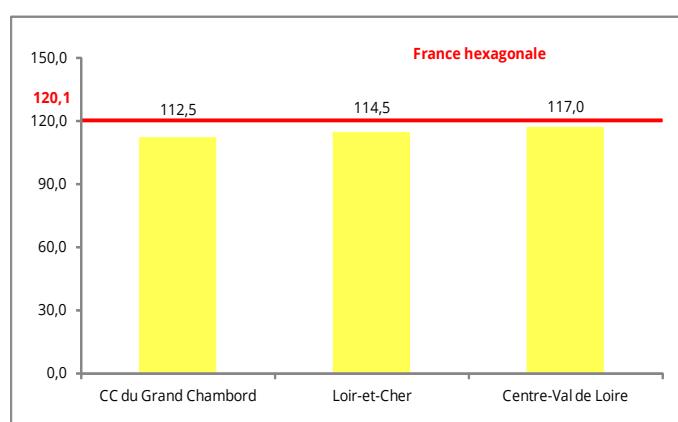
On peut représenter de manière très schématique la mortalité liée à la consommation de tabac par celle de 3 pathologies prédominantes et relativement spécifiques, ou du moins, dont le fait de fumer représente un facteur de risque clairement établi (cancers de la trachée, des bronches et du poumon, broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) et cardiopathies ischémiques).

Sur le territoire, la mortalité imputable au tabac représente 27 décès, en moyenne, par an, sur la période 2007-2015 (dont 61 % d'hommes).

Le taux comparatif de mortalité du territoire, après standardisation, sur la période est de 112,5 décès pour 100 000 habitants, soit un taux significativement comparable aux taux départemental (114,5), régional (117,0) et national (120,1).

De grandes variations entre les sexes sont observées, car si le taux comparatif de mortalité pour les femmes du territoire est de 71,8 décès pour 100 000 habitantes, il est de 166,1 chez les hommes.

### TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ PAR PATHOLOGIES IMPUTABLES AU TABAC [2007-2015]



SOURCES : INSERM CÉPIDC, INSEE  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE  
POPULATION DE RÉFÉRENCE : FRANCE HEXAGONALE (RP 2006)  
TAUX POUR 100 000 HABITANTS

## Mortalité par consommation excessive d'alcool

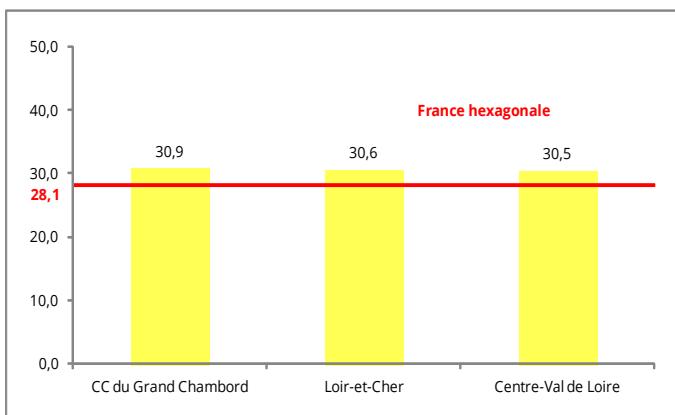
De la même manière, un indicateur de mortalité par pathologie liée à d'alcool peut être composé en alliant 3 pathologies propres à celle-ci : la cirrhose alcoolique, la psychose alcoolique et les cancers des voies aérodigestives supérieures.

Durant la période 2007-2015, sur le territoire, les pathologies liées à l'alcool sont responsables, en moyenne, par an, de 20 décès. Ces pathologies représentent 3,9 % de la mortalité totale, chiffre comparable à ceux retrouvés dans les territoires de référence (entre 3,4 % et 3,5 %).

Après standardisation par tranches d'âge, cela correspond, sur le territoire, à un taux comparatif de mortalité de 30,9 décès par pathologies liées à l'alcool pour 100 000 habitants, soit un taux non significativement différent de ceux du département (30,6), de la région (30,5) et de la France hexagonale (28,1).

Pour ces pathologies, des différences selon le sexe sont également observées, car si le taux chez les femmes du territoire est de 13,6 pour 100 000 habitantes, il est environ quatre fois plus élevé chez les hommes du territoire (50,1).

### TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ PAR CONSOMMATION EXCESSIVE D'ALCOOL [2007-2015]

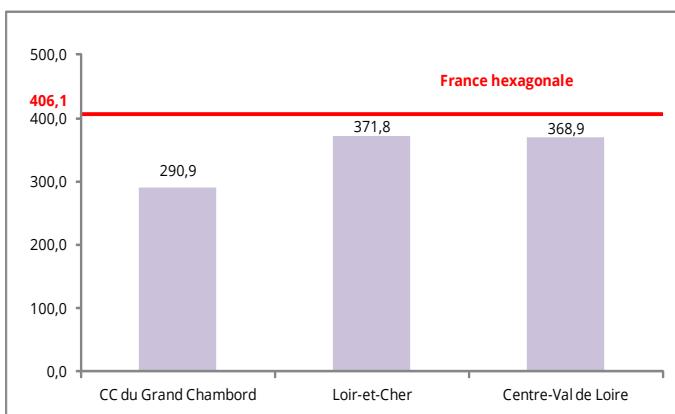


SOURCES : INSERM CÉPIDC, INSEE  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE  
TAUX POUR 100 000 HABITANTS

## Patients hospitalisés pour troubles liés à la consommation d'alcool

Entre 2016 et 2018, 63 patients du pays Grand Chambord ont été hospitalisés, par an, en moyenne. Après standardisation, le taux du territoire est de 290,9 patients hospitalisés pour 100 000 habitants, soit un taux significativement inférieur à ceux retrouvés dans le département du Loir-et-Cher (371,8), dans la région (368,9) et en France hexagonale (406,1).

### TAUX COMPARATIF DE PATIENTS HOSPITALISÉS POUR TROUBLES LIÉS À LA CONSOMMATION EXCESSIVE D'ALCOOL [2016-2018]



SOURCES : ATIH (PMSI MCO 2016-2018), INSEE (RP 2015)  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE  
POPULATION DE RÉFÉRENCE : FRANCE HEXAGONALE (RP 2006)  
TAUX POUR 100 000 HABITANTS

## Ressources disponibles sur le territoire

L'association « **Vers un réseau de soins** » (VRS) vient en aide aux personnes confrontées aux problèmes de conduites addictives et à leur famille. Elle vise à promouvoir et contribuer à une politique globale de prévention des risques et des conséquences des pratiques addictives. L'association VRS gère 2 établissements médico-sociaux et un service de prévention et de formation ayant chacun leurs missions :

- un Csapa (centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) :
  - favoriser les contacts avec les personnes en difficulté avec les substances psychoactives en vue d'une réduction des risques liés aux pratiques addictives ;
  - accueillir et prendre en charge les personnes dépendantes d'un produit psychotrope ;
  - assurer l'accompagnement médico-psychologique des usagers au centre en ambulatoire ou en milieu carcéral et dans le cadre de mesures de justice alternatives à l'incarcération ;
  - assurer la prise en charge sociale et éducative à travers l'aide à l'insertion ou à la réinsertion des usagers en collaboration avec les travailleurs sociaux et partenaires ;
  - accueillir, informer, orienter et accompagner les familles et les proches des usagers.
- un Caarud (centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues) :
  - aller au-devant des personnes confrontées à des problématiques addictives ;
  - soutenir les usagers dans l'accès aux soins, aux droits, au logement et à l'insertion professionnelle ;
  - mise à disposition de matériel de prévention des infections ;
  - intervention de proximité hors du centre, en vue d'établir un contact avec les usagers ;
  - développement d'actions de médiation sociale.
- un service prévention et formation : développer des programmes de prévention et de formation auprès de différents publics (écoliers, collégiens, professionnels du social) dans le Loir-et-Cher.

Dans le cadre de ses actions, l'association mobilise de nombreux partenaires à savoir l'Agence régionale de santé (ARS), le Conseil régional, le Conseil départemental, les municipalités de Blois, Romorantin et Vendôme et différents acteurs locaux associatifs.

Une action a été menée par l'association VRS dans le cadre de la consultation jeunes consommateurs (CJC). Il s'agit d'une intervention précoce auprès de jeunes pouvant présenter

des risques de conduites addictives. Cette dernière s'insère dans le dispositif national des CJC déployé par le ministère de la Santé dans le cadre des missions des Csapa. Dans le Loir-et-Cher, l'ARS a confié le déploiement des missions de la CJC à trois opérateurs : le centre hospitalier de Blois, l'Anpaa 41 (association nationale de prévention en alcoologie et addictologie) et VRS. Les partenaires financiers de cette action sont l'Agence régionale de santé du Centre Val-de-Loire, le Conseil régional et les municipalités de Blois et de Romorantin. D'un point de vue opérationnel, des acteurs comme le centre hospitalier de Blois via la MDA (maison des adolescents) et l'Anpaa 41 ont été mobilisés.

Le Csapa est ouvert toute l'année sans interruption. À Blois, du lundi au vendredi de 9h à 13h et de 13h à 19h sauf mardi fermeture de 13h à 16h. À Romorantin, le vendredi de 9h à 12h (psychologue) et un vendredi sur deux de 9h30 à 12h30 (médecin).

L'objectif de cette action est de venir en aide aux personnes confrontées à des conduites addictives, de les conseiller et de les accompagner dans leur projet de soins. Il s'agit également d'aller vers des usagers ne pouvant pas se rendre à Blois. Enfin, les missions du Csapa visent aussi à préparer le projet de soins à la sortie de détention pour les personnes incarcérées. Les personnes prennent contact avec l'association. Un premier rendez-vous est alors fixé avec une infirmière, une psychologue ou une éducatrice afin de définir les objectifs de l'accompagnement. Selon les besoins de la personne, elle est orientée vers le ou les professionnels adéquats (médecin, infirmière, psychologue) afin de mettre en œuvre un accompagnement pluridisciplinaire qui réponde aux attentes de l'usager.

L'association dispense, dans le cadre de ses missions de prévention, une formation intitulée « **Acteur de première ligne** ». Elle est destinée à tous les professionnels des secteurs sociaux et médico-sociaux du département du Loir-et-Cher accueillant des publics susceptibles d'être concernés par des pratiques addictives. Cette formation a eu lieu au foyer jeunes travailleurs de Blois « **Escale et Habitat** ». Elle s'est déroulée comme suit : deux niveaux 1, deux niveaux 2 et un niveau 3 par an, sur trois jours consécutifs pour les deux premiers niveaux et un jour pour le troisième, avec au moins un délai d'un mois et au plus six mois entre chaque niveau.

La formation a pour objectif global de faire des professionnels y participant des acteurs dits « de première ligne », c'est-à-dire des personnes capables d'informer sur les addictions, de repérer et d'évaluer les consommateurs ayant des usages ou des pratiques nocives et proposer une orientation vers les structures spécialisées et/ou les

# FORMATION DES APPRENTISSAGES

ressources locales.

Le niveau 1 de la formation a pour objectif la découverte des repères de base en addictologie et d'un outil clinique pratique : l'entretien motivationnel. Le niveau 2 a pour objectif un approfondissement des apprentissages acquis au niveau 1 et une pratique de l'entretien motivationnel. Le niveau 3 a pour objectif de revenir sur les expériences professionnelles sur la pratique de l'entretien motivationnel. Ces trois formations reposent principalement sur la pluridisciplinarité des professionnels intervenants. De manière interactive, les participants suivent différents modules en lien avec l'addictologie, référencés dans le référentiel régional de formation « Devenir acteur de 1<sup>ère</sup> ligne en addictologie », instauré par l'ANITEA (Association nationale des intervenants en toxicomanie et addictologie) en mars 2010. À la fin de chaque journée de stage, les participants remplissent une évaluation.

En matière de prévention des conduites addictives, une autre action a été réalisée par l'association dans le cadre des programmes d'intervention de prévention des conduites addictives en milieu scolaire et professionnel. Cette action s'inscrit dans le plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac, l'alcool édité par la Mildeca (Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives). De plus, la prévention est devenue une mission obligatoire des Csapa depuis la loi de santé de janvier 2016. L'Éducation nationale et les entreprises sollicitant l'association VRS pour des actions de prévention, sont des partenaires qui se sont mobilisés au cours de cette action qui s'adresse à tous les jeunes scolarisés du CE2 à la terminale (école, collège, lycée, milieu d'enseignement professionnel, CFA, public jeune en structure) et les salariés des entreprises souhaitant développer une action de prévention aux conduites addictives. Cette action a eu lieu au sein des établissements scolaires ou des entreprises ayant demandé une intervention. Les programmes se réalisent sur des temps scolaires et les interventions sur les créneaux définis par les entreprises tout au long de l'année.

Pour les jeunes, les principaux objectifs de l'action sont :

- empêcher ou retarder l'âge des premières consommations ;
- sensibiliser le public aux problématiques addictives ;
- faire acquérir des connaissances reconnues pour leur santé ;
- développer les compétences psychosociales pour mieux faire face aux sollicitations d'expérimentation et de consommation des produits psychoactifs.

Pour les salariés, les objectifs sont :

- sensibiliser le public aux problématiques addictives ;
- apporter des informations et quelques connaissances en addictologie ;
- présenter les ressources locales à solliciter en cas de problématique addictive.

En école primaire, les intervenants animent 4 séances d'une heure chacune sur les thèmes suivants : le sommeil, les émotions, les jeux vidéo, la résolution de problème pour le niveau CE2 et les réseaux sociaux, le tabac/l'alcool, les jeux vidéo et savoir dire non pour le niveau CM2.

