

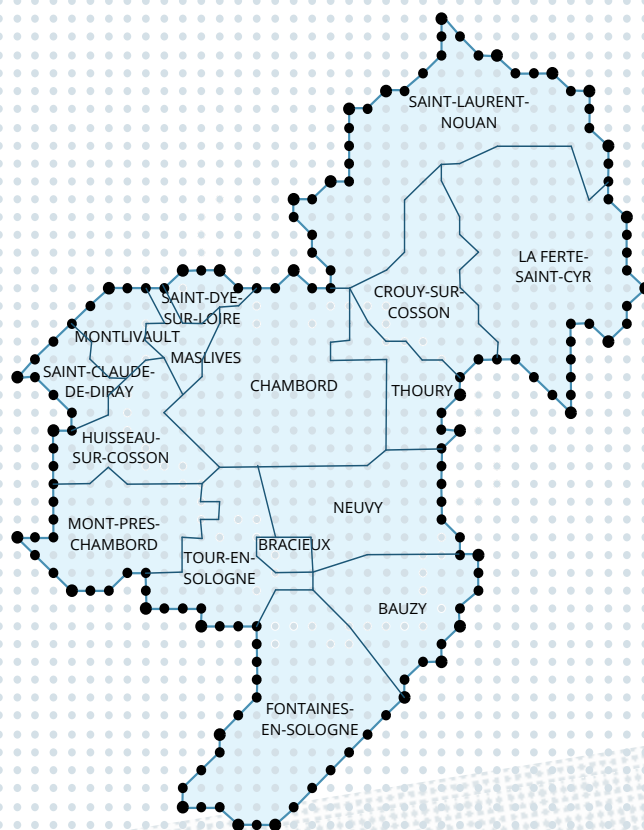
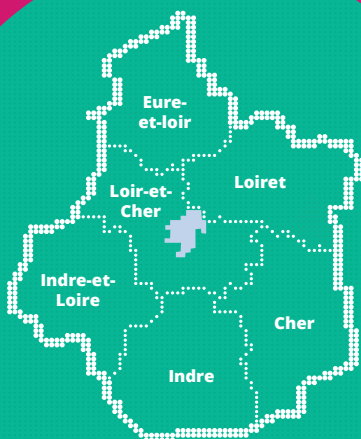
DIAGNOSTIC LOCAL DE SANTÉ

en vue de l'élaboration du Contrat Local de Santé

SYNTHÈSE DU RAPPORT

INDICATEURS
SANITAIRES,
MÉDICO-SOCIAUX
ET SOCIAUX

GRAND CHAMBORD



CONTENU

Présentation du diagnostic	3
Synthèse de l'étude	4
Caractéristiques du territoire et démographie	4
Santé environnement	5
État de santé.	6
Santé de la mère et de l'enfant	6
Situation de handicap	7
Santé mentale.	8
Maladies chroniques	9
Vieillessement de la population	10
Addictions et conduites à risque	11
Offre de soins	12
Recommandations	13
Méthodologie	15
Remerciements	16
Glossaire	17

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.

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 km², soit une densité de population de 47,5 habitants au km². 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.

