

# Diagnostic santé social de la communauté de communes du Pays Loudunais

DOCUMENT REALISE DANS LE CADRE DE L'ELABORATION DU  
CONTRAT LOCAL DE SANTE

Une étude de l'Observatoire Régional de la Santé de Nouvelle-Aquitaine





Ce diagnostic santé-social constitue l'une des étapes préalables à la mise en place d'un futur contrat local de santé (CLS) sur le territoire de la Communauté de communes du Pays Loudunais (CCPL). Ce travail doit permettre aux acteurs locaux de mieux appréhender les problèmes de santé (au sens large) constatés sur le territoire et de se les approprier afin de mettre en place ou soutenir des actions adaptées dans le cadre du CLS. L'Observatoire régional de la santé Nouvelle-Aquitaine (ORS N-A) a été chargé de la réalisation de ce diagnostic qui est financé par l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine (ARS N-A) et la CCPL.

Ce diagnostic s'appuie d'une part sur le recueil et l'analyse d'indicateurs quantitatifs (caractéristiques socio-économiques de la population, indicateurs de mortalité et de morbidité, offre et recours aux soins et aux dispositifs de prévention, offre de services, offre médico-sociale, environnement et santé) et d'autre part sur des entretiens menés auprès d'acteurs clés du territoire des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux (voir fiche méthode et définitions). Cette approche qualitative vise à déterminer les problèmes de santé à prendre en compte de manière prioritaire, à identifier les principaux déterminants de santé et à repérer les actions existantes et les partenariats mis en place autour de la santé.

Les résultats de cette double approche quantitative et qualitative seront le support d'un processus de concertation large associant l'ensemble des acteurs œuvrant au sein de la CCPL et pouvant contribuer à améliorer la santé des habitants et à réduire les inégalités sociales de santé. Cette concertation devra permettre de structurer et de hiérarchiser les axes de travail du CLS et aboutir *in fine* à la définition d'actions à mettre en place dans ce cadre.

L'ORS Nouvelle-Aquitaine tient à remercier :

- L'ensemble des producteurs de données ayant accepté d'alimenter ce diagnostic;
- Les personnes qui ont accepté de relire les fiches avant leur publication;
- Les personnes qui ont pris de leur temps pour participer aux entretiens ;



## 1. Présentation du territoire

- Fiche 1 Quelques éléments clés
- Fiche 1.1 Présentation générale
- Fiche 1.2 Démographie
- Fiche 1.3 Conditions de vie
- Fiche 1.4 Le point de vue des acteurs du territoire sur le contexte social et les conditions de vie

## 2. Etat de santé

- Fiche 2 Quelques éléments clés
- Fiche 2.1 Morbidité
- Fiche 2.2 Mortalité
- Fiche 2.3 Santé mentale

## 3. Approche populationnelle

- Fiche 3 Quelques éléments clés
- Fiche 3.1 Santé des enfants
- Fiche 3.2 Santé des personnes en situation de handicap
- Fiche 3.3 Santé des personnes âgées
- Fiche 3.4 Le point de vue des acteurs du territoire sur la prise en charge des populations vulnérables

## 4. Comportement et santé

- Fiche 4 Quelques éléments clés
- Fiche 4.1 Alcool, tabac et autres addictions
- Fiche 4.2 Vie sexuelle et affective
- Fiche 4.3 Le point de vue des acteurs du territoire sur les addictions et la vie sexuelle et affective

## 5. Environnement Travail et santé

- Fiche 5 Quelques éléments clés
- Fiche 5.1 Environnement et santé
- Fiche 5.2 Santé et Travail

## 6. Recours aux soins et prévention

- Fiche 6 Quelques éléments clés
- Fiche 6.1 Accès aux soins et à la prévention
- Fiche 6.2 Actions de prévention
- Fiche 6.3 Le point de vue des acteurs du territoire sur l'accès aux soins et à la prévention

## 7. Offre de soins

- Fiche 7 Quelques éléments clés
- Fiche 7.1 Médecins libéraux
- Fiche 7.2 Autres professionnels de santé
- Fiche 7.3 Soins hospitaliers

## 8. Exemple d'initiatives et de dispositifs locaux

## 9. Les propositions de l'ORS

Méthode et définitions

Bibliographie



## Quelques éléments clés



- Un territoire à très forte dominante rurale avec un seul pôle urbain, Loudun
- Un territoire âgé et au faible dynamisme démographique
- Un territoire aux attractions multiples qui dépassent les frontières du département et de la région : Châtelleraut, Thouars, Chinon, Saumur...
- Une surreprésentation du secteur agricole dans l'appareil productif
- Une population active où sont sur-représentés les retraités, les ouvriers et les agriculteurs
- Un indice de développement humain défavorable au regard de la situation des autres EPCI de Nouvelle-Aquitaine
- Des revenus médians plutôt faibles et un taux de pauvreté un peu plus élevé que dans le département et la région
- Une proportion plus faible de personnes couvertes par les prestations sociales et par la CMUc (au sein du régime général)
- Un territoire qui présente selon les acteurs de nombreuses associations sportives et de loisirs mais qui souffre d'une faible dynamique collective sur la vie socioculturelle et de problèmes de mobilité pour accéder aux lieux de socialisation
- Les acteurs locaux soulignent la présence de situations de grande vulnérabilité sociale liées à des conditions d'emploi précaire, à un isolement social et géographique et à des difficultés économiques qui s'amplifient. Par ailleurs, le territoire accueillerait des populations fragilisées attirées par le faible coût de l'immobilier.



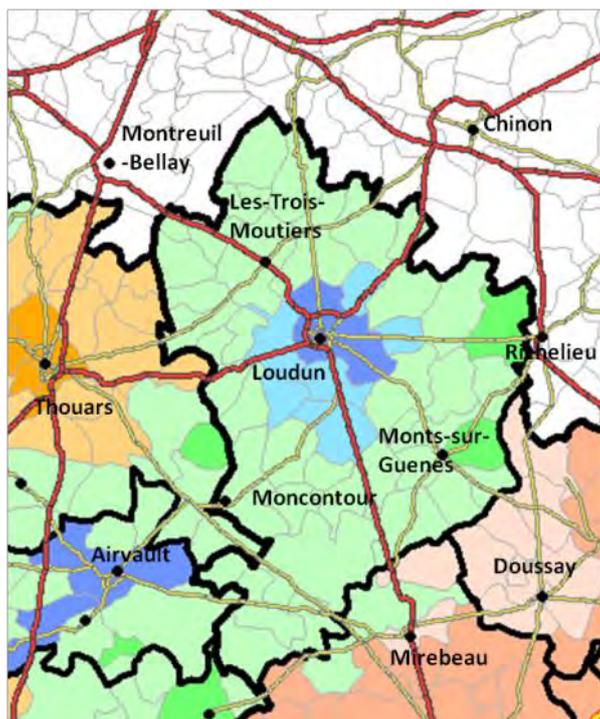
## Un territoire à forte dominante rurale et un petit pôle central, Loudun

Plus grande région de France métropolitaine en superficie, quatrième en population, la Nouvelle-Aquitaine est peu densément peuplée, relativement âgée mais attractive, en particulier pour de jeunes adultes et de jeunes retraités. L'activité économique reflète ces particularités avec une place importante de l'agriculture (première région agricole européenne), du médico-social et un bon dynamisme de la plupart des secteurs. Cette vaste région compte douze départements aux caractéristiques hétérogènes : de la Gironde, département très peuplé et dynamique, à la Creuse, un des plus petits départements de France et en déprise démographique.

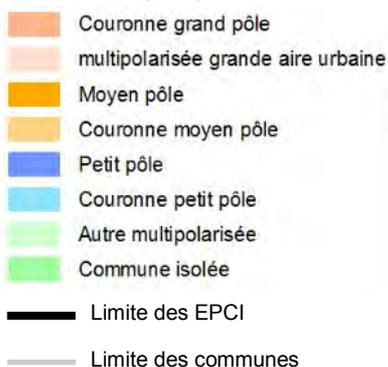
La Vienne est un département relativement jeune au sein de la région : la part des moins de 20 ans y est supérieure à la moyenne. Sa croissance démographique est positive dans les dernières années grâce à un excédent des naissances sur les décès et à un apport migratoire modéré. Le département présente un profil démographique contrasté avec d'un côté l'axe Poitiers-Châtelleraut qui concentre les trois quarts de la population et de l'autre, des territoires ruraux peu densément peuplés. La densité moyenne de population est de 62 habitants/km<sup>2</sup>, position intermédiaire entre celle de la Gironde (151 habitants/km<sup>2</sup>) et celle de la Creuse (22 habitants/km<sup>2</sup>). Schématiquement, la Vienne se structure en trois espaces : au centre le tandem des aires urbaines de Poitiers et Châtelleraut qui portent la croissance démographique ; au nord-ouest, autour de Loudun et dans la continuité du Nord-Deux-Sèvres, un maillage de petits pôles avec une répartition assez homogène de la population ; au sud-est, une zone en déprise démographique.

taux de chômage modéré et connaît un taux de pauvreté identique à celui de la région

### Typologie communale en aire urbaine



Source : Insee (2010) Réalisation : ORS Poitou-Charentes



### La Communauté de communes du Pays Loudunais, un territoire sous de multiples influences

La CCPL constitue le territoire le plus au nord de la région Nouvelle-Aquitaine. Ce territoire se situe à l'écart des principaux axes routiers du département. La CCPL compte près de 24 400 habitants en 2014 dont plus d'un quart réside dans la seule commune de Loudun. Ainsi, la commune de Loudun constitue, selon la définition de l'INSEE, le seul pôle urbain de la CCPL. En l'occurrence il s'agit d'un des 4 petits pôles du département, c'est-à-dire comprenant entre 1 500 et 5 000 emplois. Cinq communes du territoire sont sous l'influence de Loudun, c'est-à-dire qu'au moins 40 % de leurs actifs résidents travaillent dans le pôle de Loudun ou dans les communes attirées par celui-ci : Angliers, Basses, Chalais, Messémé, Mouterre-Silly.

La quasi-totalité des autres communes rurales du territoire sont multi polarisées c'est-à-dire qu'elles sont attirées par plusieurs aires, de sorte que 40 % au moins des actifs résidents travaillent dans des aires urbaines différentes, sans atteindre ce seuil avec une seule d'entre elles : Loudun, Thouars (79), Saumur (49), Chinon (37), Montreuil-Bellay (49).

### Un appareil productif dominé par le secteur agricole

Au 31 décembre 2015, la CCPL comptait 2 437 établissements dont plus de 26 % d'entre eux sont du secteur de l'agriculture (contre seulement 10 % en Nouvelle-Aquitaine). De même un peu plus de 7 % des établissements sont industriels, soit 1 point de plus que dans l'ensemble de la Nouvelle-Aquitaine. A l'inverse, la part du commerce, du transport et des services est sous représentée (46 % des établissements contre 59 % en Nouvelle-Aquitaine). Le constat est identique pour les établissements relevant de l'administration publique, de l'enseignement, de la santé et du social (10,6 % contre 13,9 %) et de la construction (9,6 % contre 10,6 %).



Une faible densité de population sur le territoire

En 2013, selon l'Insee, la population française compte 65,8 millions d'habitants (63,7 pour la France métropolitaine), la Nouvelle-Aquitaine compte 5 844 177 habitants, soit 9,2 % de la population de la France métropolitaine. La densité de la population en France est de 117 habitants/km<sup>2</sup> bien supérieure à celle de la Nouvelle-Aquitaine qui compte 69,5 habitants par km<sup>2</sup>.

La Nouvelle-Aquitaine a une proportion plus importante de personnes âgées de 75 ans et plus qu'au niveau national, respectivement 11 % et 9 %. A l'inverse, les jeunes de moins de 20 ans sont moins présents en Nouvelle-Aquitaine (22 %) qu'en France (24 %).

Indicateurs sociodémographiques en 2013 (%)

	CCPL	Vienne	Nouvelle-Aquitaine
Densité de population (hab/km <sup>2</sup> )	28,8	61,7	69,5
Nombre d'habitants	24 419	431 248	5 844 177
Taux d'accroissement de la population	0,05	0,32	0,60
Taux de fécondité	46,2	47,1	46,6
Part des moins de 20 ans (%)	21,8	23,5	22,2
Part des 75 ans et plus (%)	13,5	10,6	11,4
Indice de vieillissement	108,9	83,1	96,3
Taux d'emploi des 15-64 ans (%)	86,6	87,8	87,3

Moins de jeunes sur le territoire mais davantage de personnes âgées de 75 ans et plus

La densité de population de la CCPL est bien inférieure à celles du département et de la Nouvelle-Aquitaine. Le recensement de la population de 2013 dénombre 24 419 habitants sur la CCPL ce qui représente près de 6 % de la population du département de la Vienne et 0,4 % de la population de la Nouvelle-Aquitaine.

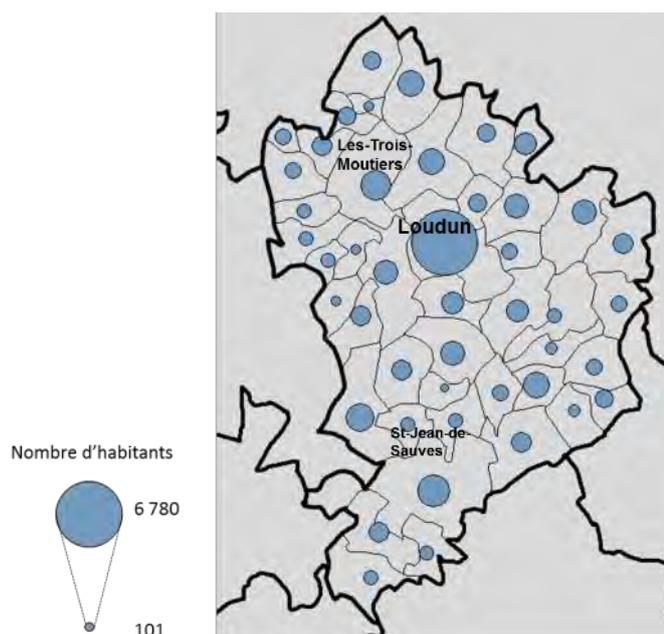
La part des moins de 20 ans est plus faible sur la CCPL (22 %) que sur la Vienne (24 %) et identique à celle de la Nouvelle-Aquitaine (22 %). A l'inverse, la population âgée de 75 ans et plus est plus représentée sur la CCPL (14 %), 11 % pour le département et pour la région. L'indice de vieillissement permet de mesurer le degré de vieillissement de la population. Plus l'indice est élevé plus le vieillissement est important, c'est le cas sur le territoire (108,9).

Le taux d'emploi des 15-64 ans est comparable entre la CCPL, la Vienne et la Nouvelle-Aquitaine.