En collège, 3 séances d'une heure sont proposées en demi-groupe afin de faciliter la prise de parole. La première séance concerne les drogues et les addictions et les deux autres sont au choix de l'établissement, parmi toutes les séances proposées par l'équipe de VRS (le stress, les émotions, savoir dire non, savoir prendre des décisions, avoir un esprit critique, avoir un esprit créatif, les jeux vidéo, les réseaux sociaux, l'estime de soi, la communication). Ces séances concernent un niveau complet d'élèves.

En collège, l'équipe de prévention de VRS développe également le programme Unplugged reconnu internationalement et composé de 12 séances d'une heure, proposées en co-animation avec l'enseignant.

Pour ces deux programmes, une action à destination des parents est proposée (soirée débat, petit-déjeuner, flyer...). En lycée, une séance de 2 heures est proposée sur les drogues et les addictions, ainsi que sur la réduction des risques en soirée festive. Pour les entreprises, il s'agit d'un atelier de prévention des conduites addictives sur la ou les thématiques ciblées par l'établissement. Les entreprises peuvent également solliciter VRS pour sensibiliser leurs salariés.

# GUIDE D'APPROFONDISSEMENT ET SÉCURISATION : PRÉVENTION DES SIDA

## L'épidémie par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)/sida a débuté en France dès le début des années 80.

Santé publique France estime le nombre total de cas de VIH notifiés au 30/06/2018\* à 1 628 en région Centre-Val de Loire, dont 132 dans le Loir-et-Cher. Au sein de la région, 60,7 % des nouvelles séropositivités sur cette période sont des hommes, et la classe d'âge la plus touchée est celle des 30-39 ans avec 31,0 % des nouveaux diagnostics. Fin juin 2018\*, la prévalence du nombre de diagnostic de sida en Centre-Val de Loire est de 1 226 cas notifiés (dont 136 dans le Loir-et-Cher) (Source : *InVS Surveillance du Sida et du VIH - données cumulées de 2003 à 2018 - données au 30/06/2018 non corrigées pour la sous-déclaration - \* Données provisoires non redressées pour les délais de déclaration*).

En 2016, Santé publique France estime que 58 sérologies ont été réalisées pour 1 000 habitants en région Centre-Val de Loire. C'est moins qu'en France (10 % personnes, DOM compris). Cela représente, avec 136 découvertes

de séropositivité par million d'habitants en région, 2,3 sérologies positives pour 1 000 habitants, tandis que dans la France entière, 2,0 tests sur 1 000 révèlent l'infection, équivalent à 160 sérologies positives par million d'habitant.

Par ailleurs, au niveau national, parmi la sous-population à risque que représentent les usagers de drogue par injection intraveineuse (héroïne principalement), il est à noter une baisse très importante des nouvelles contaminations. En effet, sur les 6 700 personnes ayant découvert leur séropositivité en 2009, 85 ont été contaminées par usage de drogues injectables, soit 1,25 % des nouvelles contaminations, là où ce taux était de 10 % dans les années 1990, avec par exemple, plus de 1 800 diagnostics posés en 1994 parmi les consommateurs (source : *Santé publique France*).

## Grossesses précoces

Sur la période 2014-2017, 0,6 % des mères du Loir-et-Cher étaient mineures au moment de l'accouchement. Ce chiffre est comparable à celui retrouvé en région Centre-Val de Loire (0,5 %).

Si l'on considère les mères résidant au sein du département qui étaient mineures au moment de la conception, ce pourcentage est de 1,3 % sur la période considérée (1,0 % en région Centre-Val de Loire).

### PROPORTION DE MÈRES MINEURES (2014-2017)

	Nombre de mères mineures à l'accouchement	Part dans l'ensemble des accouchements	Nombre de mères mineures à la conception	Part dans l'ensemble des accouchements
Loir-et-Cher	73	0,6	116	1,3
Centre-Val de Loire *	542	0,5	591	1,0

SOURCES : PMI  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE  
\* ESTIMÉ APRÈS PONDÉRATION. LE NOMBRE DE MÈRES MINEURES AU MOMENT DE LA CONCEPTION N'ESTANT PAS DISPONIBLES POUR LE DÉPARTEMENT D'INDRE-ET-LOIRE

# ÉTUDE D'APPROFONDISSEMENT ET SÉCURISATION : PRÉVENTITION DES RISQUES

## Pratique de l'interruption volontaire de grossesse

La SAE (statistique annuelle des établissements de santé) est une enquête commanditée par la Drees qui collecte annuellement de façon exhaustive et obligatoire un ensemble de données ayant trait à l'activité des diverses structures de santé et notamment celles concernant les pratiques d'interruption volontaire de grossesse (IVG).

Deux méthodes de recours à l'IVG existent : une médicamenteuse, schématiquement réservée aux interruptions précoces et sans signe de gravité, et une chirurgicale, de référence. Cette première s'est rapidement développée en région Centre-Val de Loire. En 2017, 22 établissements de santé pratiquent l'IVG en région Centre-Val de Loire (dont 3 établissements dans le département du Loir-et-Cher).

La SAE de 2017 montre que 58,2 % des 160 183 IVG pratiquées en France métropolitaine durant l'année l'ont été par administration médicamenteuse (contre 48,5 % en 2007 et 54,0 % en 2010). Ce pourcentage est plus élevé en région Centre-Val de Loire (67,3 % des 5 297 IVG) et atteint même 70,2 % dans le Loir-et-Cher.

Par ailleurs, depuis 2004, l'évolution de la législation permet à des médecins de ville ayant passé une convention avec un établissement de santé de pratiquer les IVG par voie médicamenteuse. Au total, 20 conventions avec des médecins de ville ont été signées en région Centre-Val de Loire pour la réalisation d'IVG médicamenteuse. Selon la Drees, en 2018, 17,5 % des IVG en région Centre-Val de Loire ont été réalisées hors établissement de santé (cabinets, centres de santé, centre de planification ou d'éducation familiale...), contre 8,5 % en 2012.

Le nombre d'interruptions de grossesse en France hexagonale a légèrement augmenté entre le milieu des années 1990 et 2006 avant de se stabiliser autour de 220 000 IVG par an (IVG en établissements hospitaliers et hors établissements hospitaliers). En 2018, le taux de recours à l'IVG en région Centre-Val de Loire est de 13,4 % femmes âgées de 15 à 49 ans (15,0 % en France hexagonale).

Du fait de l'essor des taux de scolarité et d'activité féminins, 52 % des femmes ayant recours à l'IVG ont moins de 25 ans (Drees 2007). L'engagement professionnel ou scolaire apparaît comme un motif déterminant de recours à l'IVG. Le taux de recours augmente avec l'âge pour atteindre son apogée chez les 20-24 ans (27,0 % en France entière en 2015). Selon l'enquête, en 2015, le taux d'IVG chez les mineures en région Centre-Val de Loire est de 6,1 pour 1 000 mineures de 15 à 17 ans (7,6 % dans la France métropolitaine). Si le taux global est stable, il continue à baisser légèrement chez les moins de 20 ans depuis 2010 après une forte hausse entre 1990 et 2010.

Malgré de nombreuses campagnes et l'évolution de la législation en matière de recours à l'IVG, l'étude Drees 2007 montre qu'un quart des femmes en situation de grossesse non prévue ne savent pas à qui s'adresser pour prendre leur décision. À cette difficulté s'ajoute parfois l'absence de parents ou de proches dans l'accompagnement des démarches à effectuer. De plus, lors du premier rendez-vous, près d'une femme sur deux (46 %) se présente seule. Cependant la question posée lors de l'enquête ne permet pas de répondre à ce sujet (volonté individuelle, incapacité à mobiliser un proche, difficultés techniques...).

# GUIDE D'IMPLEMENTATION ET SÉQUELLE : PRÉVENTION

2023-2028

## Ressources disponibles sur le territoire

Le **planning familial** met en place un réseau de partenaires de secteur avec les structures scolaires et extra-scolaires pour intervenir sur l'éducation à la vie affective et sexuelle à travers une approche genrée auprès du public jeune.

Le planning familial aborde toute thématique en lien avec la santé sexuelle et les discriminations de genre, en fonction des besoins des élèves. Ces ateliers sont animés avec des outils d'éducation populaire qui favorisent les échanges. Si besoin, il est possible pour le/la jeune de prendre un temps individuel avec l'animatrice. Le nombre de jeunes participant aux ateliers est fluctuant mais le résultat quantitatif est satisfaisant, surtout lorsque les ateliers sont bien relayés par l'équipe pédagogique. Ces ateliers permettent au planning familial d'aborder différentes thématiques autour de la sexualité. L'association apporte toujours des outils d'éducation populaire qui permettent de libérer la parole mais souvent, ce sont les jeunes qui amènent les sujets qui les préoccupent ce qui permet le débat.

Le planning familial peut également organiser des actions de sensibilisation et d'information dans des lieux de loisirs dans une optique de réduction des risques afin :

- d'informer le grand public sur des questions liées à la vie affective et sexuelle ;
- de prévenir les violences de genre ;
- de rendre visible le planning familial comme un lieu ressources sur ces questions.

La fédération départementale **Familles rurales du Loir-et-Cher** a pour mission de rassembler les femmes et les hommes qui s'engagent au quotidien pour la promotion des familles et des personnes, et pour le développement de leur milieu de vie.

Cette mission s'articule autour de 3 axes :

- la représentation et la défense des intérêts des familles et des territoires dans lesquels elles vivent, en France métropolitaine et en Outre-mer ;
- l'information, la prévention et l'éducation ;
- l'organisation et la gestion d'activités et de services.

Dans le cadre de ses actions, plusieurs partenaires sont mobilisés. Ainsi on compte le Conseil départemental, le Crédit agricole Val de France, la MSA, l'ASEPT Berry-Touraine, la Caf, les collectivités territoriales, l'Udaf.

# Violences faites aux femmes

## Les violences faites aux femmes

Les violences conjugales peuvent prendre différentes formes (verbales, physiques, sexuelles, psychologiques...) et sont, dans la majorité des cas, le fait des hommes. Selon un rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 1 femme sur 10 est victime de violence conjugale. La conséquence de ces violences sur les femmes qui les subissent est une perte de l'espérance de vie allant de 1 à 4 ans.

Les violences conjugales subies par les femmes ont de multiples conséquences sur leur santé, qu'elles soient physiques (plaies, fractures, brûlures...) ou psychiques (dépressions, consommations d'anxiolytiques, tentatives de suicide). Les relations sexuelles forcées engendrent également des problèmes gynécologiques et psychologiques. La grossesse en est un facteur déclenchant ou aggravant. Des conséquences sont également visibles sur les enfants témoins de violences conjugales avec l'apparition chez eux de troubles du comportement et de la conduite, de troubles psychosomatiques.

Les violences conjugales sont souvent considérées comme un processus évolutif, s'aggravant plus elles perdurent dans le temps, conduisant dans bien des cas à l'homicide. Selon l'étude nationale des décès au sein de couples réalisée par le Ministère de l'Intérieur et de l'Aménagement du territoire, en 2016, une femme décède tous les 3 jours sous les coups de son compagnon contre 1 décès d'homme tous les 13 jours. Sur 138 personnes décédées victimes de leur partenaire en 2016, 79 % étaient des femmes (n = 109).

Le Loir-et-Cher dispose, au sein de la Direction départementale de la cohésion sociale, d'une délégation départementale aux droits des femmes et à l'égalité. Celle-ci « met en œuvre au niveau local la politique d'égalité entre les femmes et les hommes impulsée par le Ministère des Droits des femmes. L'objectif de cette mission est de sensibiliser les acteurs du département et d'animer un réseau de référents locaux sur le thème de l'égalité. »

Les violences exercées sur les femmes impactent fortement leur santé. Ainsi on diagnostique des difficultés :

- En matière d'accès aux soins (notamment des publics précaires). En effet, n'ayant pas d'autonomie financière et portant un fort sentiment de honte, les femmes ne vont que très peu chez le médecin.
- Dans le champ de la santé de la mère et de l'enfant. Avec les risques importants de fausses couches, malformations, accouchements prématurés, risques directs et indirects pour l'enfant témoin de violences au sein du couple.
- Dans le champ de la santé mentale : avec des risques forts de dépression nerveuse, de tentative de suicide, une consommation de tranquillisants, d'anti-dépresseurs.
- Dans le champ de la nutrition et de l'activité physique. En effet, les femmes sont assez souvent isolées et ne pratiquent que peu souvent une activité physique.
- Dans le champ des conduites à risques (vie affective et sexuelle, prévention des IST, tabac/alcool, drogues illicites, jeux pathologiques, violence routière).
- Dans le champ des maladies chroniques. Les pathologies y compris chroniques accompagnent régulièrement les victimes d'agression à caractère sexuel.
- Dans le champ du vieillissement de la population. Les femmes âgées victimes de violence ne recherchent plus d'aide, de soutien. Elles sont isolées et résignées.

## Mortalité par accidents de la circulation

Entre 2007-2015, les accidents de la route représentent 1,0 % des décès du territoire (0,9 % dans le département, 0,8 % en Centre-Val de Loire et 0,6 % en France métropolitaine).

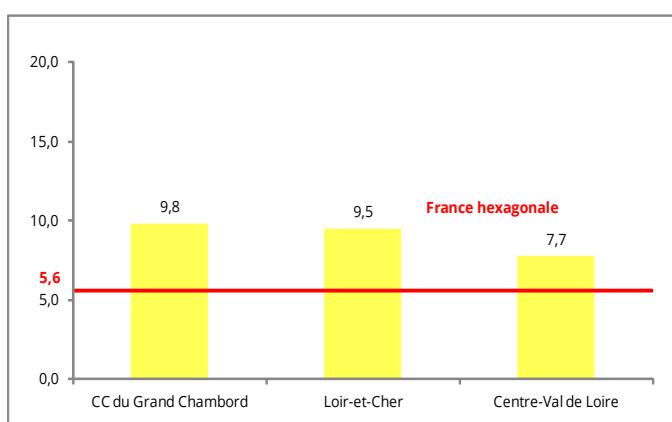
La région Centre-Val de Loire occupe le 2<sup>ème</sup> rang des 13 nouvelles régions françaises métropolitaines présentant les plus mauvais chiffres en matière de mortalité par accidents de la circulation derrière la Corse. Ce constat s'explique, mais en partie uniquement, par des éléments de géographie physique et d'infrastructures. L'accidentologie est en effet de manière générale plus sévère en zone rurale, et les régions les plus urbanisées sont celles où il y a le moins d'accidents graves de la circulation (vitesse réduite en ville, meilleur éclairage...).