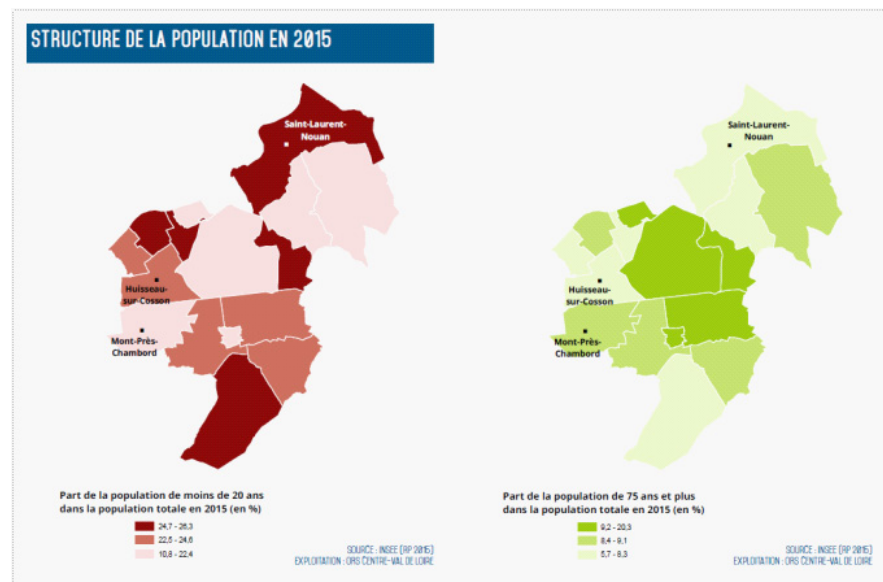
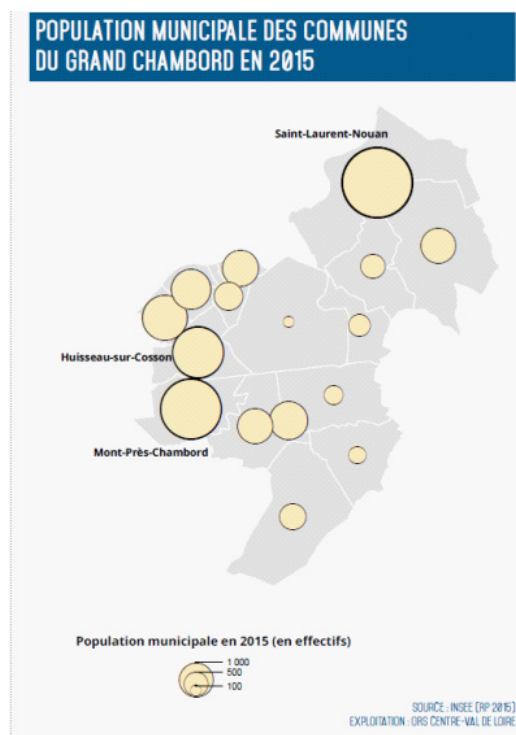
La population y est en moyenne plus jeune que sur le département et la région, avec à la fois une part plus forte de jeunes et une part plus faible de personnes âgées. La population du territoire est surtout plus jeune que sur d'autres territoires ruraux. Cela s'explique en partie par la proximité de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

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 dans les agglomérations. La centrale nucléaire constitue une exception, elle est une source de revenus importante et draine avec elle un ensemble d'activités économiques secondaires. Si le Grand Chambord a néanmoins connu une croissance de l'emploi d'environ 6 % entre 2007 et 2012 (300 postes), les 2/3 des emplois créés au cours de ces années l'ont été à Saint-Laurent-Nouan, qui concentre 38 % des emplois du territoire et apparaît comme son principal moteur



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 milieux 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 néanmoins 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 inférieures 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.

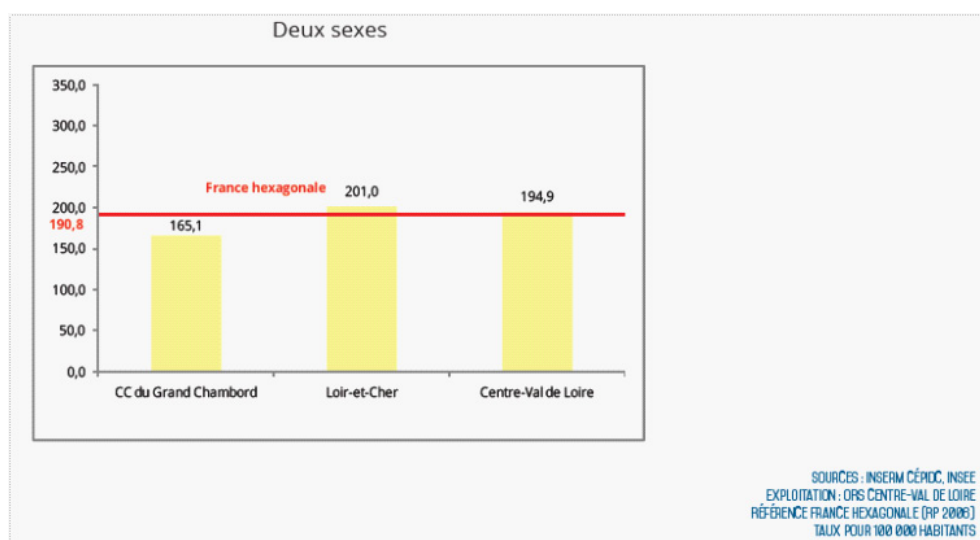
État de santé

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



que la mise en place de l'allaitement au moment du certificat de santé du 8^{ème} 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.