Source : Insee (RP 2013) Réalisation : ORS Nouvelle-Aquitaine

Le taux d'accroissement de la population correspond à la croissance annuelle moyenne de la population entre 2008 et 2013.  
L'indice de vieillissement est le rapport entre les 65 ans et plus et les moins de 20 ans

La population des communes de la CCPL en 2013



Une faible densité de population sur ce territoire

En 2013, le territoire étudié est composé de 45 communes, Ce territoire est structuré autour de 3 pôles principaux : Loudun, Saint-Jean-de-Sauves et Les Trois-Moutiers. Ces trois communes comptent respectivement, 6 780, 1 353 et 1 095 habitants. Le reste du territoire est peuplé de petites communes voire très petites (11 communes ont moins de 200 habitants).

Comparée au département et la région, la densité de population est très faible (29 habitants/km<sup>2</sup>), contre 62 pour la Vienne et 70 pour la Nouvelle-Aquitaine. Le taux d'accroissement annuel de la population entre 2008 et 2013 est de 0,05 % sur la CCPL, soit 59 nouveaux habitants sur cette période.

Source : Insee (RP 2013) Réalisation : ORS Nouvelle-Aquitaine

**Part des catégories socioprofessionnelles en 2013 (%)**



Source : Insee (RP 2013) Réalisation : ORS Nouvelle-Aquitaine

**Une surreprésentation des retraités, des ouvriers et des agriculteurs**

En 2013, les catégories les plus représentées sur le territoire sont les retraités (35,4 %), les ouvriers (19,4 %) et les agriculteurs (3,7 %) en comparaison avec le département et la Nouvelle-Aquitaine. A l'inverse, la proportion des professions intermédiaires est bien plus faible sur la CCPL (8,8 %) que sur la Vienne (13,6 %) et la Nouvelle-Aquitaine (13,0 %).

**Une part d'ouvriers élevée**

En 2013, le rapport ouvriers/cadres est de 6,3 sur la CCPL (6 ouvriers pour 1 cadre) contre seulement 2,0 pour la Nouvelle-Aquitaine. Ce ratio est l'un des plus élevés de la région.

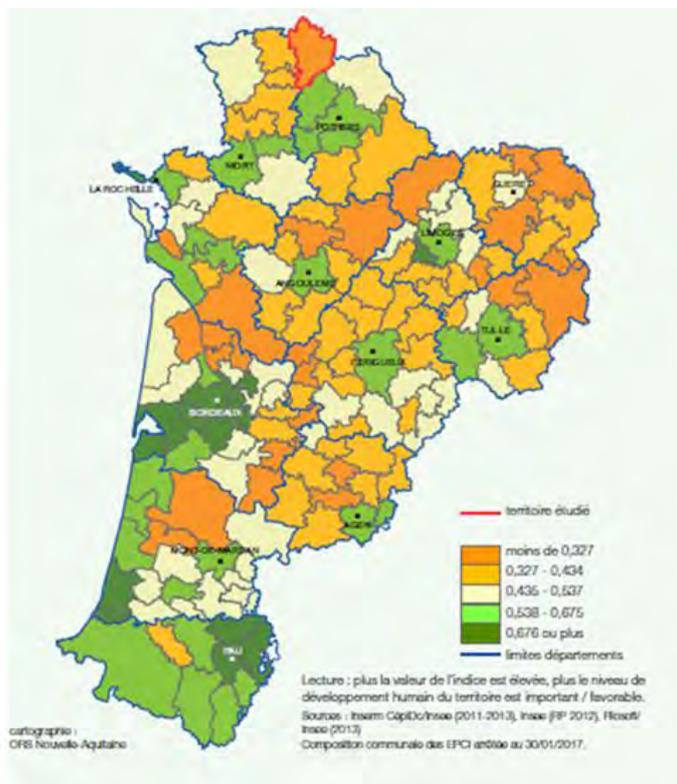
Il a été démontré que les personnes appartenant aux catégories socioprofessionnelles supérieures ont une plus grande espérance de vie que les ouvriers (*les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers, Insee Première n°1584 - Février 2016*).

**Une situation au regard des revenus défavorable sur le territoire**

Les conditions de vie peuvent être considérées comme l'ensemble des facteurs économiques et sociaux caractérisant la vie d'un groupe social. Connaître le profil de la population du territoire peut ainsi permettre d'adapter l'environnement professionnel et de développer des démarches améliorant le quotidien des habitants. Au niveau national, en 2013 et selon l'Insee, la médiane des revenus s'élève à 20 185 € contre 19 809 € en Nouvelle-Aquitaine. Le taux de pauvreté en France (14,5 %) est plus fort que celui de la Nouvelle-Aquitaine (13,5 %). Le taux d'allocataires du RSA est aussi légèrement supérieur en France par rapport à la région (respectivement 8 % et 7 %).

La part des personnes de plus de 15 ans, non scolarisées et sans diplôme est quasi identique sur le territoire national et en Nouvelle-Aquitaine (32 %). Le taux d'emploi est quasi identique en Nouvelle-Aquitaine et en France (87,3 % contre 86,9 %). La part des bénéficiaires de prestations sociales est plus élevée en France (48,3 %) qu'en Nouvelle-Aquitaine (45,4 %).

**Indice de développement humain (IDH4) des EPCI de Nouvelle-Aquitaine en 2017**



**Un taux de pauvreté supérieur à celui du département**

L'indice de développement humain (IDH4) permet d'évaluer la situation d'un territoire au regard de trois grandes dimensions : la santé, l'éducation et le niveau de vie. La CCPL présente un IDH très peu favorable au regard des autres EPCI de la région (un des plus bas). La plupart des indicateurs, notamment ceux liés à la santé et à l'éducation, sont parmi les plus faibles de Nouvelle-Aquitaine.

En 2013, sur la CCPL, 15 % de la population vit au-dessous du seuil de pauvreté, soit un niveau inférieur à 1 000 € par mois pour une personne seule. Le taux de pauvreté est supérieur à celui du département de la Vienne et à celui de la Nouvelle-Aquitaine (13 %).

**Des revenus déclarés plus faibles**

En 2013, l'analyse des revenus montre une situation défavorable pour la CCPL qui présente le 1<sup>er</sup> décile, la médiane et le 9<sup>ème</sup> décile le plus faible.

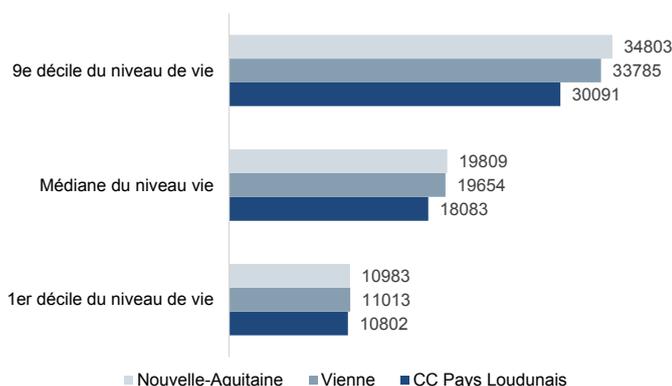
La CCPL présente une différence particulièrement importante au niveau du 9<sup>ème</sup> décile (30 091 €) par rapport au département (33 785 €) et à la Nouvelle-Aquitaine (34 803 €). La médiane du niveau de vie est également moindre sur la CCPL (18 083 €). Les écarts de revenus, représentés par le rapport inter-décile sont les plus faibles sur la CCPL : 2,8 contre 3,1 pour le département et 3,2 pour la région. Ce qui veut dire que sur ce territoire les écarts de revenus sont moins importants.

**Une part de foyers fiscaux non imposés importante**

En 2014, 9 408 foyers fiscaux étaient non imposés sur la CCPL, soit un taux de 66,5 % (57,3 % pour la région). La CCPL appartient ainsi aux 30 EPCI de Nouvelle-Aquitaine présentant une part de foyers fiscaux parmi les plus défavorables.

Source : ORS Nouvelle-Aquitaine

**Premier décile, médiane et 9<sup>ème</sup> décile des revenus annuels déclarés en 2013 (€)**



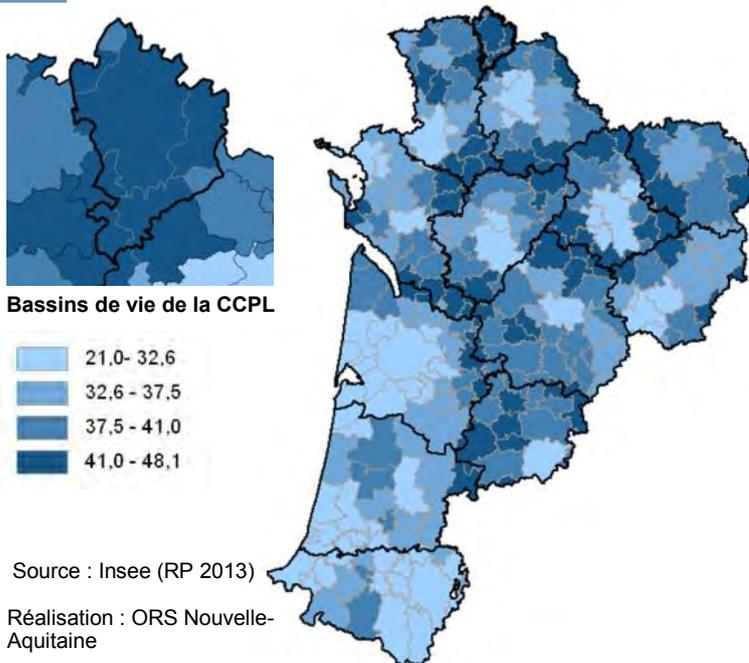
Sources : Fichier Localisé Social et Fiscal (FiLoSoFi) - 2013 Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA Réalisation : ORS Nouvelle-Aquitaine

## Taux de bénéficiaires de prestations sociales en 2015 (%)

	CCPL	Vienne	Nouvelle-Aquitaine
Taux de personnes couvertes par des prestations sociales	43,8	48,3	45,4
Taux d'allocataires dont les prestations sont=50% du revenu	23,5	28,2	27,8
Taux d'allocataires dont les prestations sont=100% du revenu	13,0	17,2	16,0
Taux de personnes couvertes par le RSA	7,0	8,3	7,3
Taux d'allocataires bénéficiant d'une allocation logement :	18,8	25,9	22,3
- dont APL	43,5	37,7	35,4
- dont ALF	26,5	15,6	19,9
- dont ALS	30,0	46,6	44,6

Source : Cnaf -CCMSA 2015 Réalisation : ORS Nouvelle-Aquitaine

## Part des 15 ans et plus non scolarisés sans diplôme selon les bassins de vie de la Nouvelle-Aquitaine en 2013 (%)



## Près de 10 % de logements sociaux et 14 % de logements vacants

En 2015, pour 100 résidences principales, il est recensé 9,8 logements sociaux sur le territoire (10,4 % en région). En revanche, pour 100 logements, 13,4 sont vacants sur la CCPL contre seulement 8,3 % en région.

## Des équipements culturels bien présents

Les équipements culturels (cinéma, bibliothèque, musée...) sont présents sur le territoire à hauteur de 9,8 équipements pour 10 000 habitants (4,5 en moyenne régionale), ce qui en fait un territoire parmi les mieux dotés de Nouvelle-Aquitaine. Le taux d'équipements sportifs sur le territoire est relativement proche de celui de la région (56,5 équipements contre 59,0 pour 10 000 habitants).

## Une forte part de bénéficiaires de l'Allocation de logement familiale (ALF) et de l'Aide personnalisée au logement (APL) parmi les allocataires

Le territoire de la CCPL compte 10 695 personnes couvertes par les prestations sociales en 2015, soit 44 % de la population, ce taux est moins important que celui du département et de la région (respectivement 48 % et 45 %).

Toujours sur ce territoire, la part de personnes dont les revenus sont composés de 100 % d'allocations (13 %) est aussi moins importante que pour la Vienne et la Nouvelle-Aquitaine (respectivement 17 % et 16 %).

Globalement, sur la CCPL, 2 208 personnes sont allocataires d'une allocation d'aide au logement, soit 19 % de la population (26 % pour le département et 22 % sur la Nouvelle-Aquitaine).

La part de l'Allocation de logement sociale (ALS) (30,0 %) est faible parmi les bénéficiaires d'une aide au logement tandis que l'APL (43,5 %) et l'ALF (26,5 %) sont surreprésentées sur la CCPL par rapport à la Nouvelle-Aquitaine. La forte part d'ALF parmi les allocations logement suppose une présence importante de familles monoparentales ayant de faibles ressources parmi les allocataires.

La population couverte par le RSA est un peu moins élevée (7,0 %) sur le territoire que sur le département (8,3 %) et est comparable à la Nouvelle-Aquitaine (7,3 %). En 2015, 1 634 personnes sont couvertes par le RSA sur la CCPL.

## Plus de 4 personnes sur 10 sans diplôme sur le territoire

Sur la CCPL, 43 % des personnes de 15 ans et plus non scolarisés sont sans diplôme contre 34 % dans la Vienne et 32 % en Nouvelle-Aquitaine. Selon les bassins de vie du territoire étudié, celui de Richelieu montre le plus fort pourcentage de jeunes de 15 ans et plus sans diplôme (46 %), suivi de Montreuil-Bellay, Airvault, et Loudun (43 %). Le bassin de vie de Mirebeau est à 41 %, deux bassins de vie sont proches des 40 % : Lençloître (40 %) et Saumur (39 %). L'étude au bassin de vie montre des taux très différents selon les territoires : 21 % à La Brède (bassin de vie du département de la Gironde) à 47 % sur le bassin de vie de l'Isle Jourdain dans la Vienne. Le taux de personnes sans diplôme de la CCPL est un des plus élevés de la région.

## Près de 6 % de personnes bénéficiaires de la CMUC

Au 1<sup>er</sup> janvier 2015, le territoire enregistre 892 bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire, soit 5,7 % des assurés du régime général contre 9,2 % pour le département de la Vienne et 7,4 % pour la région.

Les chiffres pour les autres régimes ne sont pas disponibles.

## ***Le point de vue des acteurs du territoire sur le contexte social et les conditions de vie***



### **• Vie associative, de loisirs et culturelle**

Beaucoup d'associations sportives et de loisirs sont présentes, ce qui est un atout pour le territoire. Cependant, les acteurs regrettent le manque de dynamique collective sur la vie socioculturelle. Ils déplorent le manque de lieux pour favoriser le lien social, la rencontre et la mixité sociale. D'autre part, beaucoup de ces ressources sont basées à Loudun et les problèmes de mobilité sont importants sur ce grand territoire rural. L'accessibilité géographique à l'ensemble des services est un frein important pour une partie de la population.

### **• La présence des populations fragilisées sur un plan socio-économique**

Les acteurs décrivent un territoire où des situations de grande fragilité existent. Ils décrivent la présence importante d'emplois en intérim et de contrats de travail précaires, ainsi que d'un nombre important d'emplois saisonniers. Certaines personnes cumulent fragilités professionnelles et personnelles. Les acteurs décrivent également des situations d'isolement en lien notamment avec des difficultés de mobilité mais également des habitudes de vie peu favorables à la santé.

D'autre part, le territoire voit arriver des personnes attirées par des logements peu chers. Ces personnes arrivent sur le territoire sans travail, sans réseau social et se retrouvent dans des situations d'isolement important.