Après standardisation, le taux de mortalité par accidents de la circulation des habitants du territoire est de 9,8 pour 100 000 habitants, chiffre non statistiquement différent de ceux retrouvés dans le Loir-et-Cher (9,5), en région Centre-Val de Loire (7,7) et en France métropolitaine (5,6).

Chez les 15-24 ans, population souvent décrite comme plus à risque dans le domaine des accidents liés à la circulation, la part des décès dus à la violence routière parmi l'ensemble des décès de cette classe d'âge est de 51,7 %, sur le territoire (41,8 % dans le Loir-et-Cher, 36,7 % en région Centre-Val de Loire et 28,7 % en France métropolitaine).

Au total, les 15-24 ans représentent 23,5 % de la mortalité par accidents de la circulation du territoire (22,2 % dans le Loir-et-Cher, 22,9 % en Centre-Val de Loire et 23,1 % en France hexagonale).

### TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ PAR ACCIDENTS DE LA CIRCULATION (2007-2015)



SOURCES : INSERM CÉPIDC, INSEE  
EXPLOITATION ORS CENTRE-VAL DE LOIRE  
RÉFÉRENCE FRANCE HEXAGONALE (RP 2006)  
TAUX POUR 100 000 HABITANTS

# COOPÉRATION TERRESTRE ET CONDUITES EN CAS D'URGENCE

## Synthèse de la rencontre avec les professionnels et les élus

### Sécurité routière

Certains acteurs relèvent une augmentation du nombre d'accidents en 2019 sur le Grand Chambord, alors que la tendance générale sur d'autres territoires est plutôt à la baisse. Hormis cette mauvaise tendance, la nature des risques liés à la sécurité routière sur le Grand Chambord sont assez similaires à ceux observés sur d'autres territoires, avec une dimension rurale (qui accentue la gravité des accidents étant donné les vitesses de circulation moyennes), et un impact des aménagements de la voirie qui contribuent dans certains cas à une augmentation du risque. En effet, plusieurs acteurs relèvent en particulier l'étroitesse des routes et l'état relativement dégradé des chaussées. Dans ce contexte, le retour envisagé à la limitation de 90km/h au lieu de 80km/h ne semble pas justifié du strict point de vue de la sécurité routière.

*Professionnel : « Je suis dans le sud du département, au sud de la Loire, il y a encore beaucoup de travail à faire. On travaille avec les élus, avec le Conseil départemental, on met en place beaucoup de choses pour que ce soit fait rapidement. Il y a beaucoup plus d'accidents ici, et puis de gros accidents. »*

*Conseil vie citoyenne : « On a pu voir qu'il y a eu des intrusions dans le débat politique avec la limitation de vitesse à 80km/h. Les responsables politiques ou les élus ont pris position sur la vitesse, mais sur des critères qui paraissent politiques. »*

La consommation de produits psychoactifs constitue aussi comme ailleurs une cause importante d'accidents sur le territoire, avec en premier lieu au niveau des infractions constatées l'alcool, puis les produits stupéfiants et enfin les médicaments. Les consommations d'alcool ne sont pas nécessairement très importantes mais elles concernent encore une part non négligeable de la population. Sur les consommations lors de soirées festives, les comportements évoluent plutôt dans un sens favorable depuis quelques années, avec des prises de dispositions pour dormir sur le lieu des fêtes ou en désignant en amont un conducteur sobre. Les actions de prévention et les contrôles routiers organisés à l'entrée et à la sortie des lieux de fête contribuent aussi à réduire les conduites à risques au volant. En revanche, si certaines catégories de médicaments sont peut-être moins consommées que par le passé, les professionnels constatent que la population tient encore peu compte des risques liés à la prise de ces substances au volant qui entraînent de la somnolence, des pertes de réflexe, de l'éblouissement ou de l'inattention. La sensibilisation paraît encore difficile à faire passer sur ce sujet.

*Professionnel : « Tu as beau avoir le petit sigle sur le machin [la boîte de médicaments] et si toi en tant que pharmacien tu dis aux gens « là, ça ne serait pas bien raisonnable de prendre la voiture », je vous dis pas « de quoi tu te mêles ? » ! »*

Le fait que leurs traitements soient nécessaires et que les personnes ne puissent pas se déplacer autrement que par la conduite de leur véhicule personnel constituent une difficulté pour intervenir activement et limiter la prise de risques. Les personnes qui sont actives doivent continuer à aller travailler. Quant aux personnes âgées ayant de grosses pathologies et des traitements médicamenteux, le retrait du permis de conduire revient aussi à restreindre leur mobilité, ce qui n'est pas bon pour leur autonomie. Il en va de même pour les malades Alzheimer qui continuent aussi à conduire malgré des troubles qui peuvent rendre dangereuse leur conduite.

*Professionnel : « On a trouvé une personne qui était errante et la personne, elle ne conduit plus. Et cette personne était errante et sa femme elle a demandé au médecin euh... et elle habite à Sassy donc voyez, au niveau... Bref, papy, il a pris la voiture, il a fait le tour, il ne savait plus où il était, il ne se rappelait même plus qu'il avait conduit... »*

Enfin, l'inattention induite par les smartphones et autres outils multimédias constitue un facteur d'accident probablement plus important qui concerne une grande partie de la population.

*Professionnel : « Est-ce qu'il y a aussi de plus en plus le téléphone ? Parce qu'il n'y a pas longtemps, je me suis dit mais il va me rentrer dedans, je m'arrêtai à la patte d'oie mais je le voyais avancer vers moi, je me suis dit il ne va pas s'arrêter ! »*

*Professionnel : « Avec le téléphone, tout ce qui est multimédia, plus oui ! Les nouvelles voitures sont équipées de lecteur télé ou multimédia avec DVD, vous pouvez avoir la télévision en direct dans votre voiture. Il suffit de débloquer, le concessionnaire vous le propose quand vous allez acheter la voiture, de débloquer un système et certains regardent la télé le matin en allant travailler. »*

### Addictions

Concernant les conduites addictives, certaines évolutions sont observées. La consommation d'alcool est globalement en baisse, notamment chez les personnes âgées où l'usage régulier demeure parfois mais où il est plus rare d'observer des grosses consommations qui étaient encore assez

# CONSUMMATION D'ÉMÉRGENCES ET CONSUMMATIONS DE SUBSTANCES DANS LE GRAND CHAMBORD

courantes à la génération précédente.

*Professionnel : « Je dirais que c'est moindre que ce que ça n'a été chez les très anciens. Enfin les grosses consommations. Bon après, je vois toujours des petites gens qui s'offrent l'apéritif. »*

*Professionnel : « C'est une association de personnes âgées. C'est surtout pour se rassembler, communiquer, sortir évidemment ! Alors tout à l'heure, on parlait consommation d'alcool. Hier, on a eu notre repas annuel, la consommation d'alcool a beaucoup baissé ! Enfin alcool, je parle, c'est du vin hein ! La consommation a beaucoup baissé par rapport à il y a une dizaine d'années où on consommait davantage. »*

Les consommations problématiques et l'alcoolisme demeurent néanmoins une question qui touche toutes les classes sociales, différents âges de la vie, les personnes actives comme celles qui ne travaillent pas. Les conséquences de ces consommations peuvent être plus importantes pour les personnes ayant des difficultés sociales et économiques, quand une grande part des ressources est utilisée pour l'alcool, ou parce que les comportements en état d'ivresse entraînent de la violence verbale et physique et des troubles du voisinage. Cette problématique concerne en particulier les bailleurs sociaux qui se trouvent relativement démunis pour agir, alors que les personnes ne sont pas prêtes à entamer des démarches de soins. L'entourage des personnes interpelle aussi les structures publiques qui leur apportent des aides. C'est notamment le cas de certains parents âgés qui doivent gérer le retour d'un enfant à leur domicile, alors que celui-ci a des comportements d'addictions, de violence, et qu'il pèse financièrement sur eux.

*Professionnel : « On est très ennuyés car dans l'accompagnement des allocataires du RSA, on n'a pas d'autorité et c'est très compliqué de préserver les parents et de travailler avec l'allocataire en disant vos parents s'inquiètent. On est parfois dans des positions pas très confortables. (...) Nous, ces parents nous appellent pour nous dire « maintenant, je veux le mettre dehors ». (...) Et bien souvent, ce sont les parents qui financièrement contribuent énormément. Ça va bien un temps mais à un moment donné, il y a un ras-le-bol. »*

Le déni du problème est fréquent et la démarche de soins en lien avec la consommation d'alcool reste une démarche difficile. Néanmoins, les gens consultent un peu plus souvent que par le passé, avec un vécu moins douloureux. L'accès aux soins spécialisés est peu évident sur le territoire. Les structures spécialisées en addictologie sont situées sur les agglomérations. Le Csapa fait une permanence à Saint Laurent tous les 15 jours qui permet un certain accès pour les populations environnantes mais pas pour les habitants du Grand Chambord éloignés de cette partie de la Communauté de communes. De plus, cette structure a vu 2 médecins addictologues partir, ce qui y limite un peu les possibilités de prise en charge.

*Professionnel : « Il y a encore des personnes qui vont en consultation sur Saint Laurent. Leurs consultations sont bien occupées. Ça draine un petit peu large autour de Saint Laurent. »*

*Professionnel : « La prévention accès aux soins, il y a encore la mission locale qui fait un peu de boulot avec les ados pour ceux qui se mobilisent et il n'y en a pas beaucoup. Après, lutte contre les addictions, sur le territoire de Grand Chambord, pour moi il y avait encore l'Anpaa qui faisait des permanences à Saint Laurent mais quand on habite à Mont ou La Ferté, Neuvy, Saint Cyr... »*

La consommation de drogues illicites est toujours difficile à évaluer. Les acteurs rencontrés observent toutefois que l'accès aux substances illégales est très facile sur Blois comme dans le secteur rural. La consommation de cannabis est de plus en plus banalisée chez les jeunes mais pas uniquement. Outre le trafic, la culture dans les jardins ou en intérieur est courante. S'ajoute à ce phénomène un accès simple aux huiles à base de cannabis dans les cigarettes électroniques.

*Professionnel : « Il faut quand même savoir qu'au collège de Bracieux, chez les jeunes, chez les ados, ça a quand même beaucoup bougé dans le sens où on a de plus en plus de jeunes qui fument le cannabis par exemple. Ça, ça se développe d'année en année. On n'avait moins cette problématique il y a 10 ans. »*

*Professionnel : « Nous on les contrôle, ils ne se cachent pas. Non, on arrive, ils sont en train de fumer leur pétard, ça sent à gogo, ils ne se cachent pas ! »*

*Professionnel : « C'est un peu ça qui m'interpelle, on est un petit truc, Blois c'est quand même une ville mais on est au milieu de la campagne et on arrive quand même à un nombre assez important quoi ! On en trouve partout ! »*

De façon cohérente avec cet usage banalisé, l'effet nocif des drogues et du cannabis en particulier n'est pas aussi bien reconnu que pour l'alcool. Les jeunes hommes et femmes n'ont pas une conscience claire des risques de maladie et des impacts pour les nourrissons pendant la grossesse en particulier.

*Professionnel : « Pour côtoyer des très jeunes mamans, des très jeunes couples, tout ce qui se fume pour eux, c'est quasiment sans danger. Et malheureusement, ça fait beaucoup beaucoup de dégâts. (...) Après, il y a beaucoup de séquelles sur les enfants qui vont naître. Et pendant la grossesse, on n'arrive pas toujours à faire en sorte qu'ils diminuent, parce qu'on peut rarement arrêter, mais qu'ils diminuent leurs consommations. Mais je trouve que autant l'alcool, 0 alcool pendant la grossesse, c'est un message qui est bien passé alors que la drogue non. Tout ce qui se fume pour eux, ce n'est pas très important. »*

# COMPRÉHENSION DES ENFANTS ET COMPORTEMENTS DE LA FAMILLE

La problématique des phénomènes d'addiction aux écrans suscite aussi de nombreuses inquiétudes des parents qui ne savent pas comment agir avec leurs enfants et adolescents. Des ruptures totales du dialogue sont parfois observées, avec une déscolarisation, une détérioration du climat familial et un désinvestissement des parents

*Professionnel : « On s'est rendu compte qu'il y avait des parents qui n'avaient plus du tout de communication avec les enfants. Ils déposaient 20 € sur la table le matin, l'enfant ils ne le voyaient pas, il n'y avait plus de communication, ils ne parlaient plus, il prenait son billet et ça lui servait à manger le midi et le soir. »*

*Professionnel : « Nous, on rencontre aussi les parents avec des enfants jeunes mais où il y a une déscolarisation, une rupture et le ras-le-bol. « Je veux un logement plus petit parce que je ne veux plus héberger mon fils de 19 ans ».*

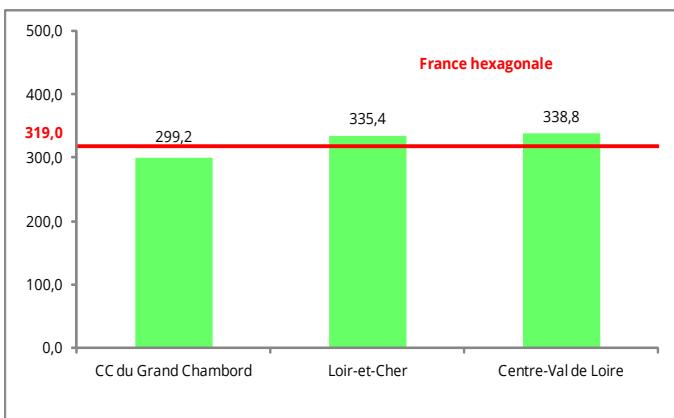
## Depuis 2004, la nutrition est l'une des priorités régionales et est inscrite dans le plan régional de santé publique autour de 4 objectifs : prévention et prise en charge de l'obésité, prévention et prise en charge de la dénutrition des personnes âgées, promotion d'une meilleure alimentation des personnes en situation de précarité et promotion de l'activité physique.