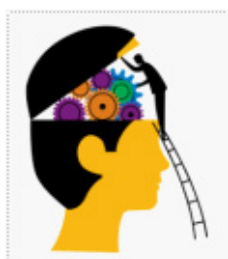
Pour les personnes adultes, il est relevé que celles en situation de handicap moteur évoluent dans un environnement et un urbanisme inadapté à la mobilité en fauteuil ou avec un déambulateur. Cette vie en milieu ordinaire, avec un domicile autonome, nécessite aussi un meilleur accès à l'information quant 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^{er} 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.

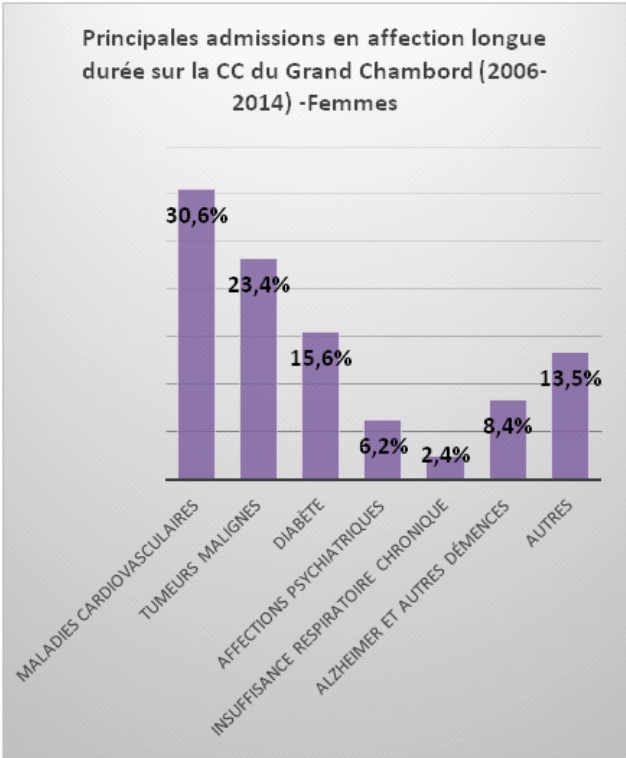
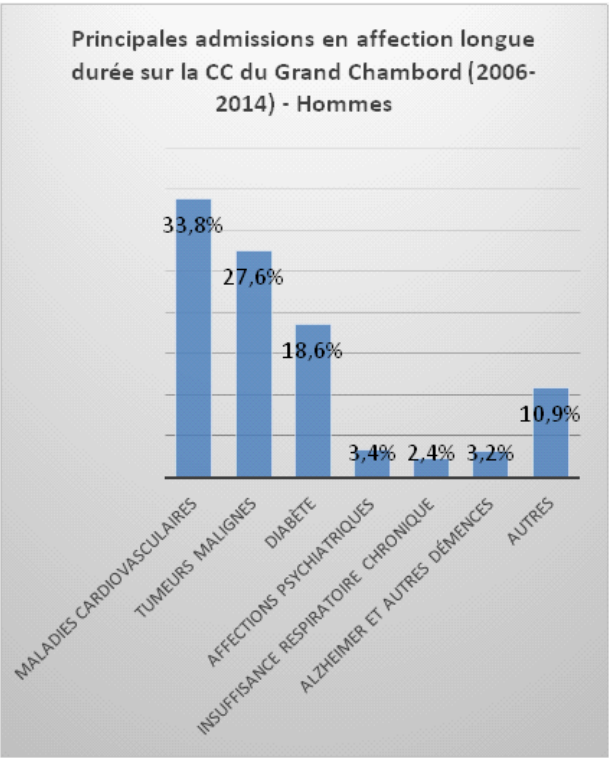
Certains secteurs ruraux du territoire semblent associés à des problématiques de souffrance psychique plus marquées. Sur ces territoires résident notamment des personnes âgées isolées et des populations nouvellement installées issues de zones urbaines, généralement peu aisées. Celles-ci sont venues en 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 leurs 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