Les acteurs disent unanimement qu'ils constatent une dégradation inquiétante de la situation ces dernières années. Ils attribuent cette dégradation à l'augmentation des difficultés financières, au manque de transport et à l'arrivée de populations fragilisées.



## Quelques éléments clés



- Une fréquence des décès supérieure à celle de la Nouvelle-Aquitaine chez les hommes comme chez les femmes, sur la période 2004-2013
- Un territoire marqué par une surmortalité prématurée (avant 65 ans) et prématurée évitable masculine par rapport à la région
- Une surmortalité par maladies de l'appareil circulatoire pour chacun des deux sexes
- Une fréquence des décès masculins liés à des causes externes (morts violentes) supérieure au niveau régional du fait d'une surmortalité masculine par suicide
- Une surmortalité par tumeurs chez les femmes
- Une fréquence plus élevée des nouvelles admissions pour diabète chez les femmes comparée à la Nouvelle-Aquitaine sur la période 2012-2014
- Davantage d'hospitalisations pour maladies de l'appareil digestif par rapport à la région, quel que soit le sexe, en 2016
- Un recours hospitalier supérieur au niveau régional chez les hommes pour les maladies de l'appareil circulatoire
- Un niveau de remboursement de psychotropes inférieur à celui du département et de la région quel que soit le sexe en 2016.



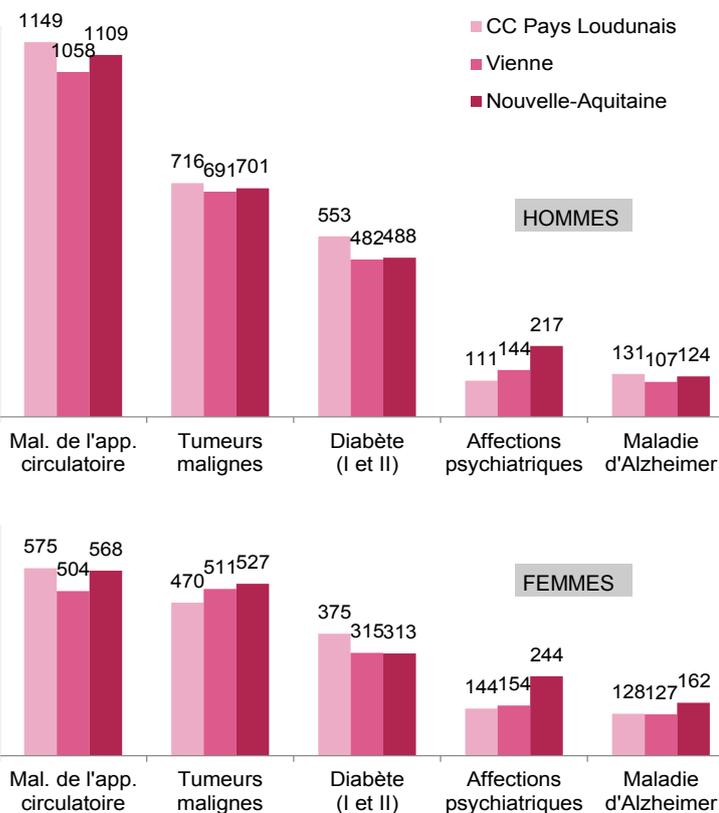
### Un recours à l'hospitalisation chez les hommes supérieur à celui de la Nouvelle-Aquitaine

La morbidité se définit comme le nombre de personnes souffrant d'une maladie donnée pendant un temps défini, en général une année, dans une population. Elle peut s'exprimer par l'incidence (nouveaux cas) ou la prévalence (l'ensemble des cas à un moment donné). La morbidité peut notamment être approchée au travers de deux sources :

**Les admissions en affection de longue durée (ALD) :** en cas d'affections nécessitant 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. La liste de ces affections dites de longue durée comporte trente affections ou groupes d'affections fixée par décret. Le dénombrement des nouvelles admissions en ALD pour une maladie fournit une évaluation de son incidence. Mais cette dernière, aussi qualifiée « d'incidence médico-sociale », comporte des biais conduisant le plus souvent à une sous-estimation de la morbidité réelle. En effet, des personnes peuvent être malades sans recourir à une admission en ALD, ou bien être prises en charge en ALD au titre d'une autre maladie dans le cas de comorbidité. Un faible taux d'admissions en ALD peut donc s'interpréter comme un plus faible nombre de cas ou bien un moindre recours à ce dispositif.

**Le recours à l'hospitalisation :** les données de l'activité médicale recueillies dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) permettent d'analyser les maladies motivant les recours hospitaliers par l'exploitation du diagnostic principal défini comme le problème de santé qui a motivé l'admission du patient. Les séjours considérés sont affectés au lieu de résidence du patient et concernent les unités de soins de courte durée MCO (Médecine Chirurgie Obstétrique) des établissements de santé publics et privés. Du fait du caractère médico-économique de ces données, leur principale limite est de ne repérer que la morbidité traitée par le système de soins. Le recours hospitalier dépend de l'état de santé de la population, mais aussi de l'accessibilité de l'offre, des pratiques médicales et des habitudes de recours des personnes.

#### Taux comparatifs de nouvelles admissions en ALD par sexe sur la période 2012-2014, pour 100 000 habitants



\* différence statistiquement significative au risque de 5 %

Sources : ALD (CNAMTS, CCMSA, RSI), Insee (RP 2013)  
Exploitation : ORS Nouvelle-Aquitaine

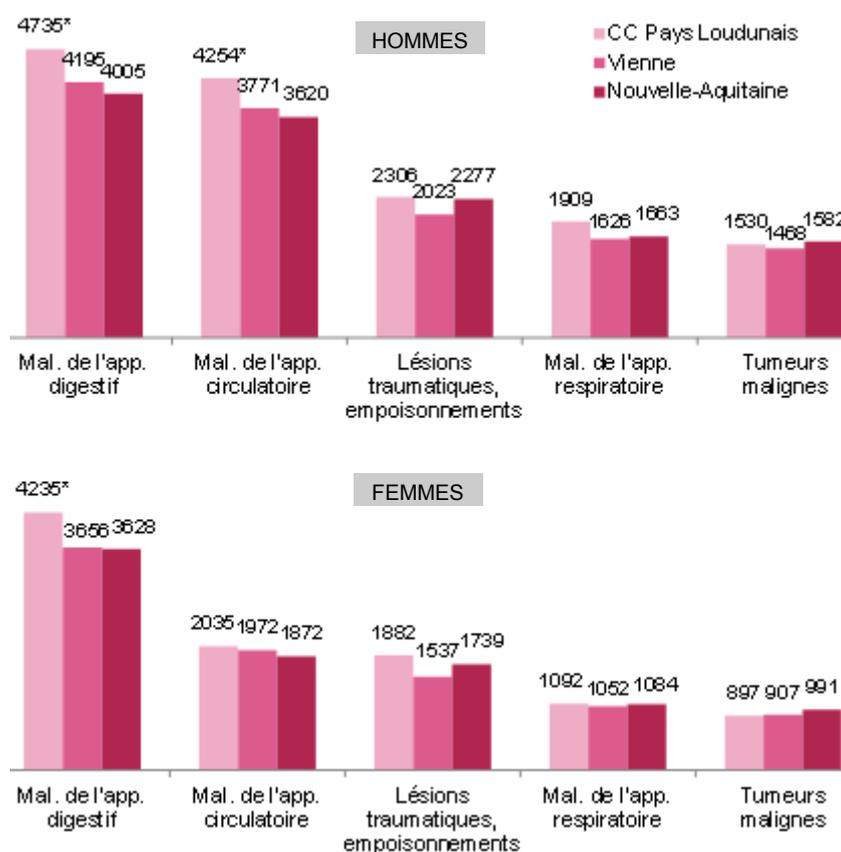
#### Une fréquence plus élevée des nouvelles admissions pour diabète chez les femmes comparée à la Nouvelle-Aquitaine

Entre 2012 et 2014, 634 nouvelles admissions en ALD ont été enregistrées en moyenne chaque année dans la Communauté de Communes du Pays Loudunais, dont 55 % concernent des hommes (52 % en Nouvelle-Aquitaine). À elles seules, les maladies de l'appareil circulatoire représentent plus d'un tiers (34 %) des nouvelles admissions (31 % en NA) et les tumeurs près d'un quart (23 %) (idem en NA). Le diabète constitue 18 % des nouvelles admissions (15 % en NA), les affections psychiatriques 5 % (9 % en NA) et la maladie d'Alzheimer et autres démences 6 % (idem en NA).

Chez les hommes, le taux comparatif de nouvelles admissions en ALD se montre comparable à celui de la Nouvelle-Aquitaine (3 034 contre 3 060 pour 100 000 habitants). Aucune différence significative n'est également observée pour les principales causes d'admission en ALD, hormis pour les affections psychiatriques où le taux comparatif de nouvelles admissions est significativement inférieur au niveau régional (111 contre 217 pour 100 000 habitants).

Chez les femmes, le taux comparatif de nouvelles admissions en ALD se montre lui aussi comparable à celui de la Nouvelle-Aquitaine (2 042 contre 2 163 pour 100 000 habitantes). Néanmoins, le nombre de nouvelles admissions pour diabète se révèle significativement supérieur au niveau régional (375 contre 313 pour 100 000 habitantes). A l'inverse, les taux se montrent significativement inférieurs pour les affections psychiatriques (144 contre 244 pour 100 000 habitantes) et la maladie d'Alzheimer et autres démences (128 contre 162 pour 100 000 habitantes).

### Taux comparatifs d'hospitalisation en court séjour par sexe en 2016, pour 100 000 habitants



\* différence statistiquement significative au risque de 5 %

Sources : PMSI MCO (ATIH), Insee (RP 2013)  
Exploitation : ORS Nouvelle-Aquitaine

#### Un recours plus fréquent à l'hospitalisation pour maladies de l'appareil digestif, comparé à la Nouvelle-Aquitaine

En 2016, plus de 7 300 séjours hospitaliers en MCO ont été enregistrés pour des habitants de la CCPL dont 52 % concernaient des hommes. Comparé à la Nouvelle-Aquitaine, le recours à l'hospitalisation des hommes du territoire se montre plus élevé (31 970 contre 30 497 pour 100 000 habitants). Chez les femmes, aucune différence significative n'est observée (26 427 contre 25 655 pour 100 000 habitantes).

Concernant les motifs de recours hospitalier chez les hommes, le nombre de séjours est significativement supérieur au niveau régional pour les maladies de l'appareil digestif (4 735 contre 4 005 pour 100 000 habitants) et les maladies de l'appareil circulatoire (4 254 contre 3 620 pour 100 000 habitants). Pour les autres motifs de recours étudiés (lésions traumatiques et empoisonnements, maladies de l'appareil respiratoire, tumeurs malignes), les taux comparatifs d'hospitalisation sont statistiquement comparables.

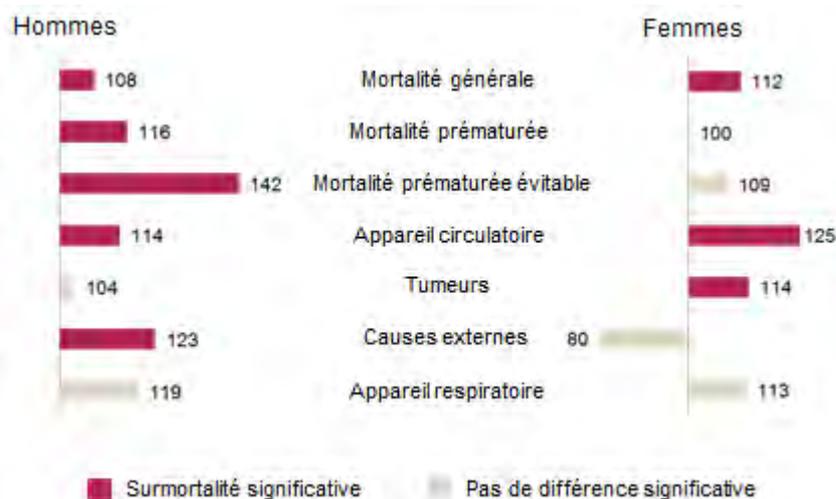
Chez les femmes, seul le taux comparatif d'hospitalisation pour maladies de l'appareil digestif se montre significativement supérieur à celui de la Nouvelle-Aquitaine (4 235 contre 3 628 pour 100 000 habitantes). Aucune différence significative n'est observée pour les autres motifs de recours étudiés.

## Des décès plus nombreux chez les hommes comme chez les femmes comparés à la région

En 2015, l'espérance de vie à la naissance des habitants de la Nouvelle-Aquitaine est de 79,2 ans chez les hommes (79 ans en France métropolitaine), les plaçant au 6<sup>ème</sup> rang des régions métropolitaines. Chez les femmes, cette espérance de vie atteint 85,3 ans (85,1 ans en France métropolitaine), les plaçant au 7<sup>ème</sup> rang.

De 2004 à 2013, la Communauté de Communes du Pays Loudunais a enregistré 308 décès annuels moyens, dont 53 % chez les hommes. Les maladies de l'appareil circulatoire (32 %) et les tumeurs malignes (28 %) représentent les deux principales causes de mortalité du territoire (29 % chacune en Nouvelle-Aquitaine). Les maladies de l'appareil respiratoire sont à l'origine de 7 % des décès (6 % au niveau régional). Enfin, les causes externes de mortalité (accidents, suicide...) constituent 6 % des décès (7 % en Nouvelle-Aquitaine).

Sur la même période, 48 décès annuels moyens sont survenus avant 65 ans dans la CCPL, soit un taux de mortalité prématurée de 16 % (17 % en Nouvelle-Aquitaine). Les décès prématurés sont plus fréquents chez les hommes que chez les femmes. Le territoire n'échappe pas à cette règle avec un taux de mortalité prématurée de 22 % chez les hommes contre 9 % chez les femmes. Concernant le taux de mortalité prématurée évitable liée aux pratiques de prévention primaire (dépistage précoce, morts violentes...), il est au même niveau que celui de la région avec 6 %. Il atteint 10 % chez les hommes contre 2 % chez les femmes.

Indices comparatifs de mortalité<sup>1</sup> (ICM) de la CC du Pays Loudunais pour la mortalité générale, prématurée, prématurée évitable et pour les principales causes de décès, selon le sexe entre 2004 et 2013

Sources : Inserm CépiDc, Insee Exploitation : ORS Nouvelle-Aquitaine

**Attention** : les ICM ne peuvent pas être comparés les uns aux autres, tant au niveau des causes de décès que du sexe. La seule base de comparaison pour chaque sexe est la mortalité observée en Nouvelle-Aquitaine pour la même cause de décès (population de référence = 100).