Selon l'enquête Obépi réalisée en 2012, 16,9 % de la population âgée de 18 ans ou plus du Centre-Val de Loire seraient en situation d'obésité (selon l'indice de masse corporelle), soit une proportion en baisse par rapport à l'année 2007 (17,7 %) mais toujours supérieure à celle observée en France hexagonale (15,0 %). Entre 1997 et 2012, la proportion de personnes obèses domiciliées en région Centre-Val de Loire a augmenté de 72,4 % (contre près de 76,0 % en France hexagonale). L'amélioration de l'état nutritionnel de la population constitue un enjeu majeur pour les politiques de santé publique menées en France, en Europe et dans le monde. Le Programme National Nutrition Santé (PNNS) est un plan de santé publique visant à améliorer l'état de santé de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs : la nutrition. Ainsi, le PNNS a pour but de prévenir la dégradation de la santé due à une mauvaise alimentation et/ou à une activité physique inadaptée ou insuffisante. Il se place dans une position d'accompagnement de chacun vers une meilleure santé en privilégiant des comportements positifs plutôt qu'en stigmatisant des habitudes nutritionnelles (actuellement le PNNS de 4<sup>ème</sup> génération (2018-2022) est en cours d'élaboration).

## Affections de longue durée pour motifs liés à la nutrition

Le diabète de type 2 est une pathologie fortement liée à un trouble nutritionnel. En 2017, 1 040 résidents du Grand Chambord sont pris en charge au titre d'une ALD diabète de type 2. Durant la période 2006-2014, 64 nouvelles admissions en ALD pour diabète de type 2 ont été, en moyenne et par an, recensées au sein de la CC (38 hommes et 25 femmes). Après standardisation, le taux comparatif de nouvelles admissions en ALD pour le territoire pour le diabète de type 2 est inférieur à ceux observés dans le département, la région et en France hexagonale (299,2 individus pour 100 000 habitants dans le Grand Chambord, 335,5 dans le Loir-et-Cher, 338,8 en Centre-Val de Loire et 319,0 en France hexagonale).

### TAUX COMPARATIF D'ADMISSIONS EN ALD POUR TROUBLES LIÉS À LA NUTRITION (DIABÈTE DE TYPE 2) [2006-2014]



SOURCES : CNAMTS, CCMSA, INSEE  
EXPLOITATION ORS CENTRE-VAL DE LOIRE  
RÉFÉRENCE FRANCE HEXAGONALE (RP 2006)  
TAUX POUR 100 000 HABITANTS

## Prise en charge médicale des patients diabétiques et en situation d'obésité

Le territoire compte 1 diététicien mixte au 1<sup>er</sup> janvier 2018, soit une densité (tous modes d'exercices confondus) inférieure à celles retrouvées dans le Loir-et-Cher, la région Centre-Val de Loire et l'Hexagone (4,9, contre respectivement 18,0, 17,8 et 19,0).

Concernant les pédicures-podologues, 3 professionnels libéraux exercent sur le territoire au 1<sup>er</sup> janvier 2017, soit une densité de 14,6 professionnels pour 100 000 habitants.

La densité de professionnels libéraux sur les territoires de référence est de 21,3 dans le Loir-et-Cher, 18,8 en Centre-Val de Loire et 20,7 en France hexagonale. Aucun podologue n'exerce de façon salariée ou mixte sur le territoire. Aucun ophtalmologue libéral n'est installé sur le territoire au 1<sup>er</sup> janvier 2018. Cependant, la densité d'ophtalmologues libéraux du département est de 4,8 pour 100 000 habitants. Celles de la région et de la France hexagonale sont respectivement de 4,5 et 5,7.

# OFFRE ET DÉMANDES

## À L'UVEZ SANTÉS ET MÉDECINS

### ÉTAT DES BESOINS ET

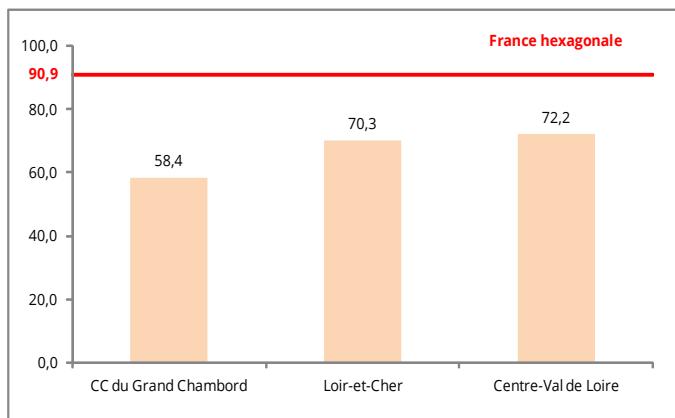
### ESPECIALISATIONS LIBÉRALES

## Offre de soins en médecine libérale

Selon le répertoire partagé des professions de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2018, la région Centre-Val de Loire est la région de France la moins dotée en médecins généralistes (libéraux, salariés et mixtes). Le Loir-et-Cher est, quant à lui, le 16<sup>ème</sup> département français où l'offre est la plus faible. S'agissant de l'activité libérale, la région est également la moins bien dotée des 13 régions métropolitaines. Le Loir-et-Cher apparaît lui à la 24<sup>ème</sup> place des départements ayant une offre faible.

Le Grand Chambord compte 16 médecins généralistes exerçant sur son territoire, soit une densité totale de 77,8 professionnels pour 100 000 habitants. Elle est largement inférieure à celles retrouvées dans l'Hexagone (142,1), dans le Loir-et-Cher (110,2) et en région (113,3).

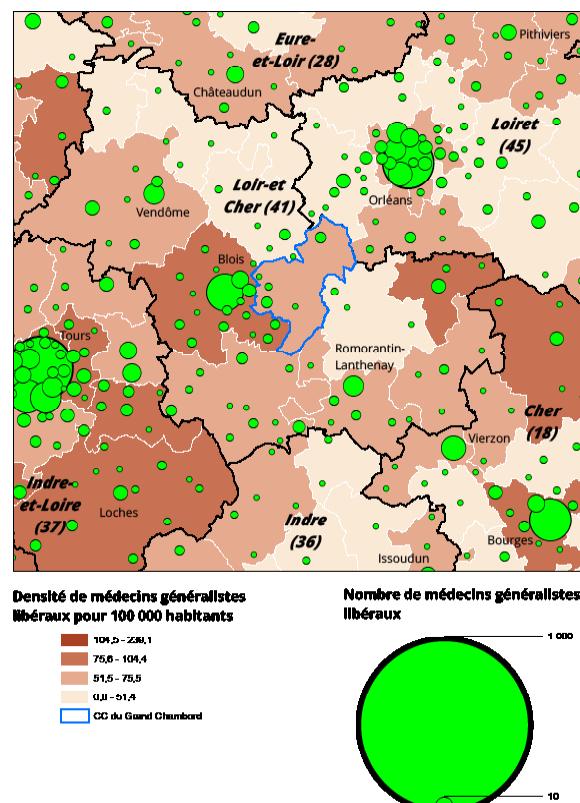
Le territoire compte 12 médecins généralistes libéraux pour une densité de 58,4 pour 100 000 habitants. Elle est inférieure à la densité départementale (70,3) ainsi qu'aux densités régionale (72,2) et nationale (90,9).



SOURCE : RPPS 2018, INSEE (RP 2015)  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

Dans un contexte de démographie médicale d'ores et déjà problématique en région, le vieillissement des professionnels de santé, particulièrement des médecins généralistes libéraux, est à anticiper sur le territoire, puisque 41,7 % d'entre eux ont 55 ans ou plus (59,0 % dans le Loir-et-Cher, 55,4 % en Centre-Val de Loire et 50,9 % en France hexagonale).

### DENSITÉ DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX AU 1<sup>ER</sup> JANVIER 2018



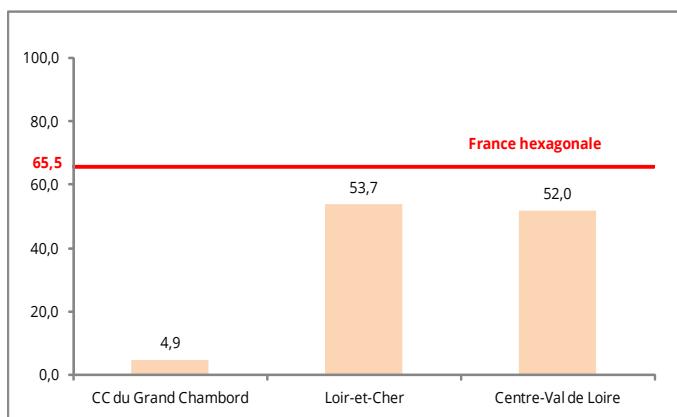
SOURCE : RPPS 2018, INSEE (RP 2015)  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

# OFFRE ET DÉMANDES À L'UVE DES SPÉCIALISTES DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET SPÉCIALISTES LIBÉRAUX

Selon le fichier RPPS au 1<sup>er</sup> janvier 2018, la région Centre-Val de Loire est la région métropolitaine la moins dotée en médecins spécialistes. S'agissant de ceux ayant un mode d'exercice exclusivement libéral, elle apparaît au 4<sup>ème</sup> rang (34<sup>ème</sup> rang des départements métropolitains avec l'offre la plus faible pour le Loir-et-Cher et 53<sup>ème</sup> rang concernant l'exercice exclusivement libéral).

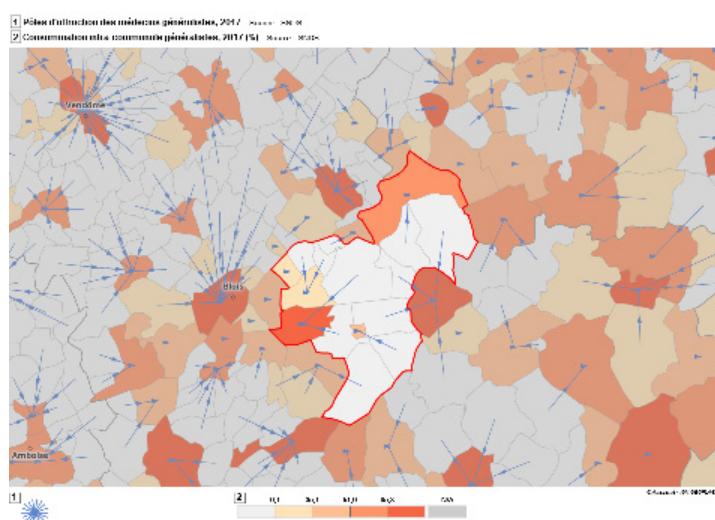
Au sein de la CC du Grand Chambord, 1 médecin spécialiste exerce une activité exclusivement libérale. Cela représente une densité de 4,9 spécialistes libéraux pour 100 000 habitants, soit une densité inférieure à celles retrouvées dans le département, en région ou dans l'Hexagone (53,7, 52,0 et 65,5). À cela s'ajoutent les médecins spécialistes ayant une activité mixte (0) ou salariée (1), soit une densité totale sur le territoire de 9,7 professionnels pour 100 000 habitants (114,7 dans le Loir-et-Cher, 132,7 en Centre-Val de Loire et 177,8 en France hexagonale). L'offre de spécialistes du territoire se compose d'un psychiatre en activité libérale à Huisseau-sur-Cosson et d'un gériatre salarié à Saint-Laurent-Nouan.

## DENSITÉ DE MÉDECINS SPÉCIALISTES LIBÉRAUX AU 1<sup>ER</sup> JANVIER 2018



SOURCE : RPPS 2018. INSEE (RP 2015)  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

## PÔLE D'ATTRACTION<sup>[1]</sup> DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET PART DE CONSOMMATION INTRA-COMMUNALE<sup>[2]</sup> DES GÉNÉRALISTES EN 2016



En 2016, 71,1 % des actes de médecins généralistes sur Mont-Près-Chambord sont consommés par des habitants de la commune. Viennent ensuite les communes de Saint-Laurent-Nouan (57,3 %), Bracieux (44,7 %), Huisseau-sur-Cosson (31,9 %) et Saint-Claude-de-Diray (24,9 %).

SOURCES : SNIIRAM, ATLASANTÉ, IGN GEOFLECHE  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

# LA PROFESSION DE CHIRURGIEN-DENTISTE DANS LE GRAND CHAMBORD

## Offre de professionnels de santé libéraux sur le territoire

Au 1<sup>er</sup> janvier 2018, 6 dentistes libéraux étaient installés au sein de la CC du Grand Chambord. La densité du territoire est de 29,2 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants, soit une proportion inférieure à celles retrouvées dans l'Hexagone (52,6), dans la région (38,7) et dans le département (37,8).

Le territoire compte 17 infirmiers libéraux, pour une densité de 133,3 professionnels pour 100 000 habitants. Elle est inférieure à celles observées dans le Loir-et-Cher (112,6), dans la région (100,5) et en France hexagonale (162,4).

Rapporté à la population de plus de 65 ans, ces derniers étant potentiellement les plus grands consommateurs de soins à domicile, la densité d'infirmiers libéraux au sein de la CC du Grand Chambord est de 409,0 pour 100 000 habitants de 65 ans et plus. Cette proportion est également inférieure à celles retrouvées dans le Loir-et-Cher (489,3), dans le Centre-Val de Loire (482,1) et en France hexagonale (865,0).