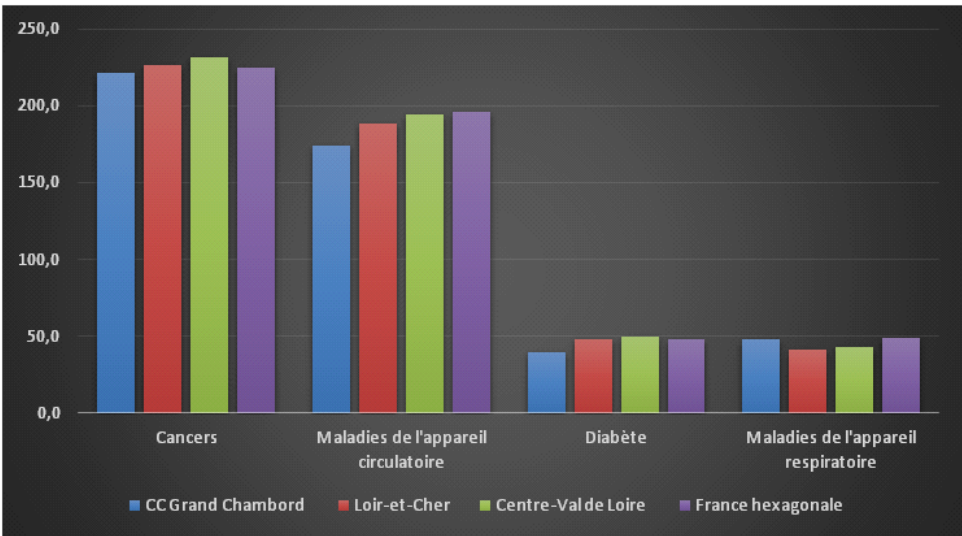
principalement situées sur Blois, même si des premiers contacts avec les jeunes sont possibles au niveau local. La prise en charge des jeunes à la MDA ou à la mission locale nécessite donc souvent l'accompagnement physique par leurs parents, ce qui peut constituer parfois un frein.

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



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.

Vieillesse 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 du 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

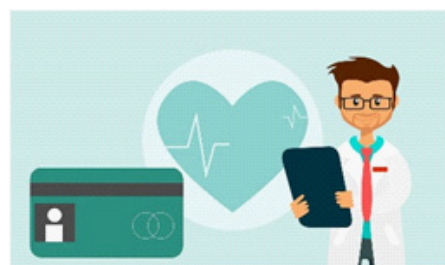


beaucoup de familles à économiser au maximum tant que le maintien à domicile est possible et à différer le recours à toute aide qui représente un quelconque coût. Cette situation est maintenue jusqu'à un accident, une hospitalisation, où il est alors difficile de modifier tout l'environnement et l'accompagnement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