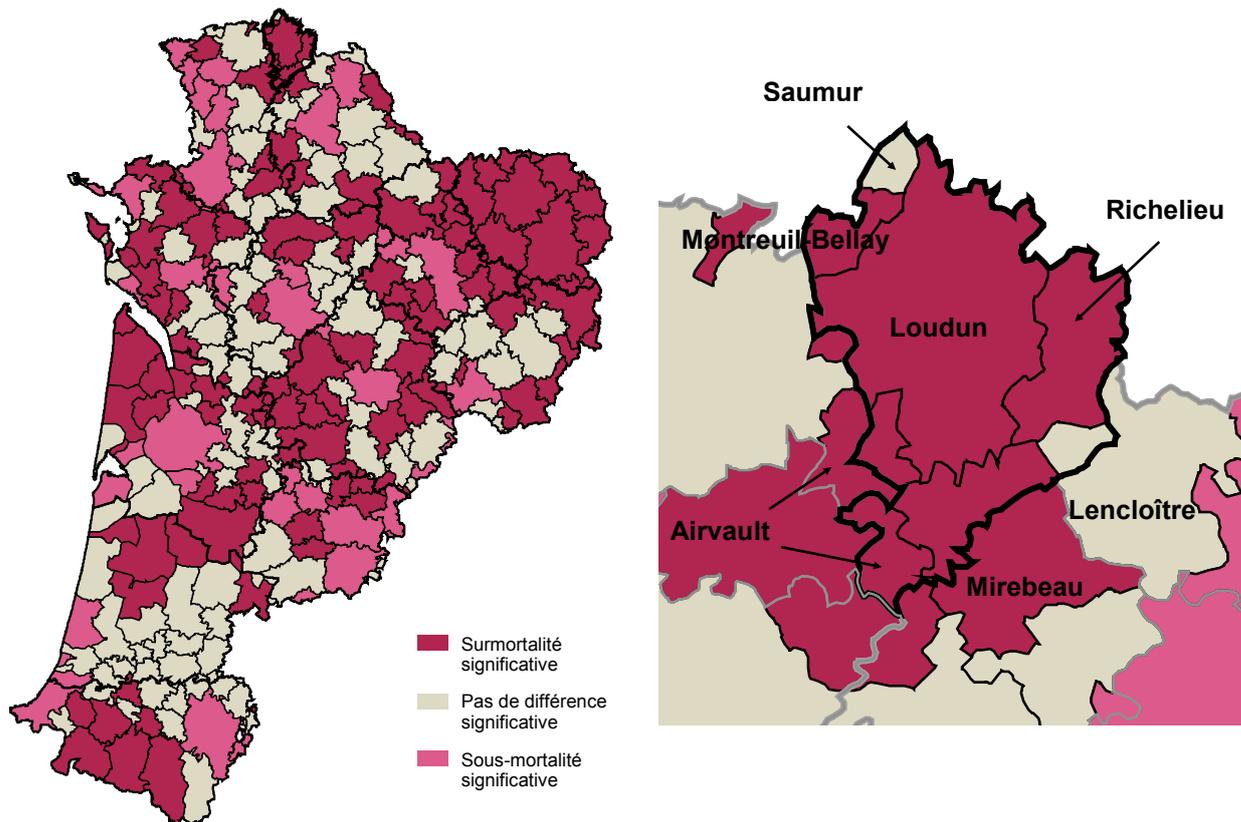
## Une surmortalité générale qui se retrouve au niveau de plusieurs des principales causes de décès

Sur la période 2004-2013, la mortalité générale (toutes causes de décès confondues) observée dans la CCPL se révèle plus élevée que celle de la région Nouvelle-Aquitaine pour chacun des deux sexes : de 8 % chez les hommes et de 12 % chez les femmes. Aucune différence significative par rapport au niveau régional n'est retrouvée chez les femmes pour la mortalité prématurée et la mortalité prématurée évitable. Néanmoins, chez les hommes, des surmortalités de respectivement 16 % et 42 % sont repérées.

L'étude des principales causes de décès montre également une surmortalité par maladies de l'appareil circulatoire pour chacun des deux sexes : de 14 % chez les hommes et de 25 % chez les femmes comparés à la Nouvelle-Aquitaine. Le nombre de décès masculins liés à des causes externes (morts violentes) se montre également supérieur au niveau régional (23 %). Chez les femmes, une surmortalité par tumeurs est constatée (14 %). Enfin, la mortalité par maladies de l'appareil respiratoire n'est pas significativement différente de celle de la Nouvelle-Aquitaine.

<sup>1</sup>Indice comparatif de mortalité : rapport entre le nombre de décès observés et le nombre de décès attendus si les taux de mortalité, pour chaque tranche d'âge, étaient identiques aux taux régionaux. La base régionale de cet indice est 100. Un indice égal à 120 pour une cause de décès indique que la fréquence des décès est 20 % plus élevée dans la zone géographique étudiée qu'au niveau régional. Un indice à 75 indique au contraire que la fréquence des décès est 25 % moins élevée dans la zone géographique étudiée. Le test statistique du  $\chi^2$  utilisé afin d'évaluer dans quelle mesure la différence entre l'ICM observé dans un territoire et celui de la région (=100) n'est due qu'au hasard, est d'autant plus puissant qu'il porte sur des effectifs importants. Ainsi, une très petite différence peut être significative si elle est observée sur des effectifs importants, tandis qu'une différence plus importante peut ne pas être significative si elle est observée sur des petits effectifs. De ce fait, l'absence de différence significative peut être simplement liée à un manque de puissance du test statistique.

## Indices comparatifs de mortalité<sup>1</sup> (ICM) générale dans les bassins de vie de la CC du Pays Loudunais et de la Nouvelle-Aquitaine entre 2004 et 2013



Sources : Inserm CépiDc, Insee Exploitation : ORS Nouvelle-Aquitaine

Attention : les ICM ne peuvent pas être comparés les uns aux autres au niveau des bassins de vie. La seule base de comparaison est la mortalité observée en Nouvelle-Aquitaine (population de référence = 100).

### Des disparités de mortalité à l'échelle des bassins de vie du territoire...

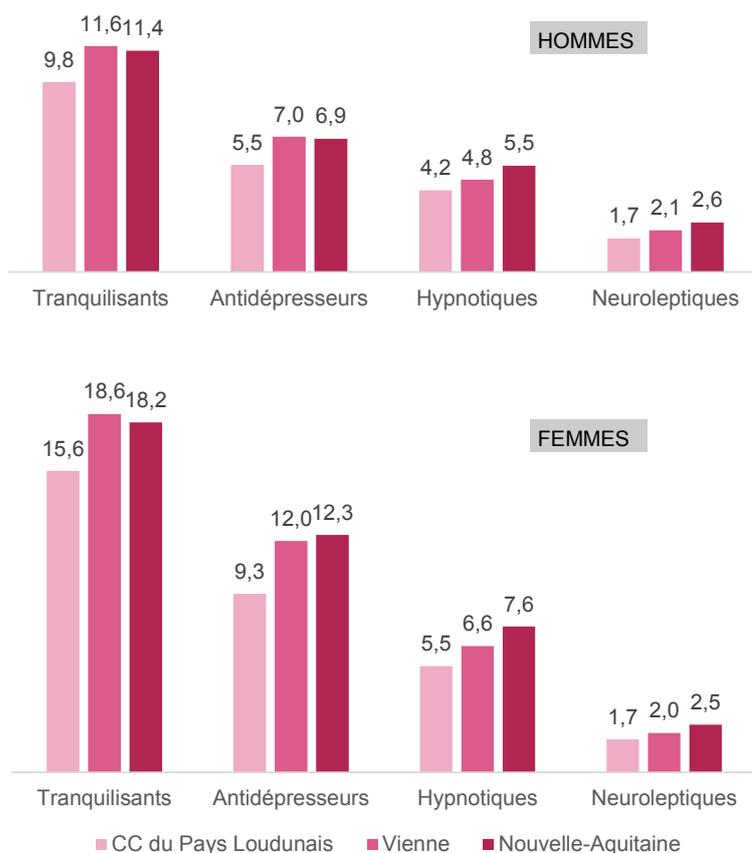
- En terme de **mortalité générale**, plusieurs bassins de vie (BV) de la CCPL affichent une surmortalité par rapport à la Nouvelle-Aquitaine : Richelieu (hommes : 11 % ; femmes : 19 %), Mirebeau (hommes : 12 % ; femmes : 11 %), Loudun (hommes : 7 % ; femmes : 9 %). Une surmortalité est aussi observée dans le BV d'Airvault (6 %) mais qui ne se retrouve pas selon le sexe. Enfin, le BV de Montreuil-Bellay révèle une surmortalité chez les femmes uniquement (11 %).
- Les fréquences des **décès des moins de 65 ans** dans les BV de Saumur et de Loudun sont plus élevées qu'au niveau régional chez les hommes uniquement (de respectivement 10 % et 19 %). En terme de **mortalité prématurée évitable**, les BV d'Airvault et de Loudun affichent une surmortalité chez les hommes uniquement (de respectivement 33 % et 55 %). Des surmortalités sont aussi observées dans les BV de Richelieu et de Mirebeau (39 % chacun) mais qui ne se retrouvent pas selon le sexe.
- La mortalité par **maladies de l'appareil circulatoire** est supérieure à celle de la Nouvelle-Aquitaine dans les BV de Richelieu (hommes : 18 % ; femmes : 25 %) et de Lencloître (17 % pour chacun des deux sexes). Ceux d'Airvault et de Loudun affichent une surmortalité chez les femmes uniquement (16 % chacun). Une surmortalité est aussi observée dans le BV de Montreuil-Bellay (5 %) mais qui ne se retrouve pas selon le sexe.
- La mortalité par **tumeurs** est supérieure à celle de la Nouvelle-Aquitaine dans le BV de Richelieu chez les femmes uniquement (22 %). Une surmortalité est aussi observée dans le BV de Mirebeau (15 %) mais qui ne se retrouve pas selon le sexe.
- La fréquence des décès liés à des **causes externes** se révèle supérieure au niveau régional dans le BV d'Airvault chez les hommes uniquement (30 %).
- Enfin, une surmortalité féminine par **maladies de l'appareil respiratoire** est observée dans les BV de Loudun (31 %) et de Mirebeau (46 %). Des surmortalités sont aussi observées dans les BV d'Airvault (21 %) et de Richelieu (29 %) mais qui ne se retrouvent pas selon le sexe.

### Une fréquence des décès masculins par suicide supérieure au niveau régional

Selon l'Organisation mondiale de la santé, la santé mentale ne se résume pas à l'absence de troubles mentaux mais est définie comme un "état de complet bien-être, physique, mental et social". En 2005, l'enrichissement du concept de santé mentale a été affirmé, avec l'identification de trois dimensions : la santé mentale positive, qui recouvre le bien-être, les ressources psychologiques et les capacités d'agir de l'individu dans ses rôles sociaux ; la souffrance psychique, état de mal-être se manifestant le plus souvent par des symptômes anxieux et dépressifs réactionnels à des situations éprouvantes et par des difficultés existentielles ; les troubles mentaux, qui relèvent plus spécifiquement du champ de la psychiatrie.

La santé mentale est un domaine particulièrement difficile à investiguer en épidémiologie par manque de définition précise et stable de son objet d'étude, s'appuyant sur des critères diagnostiques clairement déterminés. Assurément, les conséquences liées aux affections psychiatriques sont importantes : handicaps, décès prématurés, altération de la qualité de vie, discrimination et exclusion. En France, les troubles psychiatriques représentent la première cause d'entrée en invalidité, concourent à environ un cinquième des années de vie perdues en bonne santé et sont responsables de 35 à 45 % de l'absentéisme au travail. Les conduites suicidaires représentent la première cause de mortalité potentiellement évitable chez les 25-34 ans, la deuxième chez les 15-24 ans et sont responsables de près de 100 000 hospitalisations et 200 000 recours aux urgences par an.

### Taux standardisés d'assurés ayant consommé au moins une fois des psychotropes en 2016 par sexe (%)



Sources : ARS (données de remboursements inter-régimes 2016), Insee (RP 2014)  
Exploitation : ORS Nouvelle-Aquitaine

### Un niveau de remboursement de psychotropes inférieur à celui du département et de la région

En 2016, plus de 4 500 habitants de la CCPL ont bénéficié d'au moins un remboursement de psychotropes dont 62 % de femmes ; soit un taux de bénéficiaires de 21,2 % chez les femmes contre 14,4 % chez les hommes. A structure d'âge égale et quel que soit le sexe, ces taux sont inférieurs à ceux de la Vienne (Femmes : 25,7 % ; Hommes : 17,3 %) et de la Nouvelle-Aquitaine (Femmes : 26,0 % ; Hommes : 17,5 %). Les psychotropes les plus remboursés étaient les tranquillisants (72 % des bénéficiaires), suivis par les antidépresseurs (42 %), les hypnotiques (27 %) et les neuroleptiques (10 %)\*. Pour chacun de ces psychotropes, les taux de bénéficiaires d'au moins un remboursement se montrent inférieurs aux taux départemental et régional quel que soit le sexe.

\* Plusieurs types de psychotropes pouvant être remboursés pour un même patient dans l'année, la somme est supérieure à 100 %.

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

### Une surmortalité masculine par suicide sur le territoire

De 2004 à 2013, la CC du Pays Loudunais enregistre 8 décès annuels moyens par suicide, touchant très majoritairement les hommes (87 %). L'indice comparatif de mortalité indique une fréquence des décès par suicide statistiquement supérieure à celle de la région Nouvelle-Aquitaine, chez les hommes uniquement (66 %). Cette surmortalité masculine se retrouve seulement dans le bassin de vie de Lençloître (54 %). Les autres bassins de vie (hormis Saumur) affichent toutefois une mortalité qui tend à être plus élevée que le niveau régional, même si cette différence n'est pas significative (comme pour Loudun à la limite de la significativité au seuil de risque de 5 %).

### Offre de prise en charge en santé mentale sur la Communauté de Communes du Pays Loudunais

En 2017, sur le territoire de la CCPL, sont installés, en secteur libéral, un psychiatre et un psychologue (ce dernier exerçant uniquement pour une part de son temps dans la maison médicale de Moncontour).

L'activité de psychiatrie, rattachée au Centre Hospitalier (CH) Henri Laborit, spécialisé dans la prise en charge des troubles psychiques, englobe :

#### • La psychiatrie adulte

- pour le secteur 1 dont dépend la CCPL :

- ☒ 1 antenne CMP (Centre Médico-Psychologique) à Loudun, ouverte du lundi au vendredi de 10h à 16h située 8, rue du Martray

Sur le site du CH Henri Laborit :

- ☒ 1 unité d'hospitalisation complète de 56 lits dont 2 lits en hospitalisation de nuit
  - ☒ 1 place en hospitalisation de jour

- pour le Pôle des Soins Intersectoriels (Fédération des hôpitaux de jour) :

- ☒ 1 unité d'hospitalisation de jour de 18 places plus 2 places pour personnes âgées, située 8, rue du Martray à Loudun

- Le **pôle de l'enfance et de l'adolescence**, dont le territoire correspond au département de la Vienne, organisé en filières :

- La périnatalité et la petite enfance (enfants de 0 à 5 ans)
- L'enfance (enfants de 6 à 11 ans)
- L'adolescence (enfants de 12 ans à 17 ans)
- Prévention et Centre ressource d'évaluation du développement (pas de critère d'âge)

Ce pôle compte différentes structures :

- 4 unités d'hospitalisation complète : 29 places réparties sur deux sites à Poitiers et un à Saint Benoît
- 6 unités de jour : 95 places dont 27 places au sein de l'unité Françoise DOLTO située à Châtelleraut, ouverte entre 9h-12h30 et 13h30-17h30
- 4 CMP dont un à Châtelleraut, Françoise DOLTO, ouvert du lundi au vendredi entre 9h-12h30 et 13h30-17h30
- 3 structures spécialisées sur le site du CH Henri Laborit :
  - ☒ Centre de Ressources Autismes (CRA)
  - ☒ Centre référent du Trouble du Langage (CRTL)
  - ☒ Entretien d'évaluation clinique en collèges et lycées

Le **Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie** (CSAPA) du CH Henri Laborit, compte également parmi les ressources existantes dont dépend la CCPL concernant la prise en charge des conduites addictives (voir fiche 4.1 Addictions).