Au 1<sup>er</sup> janvier 2016, le Grand Chambord compte 7 masseurs-kinésithérapeutes libéraux, soit une densité de 34,1 professionnels pour 100 000 habitants. Elle est inférieure à celles du département (54,0), de la région (64,4) et du niveau national (98,9).

S'agissant des orthophonistes, 5 professionnels exercent en libéral sur le territoire au 1<sup>er</sup> janvier 2018, soit une densité de 24,3 pour 100 000 habitants. C'est supérieur aux densités retrouvées dans le Loir-et-Cher (16,2) et dans le Centre-Val de Loire (19,4) mais inférieur à celle de la France hexagonale (27,4).

# AUTRES PROFESSIONS SANITAIRES

## AVEC SANTE LIBERAUX

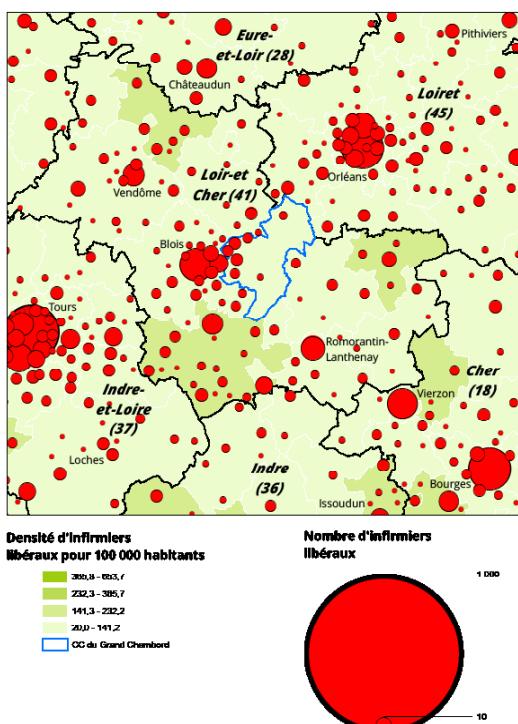
### DENSITÉ DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX AU 1<sup>ER</sup> JANVIER 2018

SOURCES : ADÉLI AU 01/01/2017, INSEE (RP 2014)

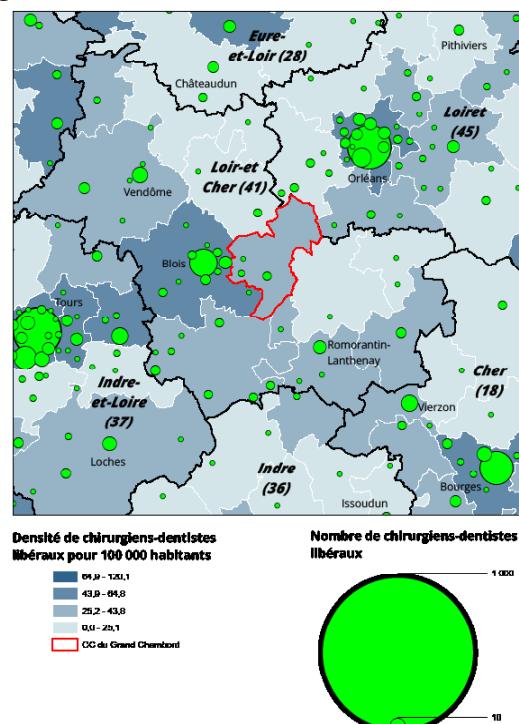
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

\* AU 1<sup>ER</sup> JANVIER 2016 POUR LES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES

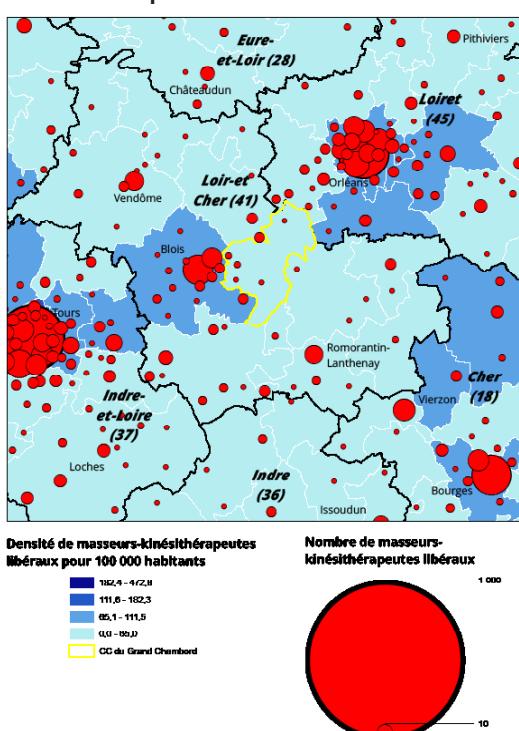
#### Infirmiers



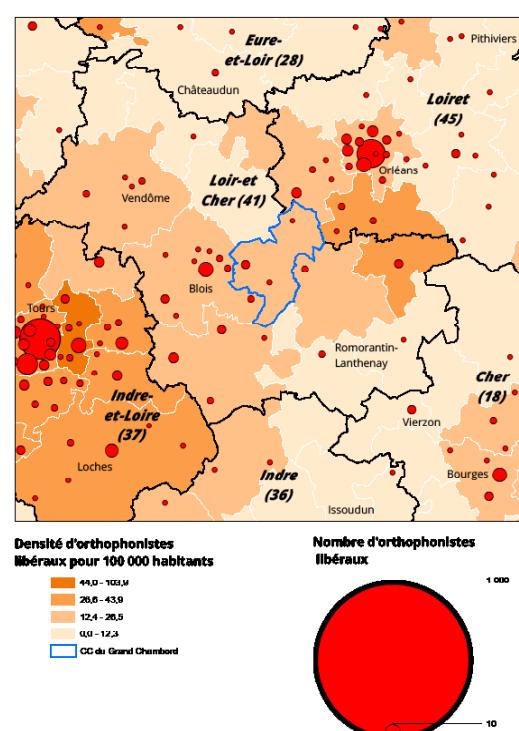
#### Chirurgiens-dentistes



#### Masseurs-kinésithérapeutes\*



#### Orthophonistes



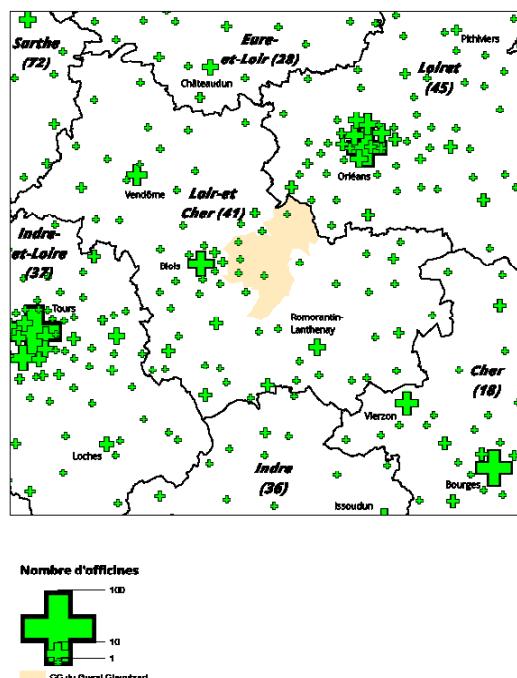
# À ANNEES POUR LEURS 2000 BUREAUX

## QUE S'EST FAIT LE MÉDECIN DU PEUPLE

## Offre en pharmacie

Selon le fichier Finess, en 2019, 5 officines sont implantées sur le territoire, représentant 1 pharmacie pour 4 112 habitants (1 pour 3 142 habitants dans le Loir-et-Cher et 1 pour 3 176 habitants en Centre-Val de Loire). 1 pharmacie est située à Bracieux, 1 à Montlivault, 1 à Huisseau-sur-Cosson, 1 à Mont-Près-Chambord et 1 à Saint-Laurent-Nouan.

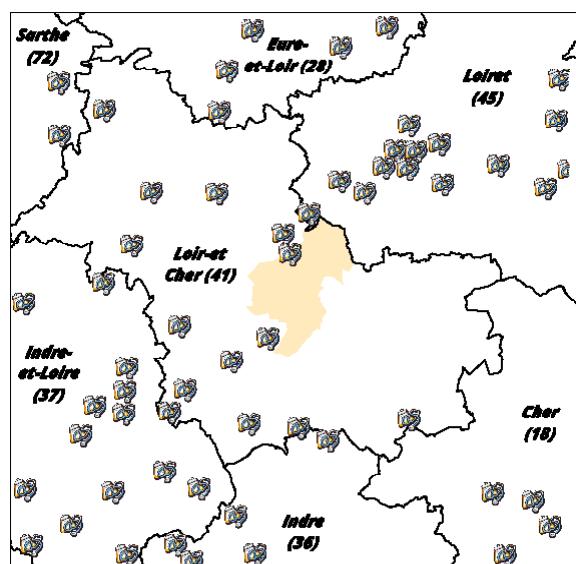
### NOMBRE D'OFFICINES SUR LE TERRITOIRE EN 2019



## Maisons de santé pluridisciplinaires (MSP)

Les maisons de santé pluridisciplinaire (MSP) assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales (article L 6323-3 du code de la Santé Publique). En 2019, aucun MSP n'est encore ouverte sur le territoire.

### LES MAISONS DE SANTÉ PLURIDISCIPLINAIRE



# ANTÈS POUR POURVOIR À LA SANTÉ

## DE LA SANTÉ LIBÉRALE

## Permanence des soins ambulatoires (PDSA) sur le territoire

La permanence des soins en médecine ambulatoire (PDSA) est une mission de service public qui a pour objectif de répondre aux besoins de soins, non programmés, aux heures habituelles de fermeture des cabinets libéraux et des centres de santé. Les médecins participent à la permanence des soins et à l'activité de régulation sur la base du volontariat. Cette mission est assurée en fonction des besoins de la population, évalués à partir de l'activité médicale constatée et de l'offre de soins existante : le samedi à partir de midi, les jours ouvrables de 20h à 23h, les dimanches et jours fériés de 8h à 23h, le lundi lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié. Au-delà de 23h, il existe un transfert de l'activité de permanence des soins vers les urgences hospitalière, et ce, jusqu'à 8 heures.

La définition des secteurs tient compte de la population (nombre, typologie...), de la localisation des services d'urgences, de la superficie à couvrir, du temps nécessaire pour relier les points extrêmes de chaque territoire n'excédant pas 1h30 et de l'activité observée.

Pour l'organisation de la PDSA, le Loir-et-Cher est subdivisé en 9 secteurs en semaine, et 9 secteurs les week-ends et jours fériés. Leur nombre n'a cessé de diminuer, passant de 27 secteurs de médecine générale en semaine à 4 depuis le 2 février 2015.

Le Grand Chambord se situe, en semaine, sur le secteur de Blois, à l'exception de Saint-Laurent-Nouan qui se situe sur le secteur de Mer. Pour la permanence des soins ambulatoire les week-ends et jours fériés, le territoire est à cheval sur plusieurs secteurs :

- La commune de Saint-Laurent-Nouan dépend du secteur de Blois ;
- Les communes de Saint-Dyé-sur-Loire, Montlivault, Maslives, Huisseau-sur-Cosson et Chambord dépendent du secteur de Vineuil ;
- Les communes de Crouy-sur-Cosson, la Ferté-Saint-Cyr, Thoury, Bauzy, Mont-Près-Chambord, Tour-en-Sologne, Bauzy, Fontaines-en-Sologne, Bracieux et Neuvy dépendent du secteur Bracieux/Cour-Cheverny.

Dans le Loir-et-Cher, suite au CODAMUPSTS du 29 janvier 2013, la garde s'arrête sur tous les secteurs du département à 22 heures en semaine. La garde est maintenue jusqu'à 24 heures les week-ends et jours fériés, conformément à l'arrêté n°2009-21-16 du 21/01/2009 portant modification de l'arrêté n°2008-182-6 portant organisation de la PDS en médecine ambulatoire dans le département du Loir-et-Cher.

La régulation libérale de la médecine ambulatoire (en charge d'orienter au mieux la demande de soins « de ville ») dans le Loir-et-Cher est actuellement assurée, au Samu-Centre 15, après une première régulation des permanenciers du Samu, au moins quatre soirs en semaine (du lundi au jeudi et parfois le vendredi sur les horaires suivants : 20h-24h), le samedi (de 16h à 20h) et le dimanche (sur les créneaux suivants : 8h-12h et 16h-20h).

## Méthodologie

La DREES et l'Irdes ont développé conjointement un indicateur d'accessibilité aux soins : l'APL (accessibilité potentielle localisée). Cet indicateur synthétique permet de tenir compte à la fois de la proximité et de la disponibilité des médecins. Il est donc plus fin et plus opérant que les indicateurs traditionnels de densité médicale par bassin de vie ou de temps d'accès au professionnel le plus proche. Il intègre également une estimation de l'activité des médecins ainsi que des besoins en fonction de l'âge de la population locale et permet des variantes tenant compte de l'âge des médecins ou encore de leur secteur de conventionnement.

L'indicateur d'APL peut être synthétisé ainsi : un patient a, dans son entourage, plusieurs médecins accessibles (zone de recours, voir illustration). Plus le médecin est éloigné, plus son accessibilité est faible voire nulle au-delà d'un seuil. Chaque médecin accessible peut délivrer un certain nombre de consultations/visites aux patients susceptibles de le solliciter (patients de sa zone de patientèle). Pour la plupart des médecins, ce nombre est égal au nombre total d'actes que le médecin effectue dans l'année (prise en compte de l'activité réelle) divisé par le nombre de patients susceptibles de le solliciter. Ces derniers sont pondérés par leur âge (pour tenir compte des besoins de soins différenciés en fonction de l'âge) et par leur éloignement. Au final, pour connaître l'accessibilité d'un patient, on additionne le

nombre de consultations/visites que peuvent lui proposer les médecins accessibles. On obtient ainsi un nombre de consultations/visites accessibles pour chaque habitant.