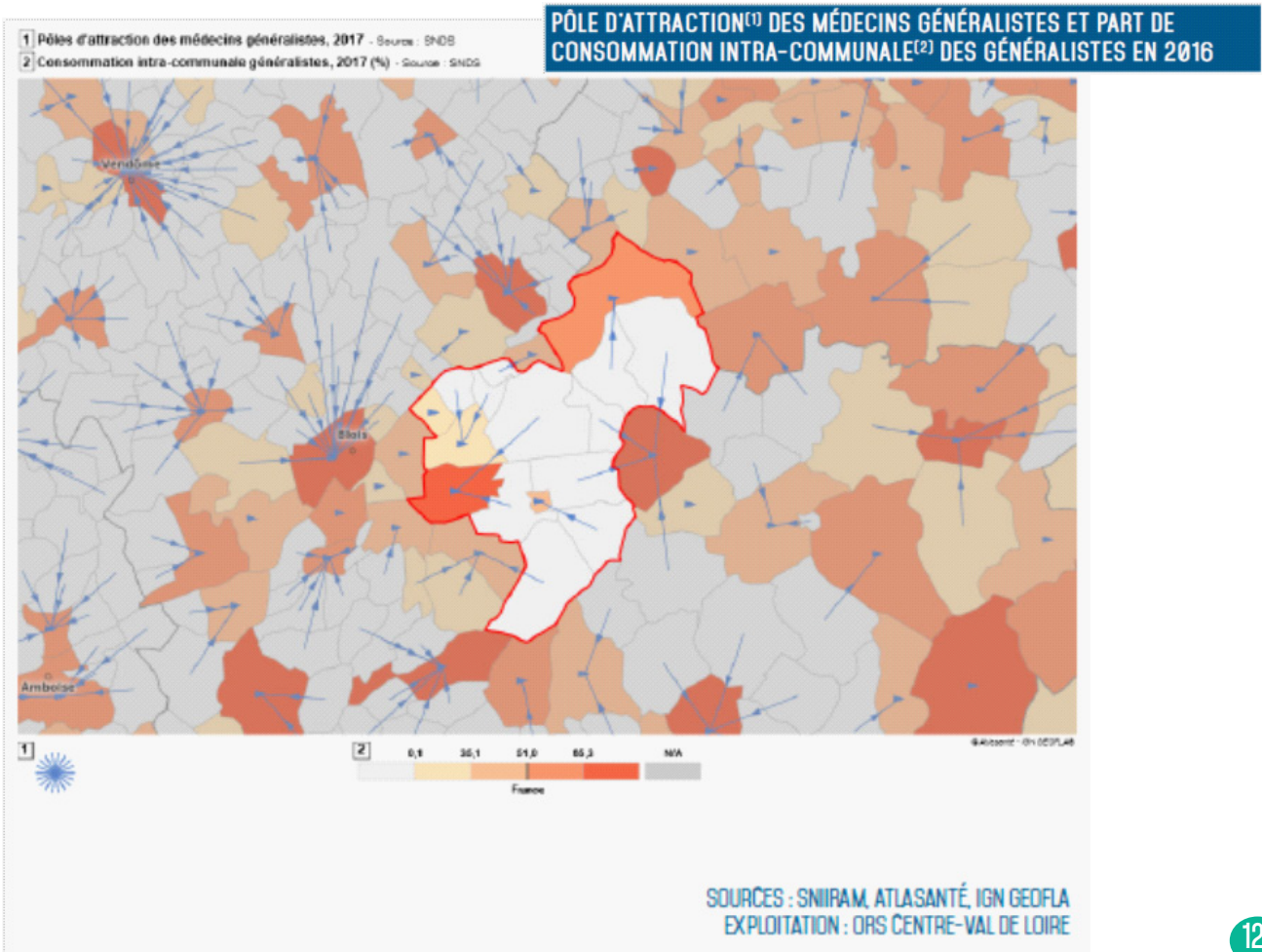
les cigarettes électroniques depuis quelques temps. De façon cohérente avec cet usage banalisé, l'effet nocif des drogues et du cannabis en particulier n'est pas aussi bien reconnu que pour l'alcool. Les jeunes hommes et femmes n'ont pas une conscience claire des risques de maladie et des impacts pour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



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, MDCS, 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