Enfin, l'association départementale PEP 86 dispose, à Loudun, d'une antenne du Centre Médico-Psycho Pédagogique (CMPP basée à Migné-Auxances). Il s'agit d'un centre agréé de diagnostic et de traitement accueillant des enfants et adolescents (de 0 à 20 ans) sous forme de consultations ambulatoires.

## Quelques éléments clés



- Un taux d'équipement en places d'hébergement pour les personnes âgées légèrement favorable à ceux de la Vienne et de la Nouvelle-Aquitaine
- Un taux de bénéficiaires de l'APA à domicile plus important sur le territoire de la CCPL que dans l'ensemble du département, pouvant être synonyme d'une plus grande dépendance des personnes âgées sur le territoire
- Le nord du département est couvert par une équipe spécialisée Alzheimer (ESA) intervenant à domicile sur prescription médicale.
- Les personnes vieillissantes souffrent selon certains acteurs de difficultés à accéder aux soins du fait de problèmes de mobilité et de ressources sur le territoire. Est notamment soulignée, l'absence d'équipe mobile de soins palliatifs et de gériatrie.
- La gestion des sorties d'hospitalisation semble de qualité notamment du fait du rôle de l'assistante sociale de l'hôpital de Loudun.
- Certains des acteurs rencontrés signalent un manque de repérage des situations complexes chez les personnes âgées entraînant des prises en charges à l'hôpital ou en institution réalisées dans l'urgence. De même, des freins financiers sont pointés pour l'accès de certaines personnes âgées aux EHPAD et à l'accueil de jour, du fait notamment de la faiblesses du nombre de places habilitées à l'aide sociale. La mise en place d'un accueil de jour sur le territoire est cependant relevé comme un point positif.
- Globalement, les participants constatent une augmentation des personnes âgées présentant des troubles psychiatriques en EHPAD et à domicile entraînant des difficultés importantes de prise en charge.
- Il semble exister sur le territoire une vraie problématique liée à certains logement inadaptés ou insalubres chez les personnes vieillissantes.
- Pour les personnes en situation de handicap, aucune place en Maison d'accueil spécialisé (MAS) et un taux d'équipement plus faible en places de services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS).
- Pour les enfants en situation de handicap, le territoire semble bien doté en places et services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) et en places d'Institut Médico-Educatif (IME).
- Les acteurs du territoire pointent des situation de carence de soins chez les enfants et une augmentation des violences familiales. De ce fait ils soulignent le manque de lieux de socialisation pour les enfants d'âge préscolaire permettant une meilleure socialisation et des dépistages précoces de troubles du développement.
- L'utilisation des écrans est soulignée par certains acteurs comme problématique et le soutien à la parentalité pourrait être amélioré par une meilleure communication sur le rôle de la PMI.
- Des difficultés sont soulignées pour la prise en charge des problèmes de santé chez les jeunes accueillis au sein de la Mission locale d'insertion du fait de la difficulté à aborder le sujet et d'un manque de professionnels formés sur les questions de santé.
- Un manque de structures et de places pour la prise en charge des enfants en situation de handicap (particulièrement pour les handicaps moteurs, les troubles du comportement, et l'autisme) est pointé par les acteurs rencontrés. De même l'accès aux soins somatiques semble problématique.



*Un besoin de dépistage précoce des troubles du développement*

Les services de Protection maternelle et infantile (PMI) et de promotion de la santé en faveur des élèves de l'Éducation nationale permettent le dépistage et l'accompagnement vers les soins grâce à des visites médicales et des bilans de santé systématiques. Ce sont parfois les seules opportunités pour les jeunes enfants d'accéder à un dépistage spécialisé de différents troubles liés à la santé. Ces services assurent également des actions de prévention : ateliers de socialisation, d'éveil et d'accompagnement à la parentalité, actions de sensibilisation et d'éducation à la santé auprès des enfants.

**Bilan systématique des enfants de 3 / 4 ans**

En 2016, sur le territoire de la CCPL, le bilan des enfants de 3 / 4 ans des services de PMI du Conseil départemental est réalisé dans toutes les écoles. Cela concerne 205 enfants soit 95 % des enfants scolarisés de cette tranche d'âge. Les dernières données disponibles (2014 à 2016) montrent que lors de ces bilans, 13 % des enfants ont été orientés vers un bilan spécialisé pour des troubles visuels, 5 % pour des troubles auditifs et 15 % pour des troubles du langage. Lors de ce bilan, 73 % des enfants avaient reçu les 2 doses de vaccination pour le ROR (Rougeole, Oreillons, Rubéole), ce qui est insuffisant.

D'autre part, en 2016, les services du Conseil départemental ont traité 12 dossiers pour des informations préoccupantes sur ce territoire. Au 1<sup>er</sup> novembre 2017, 9 dossiers pour informations préoccupantes ont été traités sur l'année. Ces chiffres sont en augmentation sur les dernières années : 7 en 2012, 9 en 2013 et en 2014 et 12 en 2015.

*Source : PMI Vienne, MDS du Loudunais ; Réalisation : ORS Nouvelle-Aquitaine*

*Note : Il convient d'être prudent sur l'interprétation de ces données qui ne sont pas construites pour en faire un traitement épidémiologique. Les comparaisons dans le temps et l'espace sont donc fragiles. Un suivi dans le temps pourrait cependant permettre d'observer des grandes tendances.*

**L'accueil des enfants de moins de 3 ans**

Un seul Relais d'assistants maternels (RAM) est implanté sur le territoire, sur la commune de Loudun. Il apporte aux assistantes maternelles un soutien et un accompagnement dans leur pratique quotidienne et aux parents, des conseils et des informations sur l'ensemble des modes d'accueil. Des ateliers éducatifs sont proposés aux enfants accompagnés de leurs assistants maternels. Ils constituent des temps d'éveil et de socialisation. Selon la CAF, il y avait sur la CCPL en 2014, 457 places d'accueil de jeunes enfants (en établissement, chez une assistante maternelle ou un autre type d'accueil) soit 63 places pour 100 enfants de moins de 3 ans (offre identique à celle de la région Nouvelle-Aquitaine). Cependant, seulement 4 % de cette offre était en Etablissement d'Accueil de Jeune Enfant (AEJE) contre 24 % en moyenne régionale.

**L'offre de prise en charge***Le service de protection maternelle et infantile (PMI)*

Ce service concourt à la santé de la mère et de l'enfant de 0 à 6 ans. Ses missions sont la planification familiale, le conseil conjugal et familial, le suivi des femmes enceintes, des enfants jusqu'à 6 ans et de leurs familles, la réalisation des bilans de santé en école maternelle, l'agrément et le suivi des modes d'accueil. Sur le territoire étudié, l'accueil du public est assuré au sein de la Maison départementale des solidarités à Loudun. En 2016, l'équipe de la PMI se compose de 0,6 ETP de médecin, 1,5 ETP d'infirmières-puéricultrices, de 0,8 ETP d'auxiliaires, 0,4 ETP de sages-femmes, 0,1 ETP de psychologues, 0,2 ETP d'éducateurs jeunes enfants et d'1 ETP de service social.

*Le service de promotion de la santé en faveur des élèves de l'Éducation nationale*

Le service intervient par des actions de prévention et d'éducation à la santé individuelles et collectives. Le territoire de la CCPL appartient à un secteur scolaire comprenant les cantons de Loudun, Saint-Jean-de-Sauves, Montcontour, Monts-sur-Guesnes, Mirebeau et le collège de Saint-Gervais-Les-Trois-Clochiers. Le médecin scolaire intervient de la petite section de maternelle au lycée pour tous les problèmes de santé nécessitant des projets d'accueil individualisés, tous problèmes d'apprentissage, de comportement et de handicaps à partir de la grande section. Sur le territoire de la CCPL, le médecin scolaire travaille avec quatre infirmières : deux en lycée (Guy Chauvet et Marc Godrie à Loudun), et deux en primaire et collèges (Loudun et Saint-Jean-de-Sauves). En grande section, les élèves repérés en difficultés scolaires (langage, comportement, scolarité) ou en difficultés de santé par les enseignants, sont vus par le médecin scolaire et l'infirmière et bénéficient d'un bilan de santé complet. En 2016-2017, cela concernait 32 % des enfants. Le médecin scolaire travaille également avec la psychologue scolaire pour les enfants scolarisés en maternelle ou primaire dans le secteur public. Les enfants en grande difficultés sont suivis par une équipe éducative comprenant le psychologue et le médecin scolaires, les familles, les intervenants extérieurs et les équipes pédagogiques.



## Une part importante de bénéficiaires de la carte d'invalidité ou de priorité

En Nouvelle-Aquitaine selon l'état des lieux réalisé par l'Agence régionale de santé en 2016, 138 000 personnes bénéficiaient d'une allocation adulte handicapé, soit 3,0 % des adultes âgés de 20 à 64 ans, ce qui est proche de l'ensemble de la France métropolitaine (2,8 %). L'offre d'équipement est similaire sur la région et la France métropolitaine, avec des disparités départementales. Globalement comparé à l'ensemble de la région, le département de la Vienne est plutôt bien doté en foyer d'hébergement et un peu moins bien doté pour les services d'accompagnement à domicile pour les adultes. En Nouvelle-Aquitaine, comme sur l'ensemble du territoire, la problématique des personnes handicapées vieillissantes se fait de plus en plus prégnante. Concernant les enfants et adolescents, l'ARS constate une hausse de 7,1 % des places offertes depuis 2010 (contre 6,5 % en France métropolitaine). Le département de la Vienne est globalement mieux doté que l'ensemble de la région en établissements et services d'accompagnement pour les enfants et jeunes en situation de handicap.

**Nombre de demandes à la MDPH acceptées et taux pour 1000 personnes de 21 ans et plus selon le type de demande au 31.12.2016**

Demandes MDPH acceptées	CCPL		Département	
	Effectifs	Tx pour 1000	Effectifs	Tx pour 1000
Carte d'invalidité ou de priorité	647	34,3	6076	18,7
AAH <sup>1</sup>	391	20,7	6265	19,3
RQTH <sup>2</sup>	793	42,0	13945	42,9
Orientation et formation professionnelles	658	34,9	12164	37,4
Prestation de compensation du handicap	77	4,1	1360	4,2
Orientation en ESMS <sup>3</sup>	53	2,8	926	2,9
Compléments de ressources	47	2,5	577	1,8
Autres	45	2,4	624	1,9

<sup>1</sup> Allocation adultes handicapés

<sup>2</sup> Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé

<sup>3</sup> Etablissement social et médico-social

Source : MDPH 86, décembre 2016 ; Exploitation : ORS Nouvelle-Aquitaine

**Nombre de demandes à la MDPH acceptées et taux pour 1000 personnes de moins de 20 ans selon le type de demande au 31.12.2016**

Demandes MDPH acceptées	CCPL		Département	
	Effectifs	Tx pour 1000	Effectifs	Tx pour 1000
Carte d'invalidité ou de priorité	19	3,4	486	4,5
AEEH <sup>1</sup>	99	17,9	1895	17,5
Aide humaine à la scolarisation	24	4,3	569	5,2
Avis de transport scolaire	40	7,2	659	6,1
Orientation en ESMS	47	8,5	931	8,6
Autres	54	9,8	1414	13,0

<sup>1</sup> Allocation d'éducation de l'enfant handicapé

<sup>2</sup> Etablissement social et médico-social

Source : MDPH 86, décembre 2016 ; Exploitation : ORS Nouvelle-Aquitaine

**La démarche « Une réponse accompagnée pour tous »**

Le rapport « Zéro sans solution » - le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches, appelé *Rapport Piveteau*, publié en juin 2014, est à l'origine de la démarche « une réponse accompagnée pour tous ». La mission confiée à Denis Piveteau était d'identifier les transformations à opérer pour le secteur du handicap afin de remettre l'utilisateur au cœur du système en apportant systématiquement une réponse aux besoins des personnes en situation de handicap confrontées à des ruptures dans leurs parcours en établissement spécialisé et apporter de nouvelles modalités de réponses aux situations des personnes aujourd'hui sans solution. Pour ce faire, 131 propositions de nature législative, réglementaire ou contractuelle ou relevant de la simple organisation sont proposées pour permettre une transformation en profondeur des pratiques des acteurs en charge de l'accompagnement des personnes en situation de handicap.

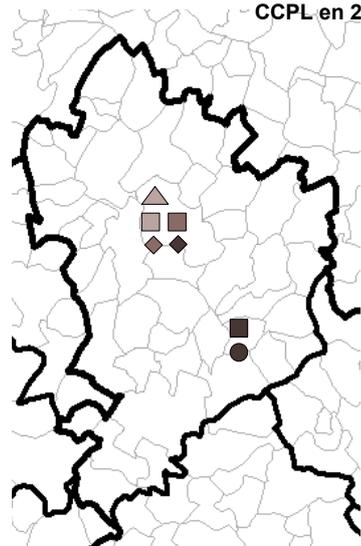
Pour en savoir plus : Rapport de capitalisation. Déployer la démarche « Une réponse accompagnée pour tous », premiers enseignements et retours d'expériences. Juillet 2017. 126 p.

**Une part importante de personnes bénéficiaires d'une carte d'invalidité ou de priorité**

La carte d'invalidité a pour but d'attester la situation de handicap. Elle permet de bénéficier de certains droits, notamment dans les transports. Avec 647 personnes concernées en 2016, le taux de bénéficiaires de cette carte est particulièrement élevé sur le territoire. L'allocation adulte handicapé (AAH) affiche une part un peu plus importante que sur le département. En revanche, les demandes acceptées pour l'orientation et la formation professionnelles sont relativement moins fréquentes sur le territoire.

**99 enfants bénéficiaires de l'AEEH**

Concernant les enfants et jeunes de 20 ans ou moins, 19 sur le territoire bénéficient d'une carte d'invalidité ou de priorité, et 99 de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), soit un taux identique au département. L'aide humaine à la scolarisation concerne 24 enfants, soit un taux sensiblement moins élevé que sur le département. Au contraire, les avis de transport scolaire sont un peu plus élevés sur le territoire.