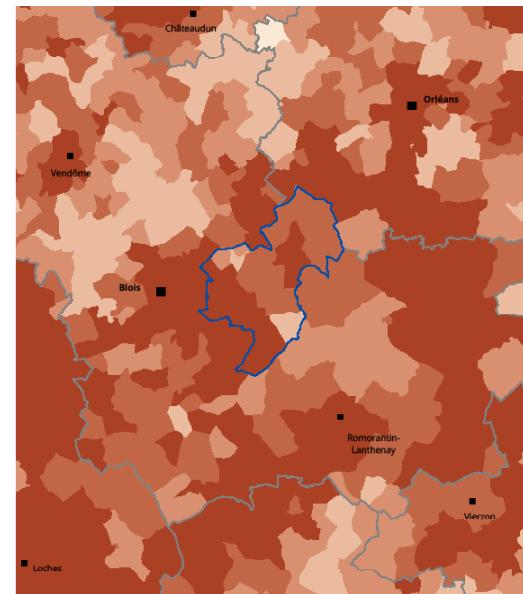
Jusqu'à présent, l'accessibilité potentielle localisée était exprimée en ETP (équivalents temps plein) de médecins par habitant. Cette unité n'est toutefois pas facile à appréhender. Aussi, dans cette publication, l'accessibilité est exprimée en nombre annuel de consultations/visites par habitant, ce qui est plus parlant. Cette transformation correspond uniquement à la prise en compte directe du nombre d'actes annuels réalisés par les médecins en lieu et place de l'estimation d'équivalents temps plein à partir de ce même nombre d'actes. L'activité réelle est ainsi comptabilisée de manière plus précise qu'auparavant et sans avoir à poser de normes de conversion.

À partir de cette mesure et sachant qu'en moyenne 22 % des assurés du régime général ne consultent pas dans l'année, plusieurs seuils d'accessibilité peuvent être retenus pour caractériser une commune comme « sous-dense » :

- APL inférieure à 1 consultation par an et par habitant ;
- APL inférieure à 2 consultations par an et par habitant ;
- APL inférieure à 2,5 consultations par an et par habitant ;
- APL inférieure à 3 consultations par an et par habitant.

## APL AUX MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX

En 2016, en France 8,0 % de la population nationale vit dans une commune sous-dense au seuil de 2,5 consultations par an et par habitant. En région cela concerne 16,8 % de la population et 15,9 % de la population du Loir-et-Cher. à l'échelle du Grand Chambord, 17,4 % des habitants vivent dans une commune sous-dense au seuil de 2,5 consultations par an et par habitant.



Indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) 2016 aux médecins généralistes  
(en nombre de consultations/visites accessibles par habitant standardisé)



Sources : SNIIMM 2016, EBB 2016, CHNATG ;  
population par sexe et âge 2014, dossier MFRG ;  
seuil : 2,5 consultations/visites accessibles par habitant  
Définition : OGC Centre-Val de Loire

# DIAGNOSTIC LOCAL DE SANTÉ

## EN VUE DE L'ÉLABORATION DU CONTRAT LOCAL DE SANTÉ

# ACCÉS À L'ÉQUIVALENTE PROFESSIONNELLE LIBÉRALE

## DISPONIBILITÉ

Les APL des sages-femmes, des masseurs-kinésithérapeutes et des infirmiers se lisent comme une densité en rapportant le nombre de professionnels accessibles, en équivalent temps plein (ETP) à la population pour 100 000 habitants.

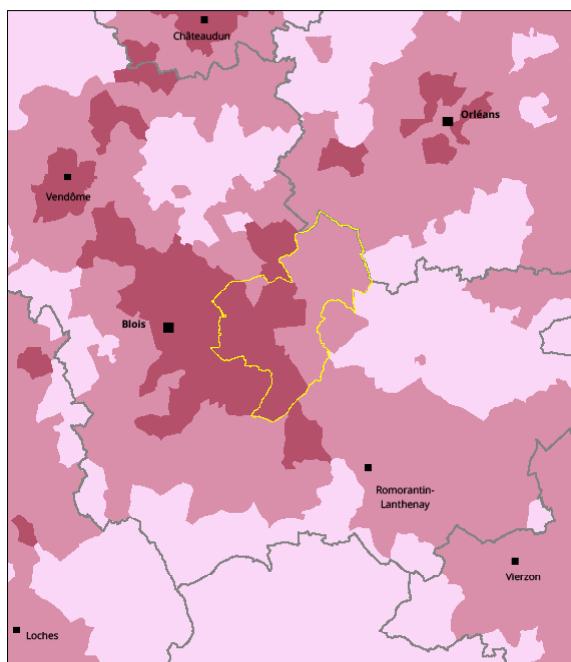
L'indicateur tient compte du niveau d'activité des professionnels dans la commune de résidence ou les communes avoisinantes et de la structure par âge de la population dans le rayon d'exercice des professionnels.

Dans les différentes cartographies réalisées, l'APL est étudiée en 4 niveaux :

- le premier niveau concerne les communes où l'APL est la plus basse (inférieure ou égale à la moitié de la moyenne nationale) ;

- le deuxième niveau regroupe les communes à basse APL (comprise entre la moitié de la moyenne nationale et la moyenne nationale incluse) ;
- le troisième concerne les communes à APL élevée (c'est-à-dire supérieure à la moyenne nationale mais inférieure ou égale au double de la moyenne nationale) ;
- le quatrième concerne les communes où l'APL est la plus élevée (supérieure au double de la moyenne nationale).

## APL AUX SAGES-FEMMES LIBÉRALES



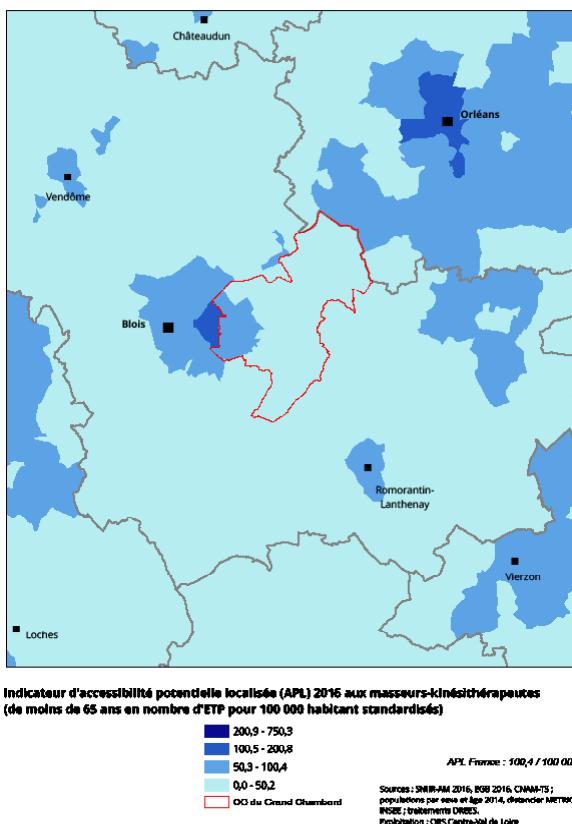
S'agissant des sages-femmes de moins de 65 ans, l'indicateur d'accès potentiel à l'équivalent temps plein est de 15 ETP pour 100 000 femmes.

Au niveau du Grand Chambord, aucune commune n'a une APL très basse. 50,0 % des communes ont des APL basses. Concernant les APL élevées, 50,0 % des communes sont concernées. Les APL les plus élevés sont relevées à Mont-Près-Chambord (20,2/100 000) et Tour-en-Sologne (20,9/100 000).

# ACCÈS À L'QUALITÉ

## POUR ENTRER DANS LA CHAÎNE DE SOINS

### APL AUX MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES LIBÉRAUX



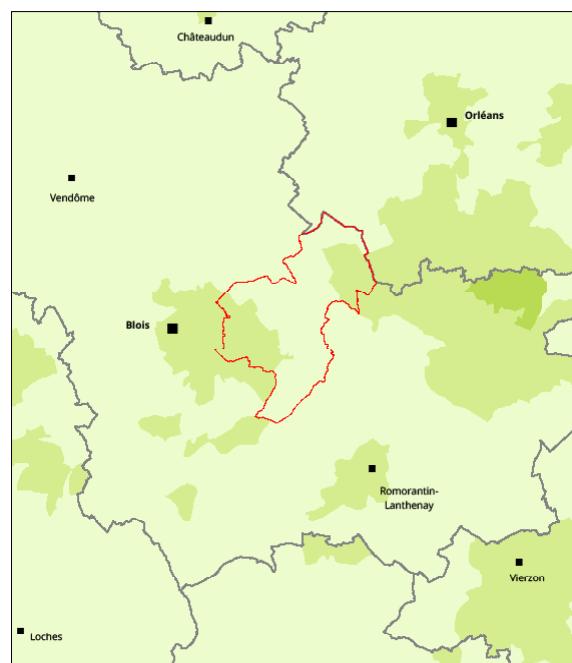
En 2016, l'accessibilité potentiellement localisée aux masseurs-kinésithérapeutes de moins de 65 ans (en nombre d'ETP accessibles pour 100 000 habitants standardisés), en France, est de 100,4.

Au sein de la CC du Grand Chambord, cette APL varie de 14,2 ETP accessibles pour 100 000 habitants à Bauzy à 72,6 à Saint-Claude-de-Diray. 81,3 % des communes ont une APL très basse ; les autres communes ont une APL basse.

### APL AUX INFIRMIERS LIBÉRAUX

En 2016, l'accessibilité potentiellement localisée aux infirmiers (en nombre d'ETP accessibles pour 100 000 habitants standardisés) en France est de 141,4 ETP.

Au sein de la CC du Grand Chambord, 68,8 % des communes ont une APL très basse, c'est-à-dire inférieure à 70,7 ETP pour 100 000 habitants. Le reste des communes a seulement une APL basse (comprise entre 70,8 et 141,4 ETP pour 100 000 habitants).



## Équipements hospitaliers sur le territoire

Selon la statistique annuelle des établissements de santé 2017, collectée par la Drees, la communauté de communes du Grand Chambord dispose d'un établissement de psychiatrie à Huisseau-sur-Cosson (57 lits ou places installées au 31/12/2017 dont 15 en psychiatrie infanto-juvénile).

L'offre sanitaire sur le département du Loir-et-Cher se compose :

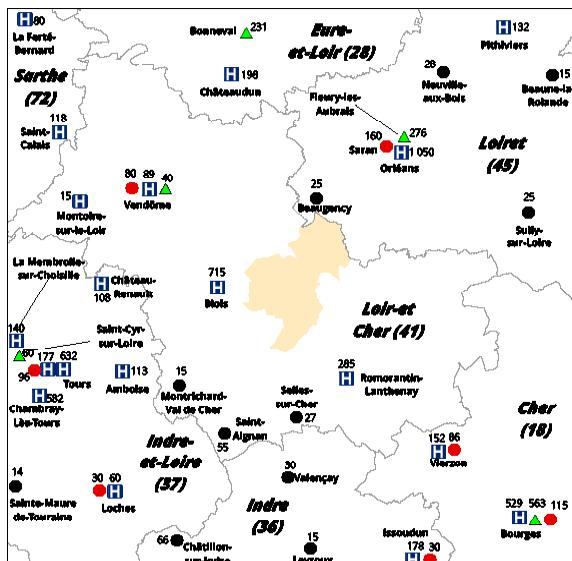
- du centre hospitalier Simone Veil de Blois ;
- des centres hospitaliers de proximité à Vendôme et Romorantin-Lanthenay ;
- des centres hospitaliers (ex hôpitaux locaux) à Saint-Aignan, Montoire-sur-le-Loir, Montrichard, Selles-sur-Cher ;
- de la polyclinique de Blois (La Chaussée-Saint-Victor) ;

- de la clinique de Vendôme ;
- des établissements de soins de suite et de réadaptation fonctionnelle à Lamotte-Beuvron, Chissay-en-Touraine, Vendôme, La Chaussée-Saint-Victor ;
- des établissements de psychiatrie de Chailles, Cour-Cheverny, Vendôme, Huisseau-sur-Cosson ;
- de l'hospitalisation à domicile à La Chaussée-Saint-Victor.

Le territoire bénéficie également de la proximité d'établissements dans les départements limitrophes, notamment avec le centre hospitalo-universitaire de Tours (Indre-et-Loire), le centre hospitalier régional d'Orléans (Loiret), etc.