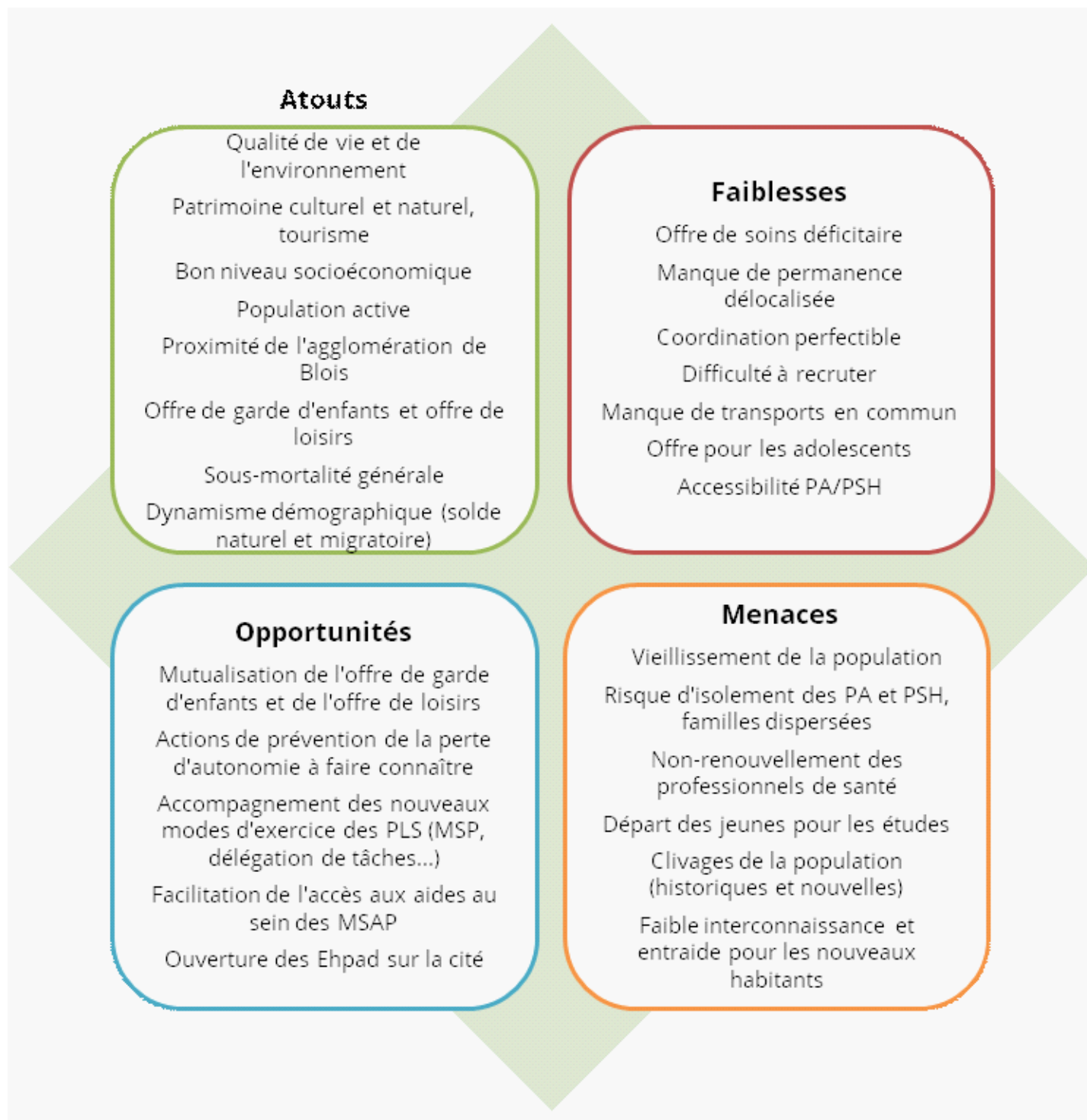
- Développer les lieux d'accueil/de rencontres des jeunes parents
- Harmoniser au sein du Grand Chambord l'offre de services petite enfance/enfance jeunesse

3- Accès aux services et aux droits

- 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



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 au 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 PRÉVENTION** 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.

REMERCIEMENTS

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 Neuzy
- 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
- MmeDEPROUW, 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"

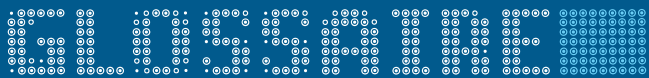
JEUDI 17 OCTOBRE 2019

- 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 DAESSLE, 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



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

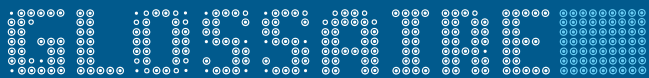
CCDC : Centre de coordination des dépistages des cancers

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'efficacité des prestations et des moyens mis en oeuvre.



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^{er} niveau comprend les personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotive et sociale et le 6^{ème}, 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).

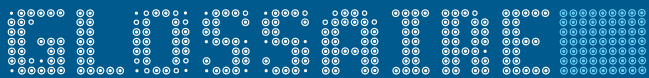
IST : Infection sexuellement transmissible

IVG : Interruption volontaire de grossesse

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

MDS : Maison départementale de la solidarité

MFPP : Mouvement français pour le planning familial



Mortalité infantile : nombre de décès d'enfants de moins d'un an pour 1 000 naissances vivantes

Mortalité prématurée : 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 malades et/ou handicapées psychiques

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine



Observatoire régional de la
santé du Centre-Val de Loire
14 avenue de l'Hôpital
CS 86709
45067 Orléans Cedex 2
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



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