**Etablissements et services d'accueil spécialisé pour adultes en situation de handicap sur le territoire de la CCPL en 2017**

**Légende**

- △ SAVS
- Foyer de vie ou foyer d'hébergement
- ◇ ESAT ou entreprise adaptée
- FAM
- Troubles du psychisme
- Déficience intellectuelle
- Tous types de déficience

Sources : FINESS, Octobre 2017 ;  
Exploitation : ORS Nouvelle-Aquitaine

**Nombre de places et taux d'équipement pour adultes en situation de handicap en octobre 2017 (pour 1 000 pers de 20 à 59 ans)**

Etablissement ou service	CCPL		Département		Région	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux
Foyer d'hébergement	23	2,0	473	2,2	4146	1,4
ESAT	43	3,8	896	4,1	11 471	4,0
ESAT et entreprises adaptées	79	6,9	1085	5,0	13511	4,7
Foyer de vie	45	3,9	357	1,7	5210	1,8
Foyer d'accueil médicalisé	9	0,8	161	0,7	2671	0,9
Maison d'accueil spécialisée	0	0,0	277	1,1	2704	0,9
Services d'acc. à domicile	18	1,6	431	2,0	6521	2,3

Sources : FINESS, Octobre 2017 ; Exploitation : ORS Nouvelle-Aquitaine

Description des établissements et services : voir glossaire

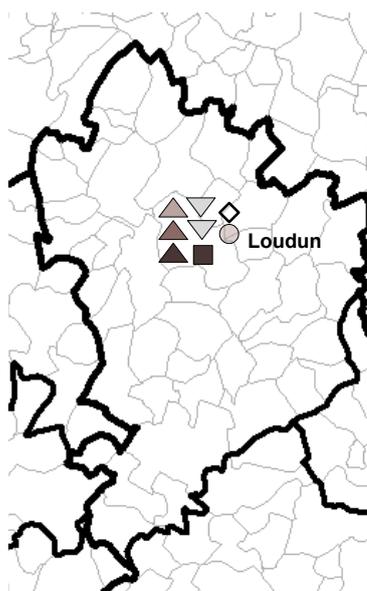
En octobre 2017, sept établissements et services sont présents sur le territoire pour l'accueil des adultes en situation de handicap, pour un total de 174 places. Le taux d'équipement de la communauté de communes est relativement proche de la moyenne départementale pour les foyers d'hébergement.

Sur le territoire en novembre 2017, le Conseil départemental recensait 31 agréments en accueil familial pour les personnes en situation de handicap, plus 50 double agréments (personnes âgées et personnes en situation de handicap). Sur les communes de La Roche-Rigault, Mouterre-Silly et Ceaux-en-Loudun, certains accueillants familiaux sont organisés en Maisons d'accueil familial (voir définitions). Avec un seul établissement visant les personnes ayant des déficiences intellectuelles, le territoire est relativement moins bien couvert en ce qui concerne les ESAT. Une entreprise adaptée basée à Loudun vient compléter cette offre. Enfin, avec un service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) consacré aux déficiences du psychisme, l'offre en service d'accompagnement à domicile semble faire défaut. En revanche, le territoire est relativement bien doté en foyers de vie. Une maison relais est présente à Loudun et dispose d'un agrément pour 20 personnes. Il n'existe pas de familles gouvernantes sur le territoire et le groupement d'entraide mutuelle le plus proche est situé à Châtellerauld. Il intervient une semaine sur deux dans les locaux de la maison relais.

**Nombre de places et taux d'équipement pour enfants en situation de handicap en octobre 2017 (pour 1 000 pers. de moins de 20 ans)**

Etablissement ou service	CCPL		Département		Région	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux
IME	55	10,3	556	5,4	6106	4,7
SESSAD	35	6,6	594	5,8	4575	3,5

Sources : FINESS, Octobre 2017 ; Exploitation : ORS Nouvelle-Aquitaine

**Etablissements et services d'accueil spécialisé pour enfants en situation de handicap sur le territoire de la CCPL en 2017**

**Légende**

- △ SESSAD
- ◇ SESSAD ULIS
- IME
- ◇ CAMSP
- CMPP
- Troubles du caractère et du comportement
- Troubles envahissant du développement
- Déficience intellectuelle
- Retard mental moyen ou léger

Sources : Associations gestionnaires Progecat  
et AADH 86, Octobre 2017 ;  
Exploitation : ORS Nouvelle-Aquitaine

Pour les enfants en situation de handicap, cinq établissements et services sont présents sur le territoire : 1 service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) Petite Enfance accueillant des enfants ayant une déficience intellectuelle (10 places), 1 SESSAD petite enfance accueillant des enfants présentant des troubles envahissant du développement (1 place), 1 SESSAD de 10 places pour des enfants présentant un retard mental moyen et 3 SESSAD rattachés aux ULIS des écoles primaires et collèges. Sont également présents sur le territoire 1 IME, 1 CAMPS et un CMPP et une antenne du CMP. Le taux d'équipement en IME est élevé comparé au département et à la région, comme le taux d'équipement en SESSAD. 24 places d'accompagnement en SESSAD sont disponibles pour des enfants scolarisés en unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS) en primaire. A noter que 10 places en SESSAD adossées au collège fonctionnent par dérogation (sur crédits non reconductibles) pour des jeunes prioritaires qui ont des notifications SESSAD non effectives. Concernant les ULIS, 13 places sont disponibles à l'école primaire Jacques Prévert de Loudun, 11 places au collège Joachim du Bellay et 12 places à l'école primaire de Saint-Jean-de-Sauves. Aucune place n'est disponible au lycée.

Un taux d'équipement en places d'hébergement pour personnes âgées plutôt élevé

La population française continue de vieillir sous le double effet de l'augmentation de l'espérance de vie et de l'avancée en âge des générations du baby-boom. En 2014, selon l'Insee, la France compte 9,0 % d'habitants d'au moins 75 ans, contre 11,4 % en Nouvelle-Aquitaine, et 10,6 % dans la Vienne. Au niveau national, la part des personnes âgées de 75 ans et plus vivant seules représente 39 % de la population, contre 37 % dans la Vienne et 36 % en Nouvelle-Aquitaine. Chez les femmes cette proportion est plus importante. Ainsi, les femmes âgées de 75 ans et plus sont 49 % à vivre seules en France, 48 % sur le département de la Vienne et 46 % en Nouvelle-Aquitaine.

Nombre de personnes âgées de 75 ans et plus en 2013 (%)

	CCPL	Vienne	Nouvelle-Aquitaine
Nb de personnes âgées de 75 ans et plus	3 286	45 709	665 429
Part des personnes âgées de 75 ans et plus	13,5	10,6	11,4
Part des femmes parmi les 75 ans et plus vivant seules	45,4	47,7	46,2
Part des 75 ans et plus vivant à domicile	88,4	89,2	90,2

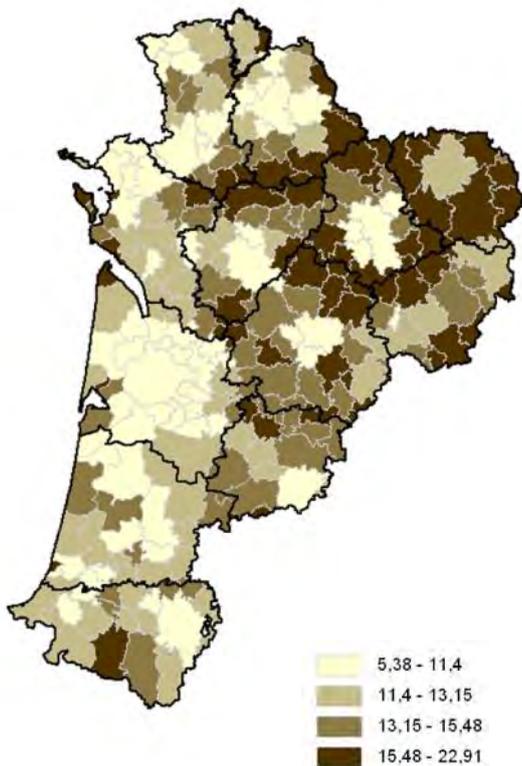
Source : Insee 2013 Exploitation : ORS Nouvelle-Aquitaine

Une part relativement importante de personnes âgées de 75 ans et plus

En 2013, la part des personnes âgées de 75 ans et plus représente près de 14 % de la population de la CCPL, part supérieure à celle du département et à la région (11 %). La part des personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile parmi les 75 ans et plus, est importante mais varie peu entre les territoires étudiés : 88 % pour la CCPL, 89 % pour le département et 90 % pour la Nouvelle-Aquitaine.

Du fait des veuvages plus fréquents chez les femmes, elles sont plus nombreuses à vivre seules à partir de 75 ans : 45 % des femmes âgées de 75 ans et plus sont sur le territoire dans cette situation.

La part des personnes âgées de 75 ans et plus selon les bassins de vie de la Nouvelle-Aquitaine en 2013 (%)



Source : Insee (RP 2013) Réalisation : ORS Nouvelle-Aquitaine

Valeur région : 11,4 %

Selon les bassins de vie du territoire étudié et toujours en 2013, c'est celui de Richelieu qui compte le plus de personnes âgées de 75 ans et plus (16 %), suivi du bassin de vie d'Airvault (15 %). Le bassin de vie de Loudun compte 13 % de PA de 75 ans et plus, les autres bassins de vie (Mirebeau et Saumur) sont aux alentours de 12 % et celui de Montreuil Bellay enregistre le plus faible taux de PA de 75 ans et plus du territoire étudié avec à peine 11 %.

Centre local d'information et de coordination (CLIC) du Pays Loudunais et Réseau gérontologique

C'est un lieu d'accueil, d'écoute, d'information et de conseil destiné aux personnes âgées, à leurs familles et aux professionnels de la gérontologie et du maintien à domicile.

Les CLIC assurent un accueil personnalisé gratuit et confidentiel quelle que soit l'origine de la demande, qu'elle émane de la personne âgée, de sa famille, des services sociaux, du médecin traitant, d'une structure médico-sociale ou hospitalière...

### Nombre et taux d'équipement en places d'hébergement pour les personnes âgées (pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus) en 2013

	EHPAD		Non EHPAD	
	Nb places	Taux	Nb places	Taux
CCPL	404	122,9	89	27,1
Vienne	5 514	120,6	1 346	29,4
Nouvelle-Aquitaine	71 334	107,2	11 825	17,8

Source : Finess. Extraction du 22/06/2016 Exploitation : ORS Poitou-Charentes

### Bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie âgés de 75 ans et plus en 2016

	Nombre de bénéficiaires de l'APA	Dont GIR 1 et 2	Taux bénéficiaires APA*	Nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile	Dont taux de bénéficiaires APA à domicile*
CCPL	630	202	191,7	338	116,3
Vienne	8 556	2 722	187,2	4 434	108,7

\*pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus

Source : Conseil départemental de la Vienne - Données 2016

Exploitation : ORS Poitou-Charentes

### Bénéficiaires des services de l'ADMR (toute catégorie d'âge confondue) sur la CCPL en 2016

	Nb de bénéficiaires
Loudun ville	259
Moncontour	167
Les Trois Moutiers	141
Loudun rural	113
Monts sur Guesnes	104
<b>Total</b>	<b>784</b>

Source : Fédération ADMR 86 Exploitation : ORS Poitou-Charentes

### La totalité du territoire est couvert par les services d'aide à domicile

Les services d'aide à domicile (SAD) couvrant la totalité du territoire assurent au domicile des personnes des prestations de services ménagers et des prestations d'aide à la personne pour les activités ordinaires et les actes essentiels de la vie quotidienne (entretien du logement, entretien du linge, préparation des repas, courses, aide à la toilette, l'habillage, le déshabillage...). Les services d'aide à domicile ne peuvent pas se substituer à l'infirmière (l'auxiliaire de vie sociale peut effectuer une toilette mais pas de soins).

Sur le territoire, deux structures proposent des services d'aide à domicile : le service « EMMA SAP », et l'ADMR qui compte cinq antennes.

En 2016, 784 personnes (toute catégorie d'âge confondue) ont eu recours au service de l'ADMR sur la CCPL.

D'autre part, un SSIAD, porté par l'ADMR de Loudun, intervient sur ce territoire, 91 personnes de 60 ans et plus ont bénéficié des services du SSIAD en 2016 (33 hommes et 58 femmes), tous GIR confondus.

Le territoire est également couvert par le CLIC du Pays Loudunais, le Réseau gérontologique, porté par l'Association Lien de vie et le dispositif MAIA Nord Vienne. Il existe aussi une équipe spécialisée Alzheimer (ESA) sur le nord Vienne qui intervient à domicile spécialement pour les personnes atteintes de troubles neurodégénératifs avec des objectifs de réhabilitation. Ce service intervient sur prescription médicale uniquement.

### Un taux d'équipement en EHPAD supérieur au département

La base FINESS recense 404 places en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sur la CCPL, dont 215 dédiées aux personnes ayant des troubles liés à la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés, soit plus de la moitié de l'ensemble des places en EHPAD. Au total, 493 places sont réservées aux personnes âgées, réparties soit en EHPAD, soit en résidences autonomie (2 sur le territoire) soit en accueil de jour (1 sur le territoire).

Le taux d'équipement en EHPAD sur le Loudunais est supérieur à celui du département et de la région. En novembre 2017, le Conseil départemental recensait également sur le territoire 22 places en accueil familial pour les personnes âgées et 50 places en double agrément (personnes âgées et personnes en situation de handicap).

### Un taux de bénéficiaires de l'APA plus important sur le territoire pour les 75 ans et plus

Sur la CCPL, 630 personnes âgées de 75 ans et plus bénéficient de l'APA présentant un taux supérieur à celui du département. Sur ces 630 personnes, 202 présentent un niveau de dépendance élevé (GIR 1 et 2). Plus de la moitié des personnes de 75 ans et plus bénéficiaires de l'APA sont à domicile sur la CCPL (338), soit un taux supérieur à celui du département. La répartition homme/femme bénéficiant de l'APA montre que chez les 75 ans et plus (tout comme chez les 60 ans et plus), les femmes sont plus représentées que ce soit à domicile ou en établissement : 73 % de femmes contre 27 % pour les hommes.

## Le point de vue des acteurs du territoire sur la prise en charge des populations vulnérables



### • Familles / Parentalité / prise en charge des enfants

#### *Besoin de dépistage et de prises en charge précoce*

Les professionnels font le constat d'une augmentation des situations familiales complexes et sont confrontés à des familles en grande difficultés sociales. Ces situations complexes demandent une prise en charge globale et coordonnée. Parmi les difficultés repérées, les professionnels soulignent :

- Des problèmes d'isolement (mobilité, pas de soin, précarité...)
- Une grande précarité sociale
- Des retards de langage, des retards dans les apprentissages chez les enfants
- Un manque de stimulation et d'éveil des jeunes enfants
- Des parents très jeunes qui ont besoin d'accompagnements spécifiques

Les acteurs décrivent des situations d'attentisme, d'immobilisme et des reproductions du schéma familial avec des parents ne se mobilisant pas pour le suivi sanitaire de leur enfant car ils n'ont eux-mêmes pas eu d'habitudes de soin (par exemple pour les soins ophtalmologiques, dentaires, etc.). Des situations de carences de soin sont observées. Les participants constatent de la violence au sein des familles, dans des contextes de grandes difficultés sociales. Le nombre de signalements pour des situations préoccupantes augmente, comme le nombre de placements.