# DOSSIER DE MÉTIERS DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ

## LOCALISATION DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET NOMBRE DE LITS D'HOSPITALISATION COMPLÈTE EN 2017

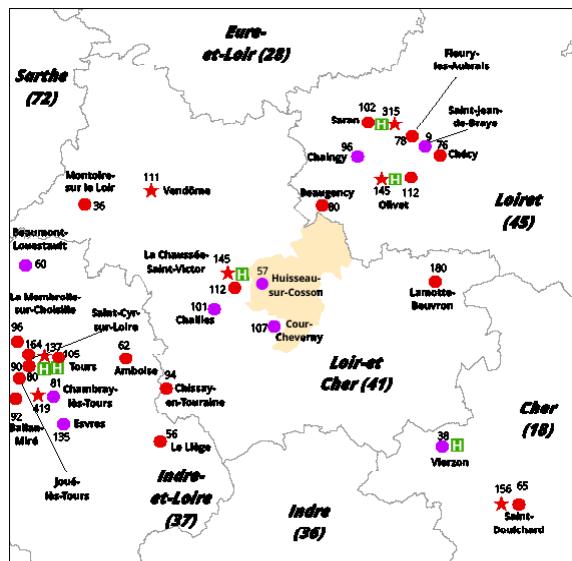


Etablissements publics de santé en 2017

- Centre hospitalier
- Centre hospitalier (ex hôpital local)
- ▲ Centre hospitalier (spécialisé en psychiatrie)
- Unité de soins de longue durée (USLD) / Service de soins de suite et de réadaptation (SSR)

De 15 à 1 050 : Lits installés en hospitalisation complète (MCO/PSY/SSR/USLD) au 31/12/2017

## LOCALISATION DES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS DE SANTÉ ET NOMBRE DE LITS D'HOSPITALISATION COMPLÈTE EN 2017



Etablissements privés de santé en 2017

- ★ Clinique / Pôle de santé / Hôpital privé
- Etablissement de psychiatrie
- Soins de suite et réadaptation fonctionnelle / Unité de soins de longue durée
- Hospitalisation à domicile (HAD)

De 9 à 315 : Lits installés en hospitalisation complète (MCO/PSY/SSR/USLD) au 31/12/2017

L'exploitation des données hospitalières (PMSI MCO 2017) révèle, pour l'année 2017, que les trois quarts des 7 670 séjours des patients domiciliés dans le territoire (zones PMSI de Saint-Laurent-Nouan, Vineuil, Mont-Près-Chambord) se sont déroulés dans le département. En effet, 44,1 % d'entre eux ont eu lieu au centre hospitalier Simone Veil de Blois, 31,7 % à la polyclinique de Blois.

13,0 % des séjours hospitaliers du territoire ont eu lieu dans l'Indre-et-Loire (CHU Bretonneau, Troussseau, Clocheville, NCT + Saint-Gatien, Pôle santé Léonard de Vinci) et 5,3 % dans des établissements du Loiret (CHRO, Oréliance). Le reste des séjours a eu lieu dans d'autres établissements.

# GUICHET D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT DES RÉCLAMATIONS EN SANTÉ

## Ressources disponibles sur le territoire

### Guichet d'accueil et d'accompagnement des réclamations en santé :

La Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a prévu, à titre expérimental, la mise en place d'un Guichet d'accueil et d'accompagnement des réclamations en santé (GAARS) pour les habitants de Loir-et-Cher et les personnes prises en charge dans ce département. En synthèse, le Guichet Santé 41 informe, oriente, facilite, accompagne et suit les demandes des usagers. Il permet de faciliter le recours en santé des usagers du système de santé. Il garantit le suivi des réclamations, plaintes ou médiations et apporte une analyse de la réponse obtenue par l'usager. C'est également un dispositif d'orientation qui permet de diriger les réclamations ou les plaintes vers la structure ou le dispositif appropriés, ou de proposer une médiation en santé.

GAARS du Loir-et-Cher  
4, rue du Gouffre  
41000 Blois  
Tél : 0801 902 216  
Mail : [contact@guichet-sante-41.org](mailto:contact@guichet-sante-41.org)

Le **réseau de prévention mains Centre** agit, au niveau régional, à 3 niveaux de prévention : la prévention primaire, secondaire et tertiaire. Ainsi la prévention primaire permet de diminuer la fréquence et la gravité des accidents. La prévention secondaire consiste en l'amélioration des prises en charge des patients et la diminution des séquelles physiques et psychologiques. La prévention tertiaire permet de lutter contre la désinsertion socioprofessionnelle.

L'association propose de la formation continue dispensée par des spécialistes, des protocoles de soins (urgences, kinésithérapie, pansements, douleur...), des outils de liaison, un soutien dans la prise en charge et l'orientation des patients avec des possibilités de soins de supports en psychothérapie, ergothérapie et sophrologie.

# OFFRE ET RECEPTION DES SOINS

## Synthèse de la rencontre avec les professionnels, les élus et les habitants

### Offre de soins

#### Une faible démographie médicale qui nécessite la mobilité des populations

La démographie médicale constitue une problématique non négligeable pour le territoire comme de façon générale pour la région et le département. L'accès au médecin traitant, premier recours essentiel, est de moins en moins facile sur certaines parties du territoire. Pour les habitants des communes proche de Blois, comme Mont-Près-Chambord, peu de difficultés sont rencontrées. Les délais de rendez-vous ont néanmoins tendance à s'allonger pour certains patients qui ne souffrent pas d'une pathologie en situation aigüe.

*Professionnel : « Ne serait-ce que le médecin généraliste, il y a quasiment 10 jours de délais. »*

*Professionnel : « [au contraire] si on a un problème aigu, ce matin, on téléphone il y a un rendez-vous dans la journée. »*

Dès qu'on s'éloigne de l'agglomération de Blois et des principaux pôles du territoire, la situation est plus complexe et quelques déplacements sont souvent nécessaires. En effet, la plupart des médecins traitants n'acceptent plus de nouveaux patients, ce qui impacte les habitants installés sur le territoire ces dernières années et ceux dont le médecin arrête son activité. Cela se traduit parfois par une sollicitation des services d'urgence (particulièrement dans les périodes de congés), par les personnes qui ne trouvent pas d'autres solutions de prise en charge rapide.

Quant aux habitants dont la mobilité est réduite, pour des raisons financières ou physiques (situation de handicap, perte d'autonomie), ils ont affaire à un nombre restreint de médecins qui acceptent les déplacements au domicile.

*Habitant : « Moi je suis arrivé il y a 3 ans et demi. On a cherché un médecin, donc un couple avec 3 enfants, on n'a pas pu nous prendre. On a fait 5 médecins différents. Et sur les 5 médecins, on nous a répondu « bah non, on a notre quota de patients, on ne peut pas en prendre plus, déjà on n'est pas nombreux niveau médecins, donc vous gardez votre médecin traitant qui est sur Tours ». Donc bah à chaque fois, on va sur Tours. »*

*Professionnel : « Les nouveaux étudiants ils ne sont pas du tout branchés sur cette histoire de visite à domicile. Les maisons de*

*santé maintenant, celui qui fait les visites à domicile, c'est le vieux médecin, celui qui va partir. »*

Cette difficulté à trouver un nouveau médecin traitant est surtout pénalisante pour des populations âgées en perte d'autonomie, à domicile ou en Ehpad, car les structures ne disposent pas toujours de personnel salarié pour les problématiques médicales. Au domicile, les services à domicile sont de plus en plus sollicités pour des prestations de transport jusqu'au cabinet des médecins.

*Professionnel : « Mes médecins sont salariés c'est une vraie chance aujourd'hui, je sais que pour les autres Ehpad où ce sont les médecins traitants qui interviennent, mes collègues directeurs et infirmières ont un vrai problème (...) si les résidents n'ont pas leur médecin traitant. Ils n'ont pas de médecin et là c'est une vraie problématique, parce que les médecins aujourd'hui sur le territoire, ils sont déjà surchargés ils ne peuvent pas prendre de nouveaux résidents. »*

La situation risque à l'avenir de s'aggraver, car une partie des médecins est âgée et va partir en retraite dans les prochaines années sans que leur remplacement ne soit toujours assuré. Les difficultés de remplacement sont liées à la limitation passée du numerus clausus, à l'éloignement des universités de formation, au besoin d'un travail qualifié pour le conjoint et à la tendance de la nouvelle génération à privilégier les activités salariées, au moins pour leurs premières années d'exercice. Les jeunes générations de médecins qui s'installent ont aussi généralement un temps de travail moins important que les anciens : d'une part, la profession s'est féminisée et les femmes restent encore beaucoup aujourd'hui en charge de leurs enfants et de leur foyer. D'autre part, c'est une aspiration globale des jeunes générations de professionnels libéraux (hommes et femmes) à un meilleur équilibre entre le temps de travail et la vie privée.

*Professionnel : « Ce qu'on n'ose pas dire, c'est la féminisation de la médecine, du coup, il faut deux femmes pour faire le travail d'un seul homme qui rentre tard, s'occupe pas trop des enfants et voilà c'est réel. »*

*Professionnel : « Ils ont 26, 27 ans, ils ont des conjoints qui ont fait des études supérieures et qui sont tous, maintenant c'est plus le truc où on prenait le téléphone, ça s'est fini, et donc il faut trouver du travail, et c'est ça qui est... pas pour tous, mais pour 50%.. fait qu'ils ont un peu de mal à venir chez nous. »*

# OFFRE ET REQUISITES POUR LES SOINS

## Difficultés pour les spécialistes et la plupart des paramédicaux

Si les soins courants peuvent être réalisés par des professionnels exerçant sur le territoire, la plupart des examens et des spécialités médicales nécessitent un déplacement sur l'agglomération de Blois, sur laquelle les habitants peuvent être amenés à faire des déplacements, pour des raisons professionnelles ou personnelles. Selon les spécialités, il est parfois nécessaire de se rendre à Tours, Orléans ou même Paris pour obtenir des délais de rendez-vous raisonnables. Cette solution représente néanmoins un coût important car ces déplacements ne peuvent être pris en charge que dans certaines conditions par l'Assurance maladie (par exemple, pour les patients en ALD, seuls les transports pour les consultations en rapport direct avec l'affection sont pris en charge) et tous les professionnels ne se montrent pas favorables à la délivrance de bons de transport. Concernant les paramédicaux, le territoire manque globalement de professionnels, à l'exception des infirmiers et des kinésithérapeutes. Les difficultés pour obtenir des soins dentaires et orthophoniques sont particulièrement pointées.

*Professionnel : « Ou ils vont loin, ils vont à Amboise pour un ophtalmo, à Paris pour une IRM... et là du coup ils doivent trouver le train, et trouver le train pour revenir le soir. »*

*Conseil développement : « On se rend compte au niveau santé que c'est même plus la proximité de l'agglomération qui est importante, c'est la proximité de la métropole... On va encore plus loin, un IRM c'est très très long pour l'avoir sur Blois, et il faut aller beaucoup plus loin pour l'avoir rapidement. »*

*Conseil développement : « Dans notre secteur de Mont-Près-Chambord, on a des médecins, ça il n'y a pas de souci. C'est tout ce qui est paramédical, orthophonie, ergothérapeute, psychomotricien, on n'a pas. »*

*Conseil développement : « Ça se dégrade, on n'a plus de dentiste par exemple, il y a plein de gens qui n'ont plus de dentiste, il y a beaucoup de spécialistes qui... Et on ne mesure pas encore les effets, là ça se dégrade et de façon rapide. »*

Plusieurs pistes d'amélioration de la situation de l'offre de soins ont été évoquées. Certaines ne relèvent pas de solutions locales : ainsi les acteurs restent bien conscients qu'il sera délicat d'attirer les médecins tant qu'il y aura un manque global au niveau national. Pour cela, l'augmentation du numerus clausus doit être accompagnée d'une augmentation des moyens en formation des facs de médecine.

Au niveau local, pour favoriser l'installation de nouveaux médecins et professionnels paramédicaux et/ou leur maintien sur le territoire, le principe du regroupement

dans des locaux semble incontournable. Ces locaux, qui peuvent également intégrer d'autres professionnels du secteur social et associatif, facilitent la communication entre professionnels, ainsi que les trajets de la population vers ces pôles. Ces structures sont aussi un lieu favorable pour la mise en place de la délégation de tâches qui peut être faite entre médecins et infirmiers. Les modes d'exercice regroupés sont aussi plus favorables à l'intégration de projets de prévention que les médecins isolés ont du mal à investir ayant globalement moins de temps à accorder aux patients en dehors des situations aigües.

Néanmoins, les acteurs attirent l'attention sur la nécessité de s'appuyer sur les volontés préexistantes et les premiers regroupements à l'œuvre, au risque sinon de monter des structures qui n'attireront pas durablement les professionnels de santé.

*Conseil développement : « L'avenir est quand même à l'exercice groupé, je prends l'exemple de Saint George-sur-Cher. Il y a beaucoup de médecins qui sont de Tours et qui viennent travailler à Saint George-sur-Cher parce qu'il y a une organisation locale qui leur permet de se libérer, d'avoir une vie à peu près personnelle possible et ça c'est parce qu'on a créé les structures et les moyens de fonctionnement qui le permettent. »*

De façon concomitante ou complémentaire, les 2 MSAP actuellement en projet sur le Grand Chambord accueilleront à l'avenir un grand nombre d'institutions qui permettront à la population d'y réaliser la plupart des démarches administratives et des demandes d'aide (Caf, MDCS, MSA, CPAM, impôts...). Au sein de celles-ci pourraient intervenir d'autres professionnels, sur le champ de la santé, de la prévention, de l'éducation ...

## Coordination

Dans un contexte global de baisse ou de stagnation des financements publics, les acteurs rencontrés s'accordent à dire qu'il est nécessaire de faire évoluer leurs pratiques professionnelles pour mieux les coordonner et utiliser pleinement les ressources disponibles au niveau local. Les collaborations interprofessionnelles sur le territoire sont plutôt bonnes mais encore étroitement dépendantes des volontés individuelles.

*Professionnel : « La communication passe bien, enfin passe, souvent plutôt, pas de façon institutionnelle dans un premier temps. Plutôt voilà, des connaissances qui font qu'ils se mettent en relation mais institutionnellement, je pense qu'il n'y a pas de communication. »*

*Professionnel : « Quand les acteurs de terrain ont envie de travailler ensemble, ils travaillent ensemble mais ce ne sont pas les institutions qui réunissent les acteurs de terrain. Ça marche quand les acteurs ont envie de travailler ensemble. »*

# OPÉRATION ET DÉCOUVERTE AUX SANTÉS

Certains acteurs travaillent bien ensemble au niveau médical, par exemple sur le champ de l'addiction, avec des réunions de synthèses autour de patients en difficulté. Des organisations similaires pour réunir différents professionnels dans d'autres secteurs sanitaires, mais aussi dans le secteur social, pourrait aider le traitement de certaines situations. De ce fait, les usagers ne bénéficient pas toujours de l'ensemble des ressources et aides qui existent sur le territoire et à proximité, par manque de connaissance et de coordination.