Ils font état d'un nombre important de situations de retards de langage qui ne sont constatés qu'à l'entrée en maternelle.

Au final, ils s'accordent à penser qu'il est nécessaire de développer les opportunités de dépistage précoce en multipliant les lieux de socialisation permettant la rencontre des enfants le plus tôt possible et donc le dépistage et la prise en charge d'éventuels troubles du développement. Des enfants avec des troubles importants du développement ne sont dépistés qu'au moment du bilan des 3 / 4 ans par la PMI et sont orientés vers le CAMSP. Le temps de l'acceptation des parents et des délais d'attente au CAMSP ne favorisent pas un accompagnement suffisamment précoce. Une entrée tardive au CAMSP (au-delà de 4 ans) ne permet un accompagnement que d'une seule année, le CAMSP n'étant plus autorisé à suivre les jeunes au-delà de leur 6 ans.

Les ruptures de soin et/ou rupture de scolarisation lors de la petite enfance peuvent faire régresser le jeune enfant très vite et avoir pour conséquence une orientation prématurée en établissement médico-social alors qu'un accompagnement plus inclusif avec des soins en ambulatoire aurait été possible. Un accompagnement précoce des parents sur les besoins de leur enfant pourrait éviter ces situations : jeux, stimulation, lecture, imagier, etc.

Au-delà du dépistage, le territoire manque de professionnels pour la prise en charge : pas de pédiatre et le CAMPS et les SESSAD sont saturés.

#### *Besoin de soutenir et développer les initiatives de soutien à la parentalité*

Les familles, notamment les jeunes parents, ont besoin d'accompagnement, de conseils et de soutien.

L'utilisation problématique d'écran est constatée dès le plus jeune âge. Ces utilisations abusives provoquent chez les enfants et les adolescents de l'instabilité, des problèmes de concentration, des retards de langage. Les professionnels constatent des difficultés de positionnement des parents face à ces utilisations, avec des parents qui sont eux-mêmes dans une sur utilisation de ces écrans.

Le service de PMI est en lien avec les maternités environnantes et propose le passage d'une puéricultrice aux parents suite à la naissance de leur enfant.

L'amélioration du repérage, de la prise en charge et du soutien à la parentalité doit également passer par un travail sur l'image de la PMI. En effet, le recours à la PMI est encore stigmatisé et les familles sont parfois dans la crainte d'être confrontées aux services sociaux et notamment au service d'aide sociale à l'enfance. Certaines sont donc réticentes à accepter une prise en charge.

## • Jeunes et adultes ayant recours à la Mission Locale d'Insertion



### *Manque de suivi et de prise en charge des problèmes de santé, y compris de santé mentale*

Les professionnels évoquent un manque d'évaluation et de prise en charge des problèmes de santé des personnes qui ont recours à la Mission locale car ils ne bénéficient pas de personnel formé et dédié au suivi de santé, même si la santé est souvent un frein important à l'insertion professionnelle. Ils constatent des situations de déni des problèmes de santé et de prise en charge tardive.

Un psychologue de l'équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP) du CHHL intervient une fois tous les 15 jours pour des expertises et évaluations individuelles.

Globalement, les prises en charge sont compliquées au niveau de la santé et de la santé mentale. Il est difficile d'aborder les questions de santé. Les ateliers collectifs permettent de le faire. D'autre part, il n'y a actuellement pas d'accompagnement vers le centre d'examen de santé de l'Assurance maladie pour la réalisation des bilans de santé (situé à Poitiers). Ceci pourrait être une porte d'entrée vers une démarche de prise en compte de la santé.

### *Difficultés pour faire reconnaître un handicap*

Pour les jeunes suivis à la MLI, les professionnels sont confrontés à des difficultés pour faire reconnaître le handicap ou une déficience intellectuelle. Ce dépistage n'a pas été fait avant. Une fois repéré, les démarches pour monter le dossier de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé sont complexes et les personnes qui bénéficient d'une orientation vers un ESAT ne trouvent pas de place facilement.

## • Personnes vieillissantes

### *Difficultés de recours aux soins*

Les personnes âgées sont particulièrement touchées par le problème de démographie médicale et les difficultés de mobilité. Que ce soit à domicile ou en établissement, des personnes âgées n'ont pas accès aux soins (kinés, orthophonistes) sur le territoire et il n'y a plus de possibilité de soins de kinésithérapie à domicile. Il n'y a plus non plus de consultation mémoire à l'hôpital. Les acteurs constatent donc des défauts de soins par manque de ressources locales, des personnes âgées désorientées qui se retrouvent au CHU à Poitiers. Le territoire souffre également du manque d'une équipe mobile de soins palliatifs et d'une équipe mobile de gériatrie.

### *Sorties d'hospitalisations*

Concernant les sorties d'hospitalisation, l'articulation se passe bien avec l'hôpital de Loudun, surtout quand l'assistante sociale est mobilisée. C'est également le cas avec les centres hospitaliers de Saumur et de Chinon mais c'est plus difficile avec les centres hospitaliers plus lointains comme Châtellerauld et Poitiers. La MAIA anime un groupe de travail sur le retour à domicile.

### *Besoin de prise en charge précoce des situations*

Les acteurs rencontrés déplorent le manque de prise en charge précoce des situations par manque de sollicitation des structures ressources (CLIC notamment), donc des situations prises en charge très tardivement avec un épuisement des aidants et une dégradation des états de santé des personnes et des aidants. Ceci provoque des entrées en urgence en institution et des situations qui se dégradent très vite. Il est nécessaire de développer la capacité à repérer plus tôt ces situations pour commencer un travail avec les personnes et les familles. Les acteurs rencontrés souhaitent développer leurs liens avec les médecins généralistes afin qu'ils puissent s'appuyer plus précocement sur les dispositifs dédiés à la prise en charge globale des personnes âgées : CLIC, MAIA, réseau. La MAIA travaille sur ce sujet qui a un impact important sur le maintien à domicile.



### *Des difficultés d'accès aux établissements d'hébergement temporaire et permanent*

Les acteurs rencontrés constatent beaucoup de non-recours aux droits (APA notamment) par méconnaissance, non-demande ou par difficultés de montage administratif des dossiers. Or beaucoup de personnes âgées sont dans des situations de précarité. Les entrées en EHPAD sont freinées par des difficultés financières ou des difficultés d'acceptation pour les familles de prendre en charge financièrement l'hébergement en EHPAD de leurs aînés. Sur le territoire, les EHPAD proposent peu de places d'aide sociale. Un frein à l'entrée en EHPAD peut également être le refus de la personne ou des aidants parce que l'image des EHPAD est dégradée. Il est nécessaire de travailler sur les représentations du grand public, de communiquer. Ceci peut se faire en ouvrant les murs à la société civile et en développant le travail entre le domicile et l'accueil en établissement. Ces difficultés entraînent des maintiens à domicile par défaut, sans l'accompagnement nécessaire, des situations d'épuisement des aidants et au final, des hospitalisations des personnes et/ou des aidants et une entrée en urgence en établissement, parfois temporaire, parfois permanente.

Concernant les séjours de répit, des solutions sont imaginées pour prévenir l'épuisement des aidants : par exemple, l'EHPAD Porte du Martray travaille sur l'idée de proposer un accueil de nuit. Cependant le montage financier est complexe. Des difficultés financières peuvent se poser également pour l'accueil en séjour de répit.

A noter que beaucoup de familles d'accueil sont installées sur le territoire.

D'autre part, l'accueil de jour qui existe depuis trois ans sur le territoire a été très bénéfique même si la question de l'accès financier se pose également, notamment en l'absence d'APA. A noter que des aides extra légales peuvent permettre d'améliorer cette accessibilité.

### *La prise en charge des personnes vieillissantes ayant des troubles psychiatriques*

Des problématiques liées à la prise en charge de patients avec des troubles psychiatriques se posent dans les EHPAD. Certains EHPAD ont des conventions avec le CHHL pour permettre des interventions une journée par semaine. Globalement, les participants constatent une augmentation des personnes avec des troubles psychiatriques. Ces situations sont également complexes à domicile.

Concernant le soutien psychologique, il n'y a pas de recours possible pour les personnes âgées, sauf chez les psychologues libéraux, ce qui pose des problèmes d'accessibilité financière.

A noter qu'une équipe du SSIAD sur le Nord Vienne est spécialisée dans l'accompagnement des personnes souffrant d'Alzheimer ou de troubles apparentés.

### *Isolement / Habitat dégradé*

L'isolement est une problématique très importante chez les personnes âgées, notamment dans un contexte de précarité et de difficultés de mobilité.

Les professionnels constatent des problématiques importantes liées à l'habitat inadapté ou insalubre. Il est nécessaire d'accompagner les aidants à domicile qui sont confrontés à des situations difficiles, notamment par rapport à ces conditions d'habitat. Il est également important de former les intervenants sur le respect des choix, l'autonomie décisionnelle. Accompagner des personnes dans des logements dégradés voire insalubres est très compliqué. Les arrêts de travail ne sont pas rares dans les services d'aides à domicile.

## • Personnes en situation de handicap



### *Besoins en services et établissements médico-sociaux pour les enfants et les personnes âgées en situation de handicap*

Le territoire manque de professionnels et de structures de soins pour la prise en charge et l'accompagnement des enfants en situation de handicap. Parfois les diagnostics sont posés mais il n'y a pas de possibilité de soins à proximité : par exemple une ULIS existe à Saint-Jean de Sauves mais sans SESSAD.

En revanche, les SESSAD et le CAMPS sont très bénéfiques pour le territoire.

La problématique des personnes en situation de handicap vieillissantes se pose également sur ce territoire, où le déficit en offre de soin et les difficultés de mobilité complexifient le parcours de ces personnes. Différents scénarios sont en cours de réflexion sur le territoire. Actuellement, certaines personnes intègrent des foyers logements, des EHPAD où l'accueil n'est pas adapté, ou encore des familles d'accueil.

Les acteurs notent également un manque de possibilités d'accueil du handicap moteur, de l'autisme et des troubles du comportement sur le territoire.

L'accès aux places en ESAT et l'accès au SSIAD pour les moins de 60 ans peuvent également poser problème.

### *Un sentiment de manque de considération ressenti par des familles dans le montage et l'instruction des dossiers liés au handicap*

Il arrive que des familles éprouvent un sentiment de manque de considération lorsqu'elles sont confrontées aux démarches administratives liées au handicap, bien qu'elles ne remettent pas en cause la bienveillance et la bonne volonté des professionnels en charge de l'instruction des dossiers. Lors de ces démarches, déjà fragilisées par la situation de handicap, elles peuvent avoir le sentiment de manque d'écoute et d'accueil adapté. De plus, le dossier administratif est très complexe à constituer. Par ailleurs, le certificat médical est déterminant dans la notification de la MDPH, cependant il est très complexe à renseigner et les médecins ne sont pas toujours suffisamment formés pour le renseigner de manière adaptée.

### *Le besoin de coordination pour une prise en charge globale*

Les structures qui accueillent les enfants (gérées par l'AADH 86 sur le territoire du Loudunais) déplorent un manque de coordination avec le médecin généraliste qui ne peut pas se rendre disponible sur les réunions de synthèse autour d'un enfant organisées par les structures médico-sociales.

Pour les adultes (structures gérées par Progecat), des professionnels accompagnent systématiquement les personnes aux rendez-vous médicaux, rendant ce lien plus facile. Les professionnels de la structure sont présents aux rendez-vous.

Une initiative partenariale coordonnée par la MDPH « zéro sans solution » est mise en place sur le territoire. Cependant, dans ce cadre, les acteurs se mettent autour de la table lorsque la situation est très critique. Les acteurs regrettent que ces initiatives ne soient pas mises en place en amont des situations critiques afin justement de les prévenir.

### *Des difficultés d'accès aux soins somatiques*

Les participants notent une méconnaissance du champ du handicap par les médecins et des attitudes parfois discriminatoires : tutoiement, professionnel qui s'adresse à l'accompagnant plutôt qu'à la personne. L'accès aux soins semble facilité par la présence d'un accompagnant. Les professionnels de santé sont peut-être rassurés par cette présence.

D'autre part, les acteurs déplorent un manque de suivi médical et de dépistage pour les enfants pris en charge dans les établissements médico-sociaux : difficulté pour les structures à recruter des médecins, pédiatres, etc. et il n'y a pas de bilan systématique comme c'est le cas pour les enfants scolarisés en milieu ordinaire. D'où un manque de suivi dentaire, ophtalmologique, auditif, etc. Il arrive que des situations critiques en arrivent à passer en situations préoccupantes pour des défauts de soins.



### *Des difficultés d'accès aux soins somatiques (suite)*

L'accès aux soins de kinésithérapie est très compliqué. Les personnes rencontrées déclarent qu'il existe des situations de non-recours aux soins de kinésithérapie par refus de soins. Les familles qui le peuvent vont alors à Mirebeau ou Neuville. Ceci couplé à des problèmes de mobilité car les professionnels de santé ne se déplacent quasiment plus. Le même problème se pose avec les orthophonistes.

A noter qu'une orthophoniste intervient dans les établissements et services du territoire depuis 2015, fruit d'une mutualisation réussie entre l'ADDH 86 et Progecat, les deux structures gestionnaires du territoire.

L'accès aux soins dans un contexte de handicap est très compliqué car les familles doivent avoir confiance dans la prise en charge spécifique proposée. Si le professionnel ne paraît pas formé sur ce public ou est hésitant dans son approche, il est difficile pour les familles d'accepter une prise en charge. Il existe aussi des *a priori* négatifs de la part des professionnels en charge de l'accompagnement des personnes qui préfèrent orienter vers des professionnels installés plus loin par manque de confiance dans les professionnels locaux.

### *Un lien à renforcer entre les établissements médico-sociaux et la psychiatrie publique*

Pour les situations qui nécessitent l'intervention du médico-social et de la psychiatrie, les acteurs notent une absence de coordination et un manque de fluidité dans les parcours.



## Quelques éléments clés



- Un taux de recours hospitalier à l'IVG qui semble inférieur à ceux du département et de la région mais pas de données disponibles pour les IVG réalisées en ville.
- 2 550 passages enregistrés au Centre Périnatal de Proximité, incluant les activités du CeGiDD et du planning familial.
- Une fréquence des décès masculins du fait de pathologies dont la consommation d'alcool est un facteur de risque majeur supérieure à celle de la région.
- Une fréquence des décès du fait de pathologies dont la consommation de tabac est un facteur de risque majeur comparable au niveau régional quel que soit le sexe.
- Certains acteurs pointent l'émergence de consommations et de trafics de drogues dures sur le territoire ainsi qu'une augmentation de la consommation de tabac sur les 3 années de scolarité au collège.
- Les professionnels rencontrés constatent, d'une part une méconnaissance chez les jeunes des risques liés aux infections sexuellement transmissibles, et d'autre part que le recours à la contraception d'urgence est de plus en plus fréquent au fil des années. Ils déplorent un manque d'espace de dialogue sur ces sujets pour les jeunes.
- Les professionnels craignent qu'il devienne difficile de maintenir les séances d'éducation à la sexualité du fait du départ d'une des sages-femmes de l'hôpital de Loudun.