*Professionnel : « Je pense qu'il y a certains parents, s'ils étaient accompagnés par quelqu'un, pourraient très bien plus facilement aller réclamer de l'aide à droite et à gauche mais ils n'ont pas de points de référence, ils sont tous seuls. »*

*Professionnel : « C'est une des choses qui pourrait être mise en place. La même chose dans le social où quand je rencontre des mamans en difficultés, il faut que je puisse l'accompagner soit vers la puéricultrice, soit vers l'assistante sociale, soit vers la gendarmerie s'il y a de la violence... Là, à l'heure actuelle, je ne sais pas à qui m'adresser. »*

Si les acteurs ne se connaissent pas suffisamment, ni dans la nature des missions ni dans l'organisation de leurs activités respectives, c'est en partie parce que le travail de partenariat reste insuffisamment reconnu et valorisé, et se limite à des collaborations dépendantes des situations particulières.

*Professionnel : « Quand nous on se déplace au sein de l'EN pour faire du lien, c'est pas forcément pris en compte. »*

*Professionnel : « Moi j'interviens sur tout le sud du département, je ne connais pas ce qui est propre à chaque petite commune non plus. Plus on travaillera ensemble, d'une situation, on s'en rappelle et puis on peut reprendre ces idées-là enfin ce qui fonctionne bien. »*

*Professionnel : « Après on a quand même le sentiment sur le territoire qu'il y a des choses mais chacun bricole un peu dans son coin avec les moyens qu'il a. »*

# GLOSSAIRE

**Admission en affection de longue durée (ALD)** : en cas d'affection comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le Code de la Sécurité sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections dites « longue durée » (ALD) est établie par décret. La liste actuelle porte sur 30 affections ou groupes d'affections.

**Allocataire à bas revenu** : allocataire ayant son revenu par unité de consommation (RUC) inférieur à 60 % du revenu médian par unité de consommation (UC) de la population (hors 65 ans et plus). Le RUC correspond au revenu mensuel divisé par le nombre d'UC (les membres du foyer sont pondérés par des coefficients : 1 pour l'allocataire, 0,5 pour une personne de 14 ans ou plus supplémentaire, 0,3 pour un enfant de moins de 14 ans et 0,2 pour les familles monoparentales).

**Allocation aux adultes handicapés (AAH)** : allocation attribuée à toute personne âgée de 20 ans ou plus qui présente une incapacité permanente d'au moins 80 % ou qui est reconnue dans l'impossibilité de travailler par la CDAPH (Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées) lorsque son incapacité permanente est comprise entre 50 et 80 %. Elle est accordée sous conditions de ressources. C'est une allocation subsidiaire. Les bénéficiaires peuvent exercer une activité, soit en milieu ordinaire, soit en milieu protégé.

**Allocation personnalisée d'autonomie (Apa)** : prestation attribuée aux personnes âgées en perte d'autonomie en vue de solvabiliser les besoins préconisés dans un plan d'aide personnalisée élaboré par une équipe médico-sociale. L'Apa peut être versée directement aux bénéficiaires ou aux structures professionnelles (services d'aide à domicile, établissements...) mettant en oeuvre ce plan d'aide.

**ALSH** : Accueil de loisirs sans hébergement

**Anpaa** : Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie

**Apleat** : Association pour l'écoute et l'accueil en addictologie et toxicomanie

**Association de service à domicile (ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural)** : associations offrant différentes prestations permettant le maintien à domicile des personnes : aide à la vie quotidienne (ménage, repas, repassage, courses...), accompagnement dans les démarches (budget, relation avec les organismes...), relais pour maintenir un équilibre familial lors des difficultés passagères (naissance, maladie, décès...) et aide à l'insertion sociale et éducative (suivi scolaire, activités ludiques...). Ces types d'interventions peuvent être pris en charge par les caisses d'allocations familiales ou le Conseil départemental. La fédération ADMR est agréée « services aux personnes ».

**Caarud** : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues

**Caf** : Caisse d'allocations familiales

**Camsp** : Centre d'action médico-sociale précoce

**CATTP** : Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel

**CCAS** : Centre communal d'action sociale

**CCDC** : Centre de coordination des dépistages des cancers

**CDAG** : Centre de dépistage anonyme et gratuit

**CeGIDD** : Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (= CDAG + CIDDIST)

**Centres locaux d'information et de coordination (Clic)** : sous ce label, sont installés des guichets qui ont pour mission :

- l'accueil, l'écoute, l'orientation et l'information des personnes de plus de 60 ans, de leur famille et des professionnels ;
- l'évaluation des besoins, l'aide à la mise en place de réponses concrètes et adaptées aux situations, le suivi, la coordination

Les objectifs des CLIC sont :

- d'apporter une réponse globale aux besoins des personnes âgées dépendantes, fragiles ou en perte d'autonomie ;
- de permettre le soutien à domicile, l'accès à une filière de soins gériatriques, de favoriser le retour à domicile ou d'aider à l'entrée en institution ;
- de prévenir les situations de dépendance et de crise et d'assurer une mission de veille et d'alerte afin d'éviter les ruptures de prise en charge ;
- de renforcer l'efficience des prestations et des moyens mis en oeuvre.

# GLOSSAIRE

**CESC** : Centre d'éducation à la santé et à la citoyenneté

**CH** : Centre hospitalier

**CHIC** : Centre hospitalier inter communal

**Ciddist** : Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles

**CIDFF** : Centre d'information sur les droits des femmes et des familles

**CMP** : Centre médico-psychologique.

**CMPP** : Centre médico-psycho-pédagogique

**Couverture maladie universelle (CMU)** : dispositif qui garantit à tous une prise en charge des soins par un régime d'assurance maladie et qui comporte deux volets : la CMU de base et la CMU complémentaire. La couverture maladie universelle de base permet l'accès à l'assurance maladie pour toutes les personnes résidant en France de manière stable et régulière depuis plus de trois mois et qui n'ont pas droit à l'assurance maladie à un autre titre (activité professionnelle etc.). La CMU complémentaire permet de fournir une couverture complémentaire gratuite à toute personne résidant en France de manière stable et régulière, sous conditions de ressources fixées par décret.

**CPEF** : Centre de planification ou d'éducation familiale

**Csapa** : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

**Ehpad** : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

**Elsa** : Équipe de liaison et de soins en addictologie

**Esat** : Etablissement et service d'aide par le travail

**GES** : Gaz à effet de serre

**Grille AGGIR (autonomie gérontologique groupe iso-ressources)** : grille qui classe les personnes âgées en 6 niveaux de perte d'autonomie à partir du constat des activités ou gestes de la vie quotidienne réellement effectués ou non par la personne. Le 1<sup>er</sup> niveau comprend les personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotive et sociale et le 6<sup>ème</sup>, les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie quotidienne.

**Hospitalisation à domicile (HAD)** : l'hospitalisation à domicile s'adresse à des personnes dont la situation ne nécessite plus d'hospitalisation. Ce dispositif permet d'assurer la prise en charge globale et continue du patient chez lui et d'effectuer les soins techniques hospitaliers ou d'accompagnement dont il a besoin : pansements complexes, perfusions veineuses, soins de sonde, traitement de la douleur, soins palliatifs. L'admission en hospitalisation à domicile se fait à la demande du médecin.

**IME** : Institut médico-éducatif

**Indice de masse corporelle (IMC)** : mesure de référence internationale égale au poids (en kg) sur le carré de la taille (en mètre).

**IST** : Infection sexuellement transmissible

**IVG** : Interruption volontaire de grossesse

**MDPH** : Maison départementale des personnes handicapées

**MDS** : Maison départementale de la solidarité

**MFPF** : Mouvement français pour le planning familial

**Mortalité infantile** : nombre de décès d'enfants de moins d'un an pour 1 000 naissances vivantes

**Mortalité prématuée** : ensemble des décès survenant avant 65 ans

**PCH** : Prestation de compensation du handicap

**Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)** : dispositif faisant partie de la réforme du système de santé français ayant pour but la réduction des inégalités de ressources entre les établissements de santé (ordonnance du 24/04/1996) sur la réforme de l'hospitalisation. Afin de mesurer l'activité et les ressources des établissements, il est nécessaire de disposer d'informations quantifiées et standardisées, le PMSI.

**Rased** : Réseau d'aides spécialisées aux élèves en difficulté

**Réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (Reaap)** : les Reaap permettent la mise en réseau d'actions visant à conforter, à travers le dialogue et l'échange, les compétences des parents et la mise en valeur de leurs capacités dans le respect et le soutien. Ils sont, par ailleurs, un cadre de partenariat entre les différentes institutions et associations intervenant dans le champ de la parentalité.

**Revenu de solidarité active (RSA)** : allocation qui complète les ressources initiales du foyer pour qu'elles atteignent le niveau d'un revenu garanti (si elles sont inférieures à ce dernier). En juin 2009, la réforme du revenu de solidarité active (RSA) modifie le système en place : en Métropole, le RSA se substitue au revenu minimum d'insertion (RMI), à l'allocation de parent isolé (API) ainsi qu'aux dispositifs d'aide à la reprise d'emploi qui leur sont associés. Le RSA est une prestation « hybride » assurant à la fois une fonction de minimum social (RSA socle) et de complément de revenu pour les travailleurs vivant dans des foyers aux revenus modestes (RSA activité). Dans les départements d'outre-mer, la mise en place du RSA est prévue ultérieurement et le RMI et l'API restent en vigueur.

**SAAD (ou SAD)** : Services d'aide et d'accompagnement à domicile assurent des prestations de services ménagers et d'aide à la personne pour les activités ordinaires et les actes essentiels de la vie quotidienne (aide à la toilette, aide à la prise des repas, courses...)

**SASF** : Service d'aide et de soutien aux familles

**SAVS** : Service d'accompagnement à la vie sociale

**SEP** : Sclérose en plaques

**Service de soins infirmiers à domicile (Ssiad)** : service ayant pour objet de prévenir ou de différer une hospitalisation ou une institutionnalisation, ou à l'inverse de rendre possible un retour au domicile plus rapide et dans de meilleures conditions suite à une hospitalisation. Le Ssiad est destiné aux personnes de 60 ans et plus, malades ou dépendantes, ainsi qu'aux moins de 60 ans présentant un handicap ou une maladie chronique (décret du 24 juin 2004). Le Ssiad apporte des services en matière de santé.

**Sessad** : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile

**SSR** : Soins de suite et de réadaptation

**Taux comparatif de mortalité** : le taux comparatif de mortalité, ou taux standardisé direct, est défini comme le taux que l'on observerait dans la région et dans les cantons si ses différents échelons géographiques avaient la même structure par âge que la population de référence. Les taux comparatifs de mortalité éliminent les effets de la structure par âge et autorisent les comparaisons entre les sexes et les échelons géographiques.

**UAD** : Unité d'autodialyse assistée

**UFSBD** : Union française pour la santé bucco-dentaire

**Unafam** : Union nationale de familles et amis de personnes de personnes malades et/ou handicapées psychiques

**VIH** : Virus de l'immunodéficience humaine

# CODAGE DE L'ÉCART DÉATH DÉS PHATHOLOGIES DES MORTS

**Cancers** : C00 à C97 en diagnostic principal et relié

- Cancer du sein : C50 en diagnostic principal et relié
- Cancer de la prostate : C61 en diagnostic principal et relié
- Cancer du poumon : C33, C34 en diagnostic principal et relié
- Cancer colorectal : C18 - C20 en diagnostic principal et relié

**Maladies de l'appareil circulatoire** :

- Cardiopathies ischémiques :
  - I20 – I25 en diagnostic principal
  - Exclusion des séjours sans nuitée dont l'issue était un retour à domicile (hospitalisation de jour) et exclusion des séjours de moins de 2 jours avec mode de sortie par transfert, pour éviter les doublons de séjour avec DP d'infarctus.

**Maladies de l'appareil respiratoire** :

- Asthme : J45, J46 en diagnostic principal
- BPCO (indicateur strict) :
  - J44.0 ou J44.1 en diagnostic principal,
  - J960 en diagnostic principal et J44 ou J43 en diagnostic associé,
  - J10-J18, J20-J22 en diagnostic principal et J43 ou J44 en diagnostic associé,
  - J43 ou J44 en diagnostic principal et J10-J18, J20-J22 ou J960 en diagnostic associé.
  - Exclusion des séjours de moins de 2 jours dont l'issue n'est pas le décès.

**Diabète** :

- E10, E11, E12, E13, E14 en diagnostic principal et relié
- G59.0, G63.2, G73.0, G99.0, H28.0 en diagnostic principal et relié, E10, E11, E12, E13, E14 en diagnostic associé
- H36.0, I79.2, L97, M14.2, M14.6, N08.3 en diagnostic principal et relié

**Complications liées à l'alcool** : en diagnostic principal, relié ou associé

- Hospitalisation pour dépendance alcoolique : racine GHM 20Z04
- Hospitalisation pour complication liée à l'alcool : F10 en diagnostic associé
- Hospitalisation pour intoxication alcoolique aigüe : racine GHM 20Z05

**Tentative de suicide (certaine)** : X60 - X84 en diagnostic associé



Observatoire régional de la santé du Centre-Val de Loire  
14 avenue de l'Hôpital  
CS 86709  
45067 Orléans Cedex 2  
[www.orscentre.org](http://www.orscentre.org)



Agence régionale de santé du Centre-Val de Loire  
Cité Coligny  
131 rue du Faubourg Bannier  
BP 74409  
45044 Orléans Cedex 1  
[www.ars.centre.sante.fr](http://www.ars.centre.sante.fr)



Mairie de Celon  
11 rue de l'Église  
36200 Celon



Caisse d'allocations familiales  
du Loir-et-Cher  
6 rue Louis Armand  
41000 Blois  
[www.caf.fr](http://www.caf.fr)