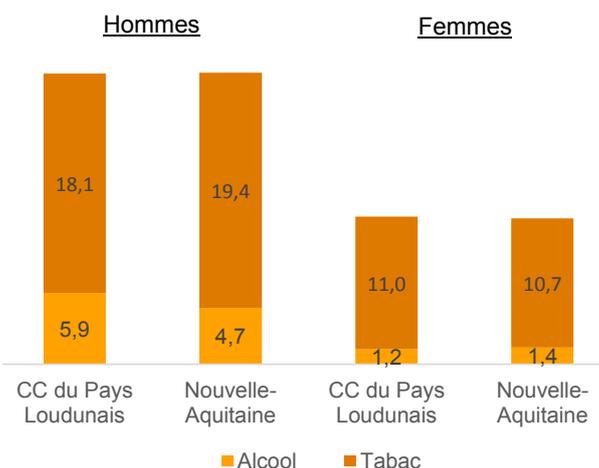


Une surmortalité masculine liée à la consommation d'alcool par rapport à la région

Les substances psychoactives sont consommées pour leur effet immédiat sur les perceptions, l'humeur et le comportement. Les usages de certaines substances comportent des risques à court terme (surdoses, accidents, violences) ou à long terme pour l'organisme, notamment des cancers, des maladies respiratoires ou cardiovasculaires. Par ailleurs, consommation de substances psychoactives et exclusion sociale sont souvent associées et se renforcent mutuellement.

En France, l'alcool et le tabac sont les substances psychoactives les plus consommées et aussi les plus létales. Le tabac est responsable de 78 000 décès chaque année, l'alcool 49 000. Le cannabis est de loin la substance illicite la plus consommée. Le cannabis ne provoque pas de décès par intoxication aiguë (surdoses) comme cela peut être le cas pour les opiacés. Si l'on ne dispose pas de données sur les décès par cancers ou maladies cardio-vasculaires imputables au cannabis, sa consommation serait responsable de 170 à 190 décès annuels par accidents de la circulation à la fin des années 2000. Concernant les différences entre générations, les produits illicites s'avèrent essentiellement consommés par les plus jeunes. Le tabagisme est de moins en moins fréquent avec l'âge alors que l'usage d'alcool a tendance au contraire à augmenter.

Part des décès liés à la consommation d'alcool et de tabac dans la mortalité générale entre 2004 et 2013 (%)



Source : Inserm CépiDc  
Exploitation : ORS Nouvelle-Aquitaine

5,9 % des décès masculins liés à la consommation d'alcool soit plus qu'en Nouvelle-Aquitaine

De 2004 à 2013, la Communauté de Communes du Pays Loudunais a enregistré 11 décès annuels moyens pour des causes dont l'alcool est un facteur de risque majeur. Ces décès touchent très majoritairement les hommes (84 % des décès liés à l'alcool) et d'une manière bien plus prononcée sur le territoire qu'au niveau de la Nouvelle-Aquitaine (78 %).

Aussi, la part des décès masculins liés à la consommation d'alcool parmi l'ensemble des décès masculins, se montre significativement plus élevée qu'en région (5,9 % contre 4,7 %). Chez les femmes, cette proportion n'est pas statistiquement différente de celle de la Nouvelle-Aquitaine (1,2 % contre 1,4 %).

14,7 % des décès liés à la consommation de tabac, proportion comparable au niveau régional

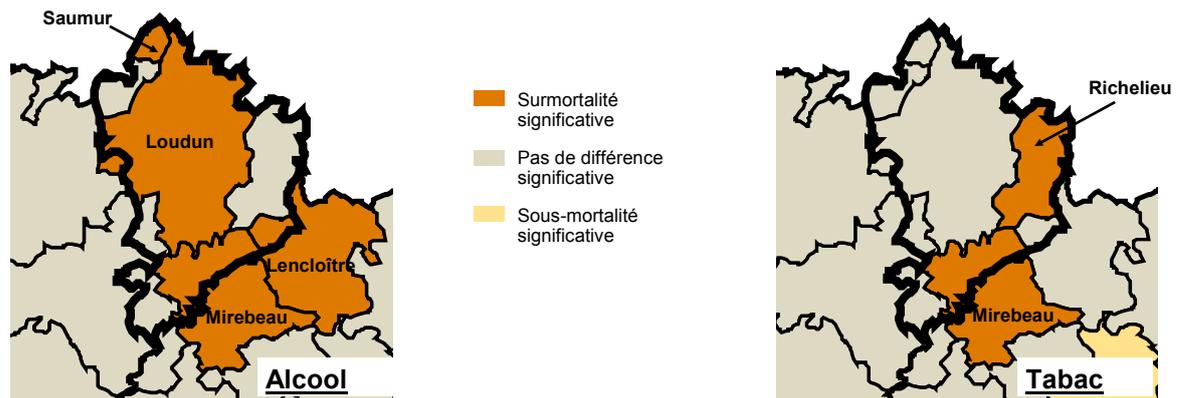
Sur la même période, la CC du Pays Loudunais enregistre 45 décès annuels moyens attribuables à la consommation de tabac. Les deux tiers de ces décès touchent les hommes : 65 % de décès masculins sur le territoire contre 66 % en Nouvelle-Aquitaine.

La part des décès masculins liés à la consommation de tabac dans la mortalité générale n'est pas statistiquement différente de celle de la région (18,1 % contre 19,4 %). Chez les femmes, cette proportion se montre également comparable au niveau régional (11,0 % contre 10,7 %).

La **mortalité attribuable** à la consommation d'alcool ou de tabac peut être estimée à partir de l'analyse des causes de décès fortement imputables à leur consommation qui sont relevées chaque année dans les statistiques de décès :

- cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhoses alcooliques et psychoses alcooliques pour l'**alcool** ;
- bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives, cancers de la trachée, des bronches et du poumon, et cardiopathies ischémiques pour le **tabac**.

### Indices comparatifs de mortalité<sup>1</sup> (ICM) liée à la consommation d'alcool et de tabac dans les bassins de vie de la CC du Pays Loudunais entre 2004 et 2013



Sources : Inserm CépiDc, Insee Exploitation : ORS Nouvelle-Aquitaine

**Attention** : les ICM ne peuvent pas être comparés les uns aux autres au niveau des bassins de vie. La seule base de comparaison est la mortalité observée en Nouvelle-Aquitaine (population de référence = 100).

#### Une fréquence des décès liés à la consommation d'alcool plus élevée chez les hommes comparée à la Nouvelle-Aquitaine

Sur la période 2004-2013, la mortalité masculine liée à la consommation d'alcool dans la CC du Pays Loudunais se révèle significativement supérieure à celle de la région Nouvelle-Aquitaine (45 %). Chez les femmes, le niveau de mortalité n'est pas statistiquement différent.

A l'échelle des bassins de vie (BV) du territoire, quatre d'entre eux affichent une surmortalité : Mirebeau (63 %), Loudun (57 %), Lencloître (48 %) et Saumur (29 %) (voir carte Alcool ci-dessus). Chez les hommes, cette surmortalité se retrouve dans ces mêmes BV (Loudun et Lencloître (62 % chacun), Mirebeau (58 %) et Saumur (33 %)) auquel s'ajoute le BV de Montreuil-Bellay (45 %). Chez les femmes, aucune surmortalité n'est révélée à l'échelle des BV.

#### Une surmortalité féminine liée à la consommation de tabac dans les bassins de vie de Richelieu et de Montreuil-Bellay

La fréquence des décès liés à la consommation de tabac sur le territoire se montre comparable au niveau régional chez les hommes comme chez les femmes. A l'échelle des bassins de vie (BV) du territoire, deux d'entre eux affichent une surmortalité : Richelieu (24 %) et Mirebeau (19 %) (voir carte Tabac ci-dessus). Chez les femmes, cette surmortalité se retrouve dans le BV de Richelieu (35 %) auquel s'ajoute le BV de Montreuil-Bellay (38 %). Chez les hommes, aucune surmortalité n'est révélée à l'échelle des BV.

#### La prise en charge des addictions sur le territoire

L'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA Poitou-Charentes, antenne 86 située à Poitiers) assure des interventions de prévention et de sensibilisation. Elle intervient auprès de tous les publics et participe à la formation des professionnels du champ médico-psycho-social et éducatif, de l'entreprise... Son champ d'action couvre l'ensemble des addictions. Le Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie de la Vienne (CSAPA 86) géré par le CH Henri Laborit, assure une mission d'information et de soins ambulatoires pour les personnes ayant une consommation à risque, un usage nocif ou présentant une dépendance aux substances psycho-actives ainsi que pour leur entourage. Il regroupe 3 unités aux rôles distincts :

- L'Unité Alcoologie CIPAT qui propose un accompagnement des personnes en difficulté avec l'alcool et de leur entourage. Des consultations gratuites sont organisées sur rendez-vous à Loudun et aux alentours dans des locaux mis à disposition ponctuellement par les partenaires ou au domicile, tous les lundis et vendredis ;
- L'Unité Toxicomanie Le Tourniquet qui propose un accompagnement des personnes en difficulté avec les autres substances psycho-actives et tabac, ainsi que de leur entourage, au CSAPA de l'antenne de Châtelleraut et à Poitiers ;
- L'Unité Jeunes et Addictions et Addictions comportementales A-Proche qui propose pour les 15-25 ans et leur entourage : des actions de prévention ; des consultations au sein de l'espace jeune de Loudun (1<sup>er</sup> et 3<sup>ème</sup> jeudi de chaque mois sur rendez-vous) ; un accueil, un suivi et une orientation ; des consultations sur les addictions comportementales au CSAPA à Châtelleraut (mercredi sur rendez-vous) et à Poitiers.

Le Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD 86- AIDES) dédié aux usagers les plus marginalisés qui vise à améliorer la situation sanitaire et sociale des consommateurs non encore engagés dans une démarche de soins. Il propose un accueil et des matériels de réduction des risques liés à l'injection et au sniff. Outre le lieu d'accueil fixe dans ses locaux à Poitiers, 2 services mobiles sont organisés sur Poitiers et Châtelleraut.

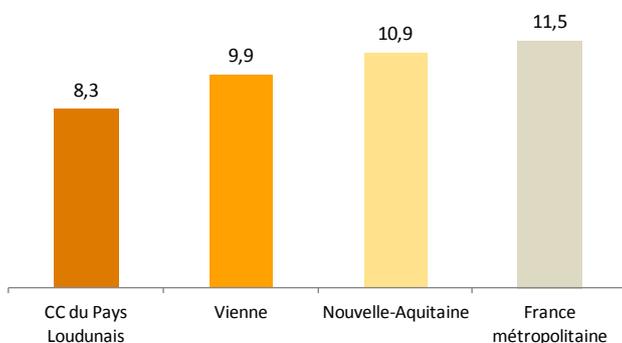
La prévention et le dépistage porté par le centre périnatal de proximité

La santé sexuelle, selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé de 2002, correspond à « un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social associé à la sexualité ». Aussi, elle ne consiste pas « uniquement en l'absence de maladie, de dysfonction ou d'infirmité ». Il s'agit « d'une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, et la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui apportent du plaisir en toute sécurité et sans contraintes, discrimination ou violence ». Selon cette définition, plusieurs thèmes peuvent être abordés : Infections Sexuellement Transmissibles (IST), grossesses non désirées/IVG/contraception, troubles sexuels/infertilité, violences sexuelles et liées au genre, santé sexuelle des jeunes et éducation à la sexualité, orientation sexuelle et identité de genre...

En 2016, 211 900 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en France, chiffre en légère baisse pour la troisième année consécutive. Les femmes de 20 à 24 ans sont les plus concernées (26 IVG pour 1 000), tandis que les taux baissent chez les moins de 20 ans (6,7 recours pour 1 000 parmi les 15-17 ans et 17,8 parmi les 18-19 ans).

L'enquête Violences et rapports de genre (Virage) réalisée par l'Institut national d'études démographiques en 2015 rapporte qu'une femme sur sept (14,5 %) et un homme sur vingt-cinq (3,9 %) déclarent avoir vécu au moins une forme d'agression sexuelle (hors harcèlement et exhibitionnisme) au cours de leur vie.

Taux de recours hospitalier pour IVG en 2016 (pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans)



Sources : ATIH (PMSI), Insee (RP 2006)  
Exploitation : ORS Nouvelle-Aquitaine

Trente sept séjours hospitaliers pour IVG pour les femmes de la CCPL

Trente sept séjours hospitaliers pour IVG ont été réalisés par des femmes de la CCPL, ce qui est moins que dans la Vienne, la région Nouvelle-Aquitaine ou la France Métropolitaine. Toutefois, les IVG réalisées au sein d'un établissement de santé représentent en France métropolitaine un peu plus de 80 % de l'ensemble des IVG. D'autres IVG peuvent être réalisées « en ville ». Si ce chiffre n'est pas connu pour la CCPL, dans la Vienne, ce sont en 2016, 147 IVG qui ont été réalisées en ville (soit un peu moins de 14 % de l'ensemble des IVG).

L'activité du Centre Gratuit d'information, dépistage et diagnostique (CeGiDD) et du planning familial de Loudun

Outre leurs activités de dépistage, les CeGiDD permettent d'obtenir au cours d'un entretien avec un médecin ou une sage-femme des informations liées à la sexualité (informations et éducation à la sexualité, prévention des grossesses non désirées, prévention et détection des violences sexuelles) ainsi que sur le dépistage des virus du VIH (SIDA), VHB (hépatite B) VHC (hépatite C) et des infections sexuellement transmissibles. Le planning familial dispense des informations et un accès à la contraception notamment en direction des mineures. Sur la CCPL, entre 2010 et 2015, selon l'INSEE, 8 naissances ont été enregistrées pour des mères mineures pour un total de 1 394 naissances soit 0,57 % (contre 0,65 % dans la Vienne).

Le CeGiDD et le planning familial de Loudun sont rattachés au Centre périnatal de proximité (CPP) du Groupe Hospitalier Nord Vienne. En 2016, ce sont près de 2 550 passages qui ont été enregistrés au CPP, incluant les activités du CeGiDD et du planning familial.

En outre, le CPP conduit également des actions de prévention à destination des enfants scolarisés. En 2016, 50 classes d'élèves de la 6<sup>ème</sup> à la terminale ont été sensibilisées à la santé sexuelle et à la contraception. Depuis 2017, seules les 4<sup>ème</sup> et les 1<sup>ères</sup> du bassin Loudunais sont ciblées. Le CPP participe à la journée de prévention du sida le 1<sup>er</sup> décembre de chaque année.

De même, une permanence est assurée une fois par mois dans un lycée professionnel (Lycée la Perrière à La Roche-Rigault).

En 2017, la perte d'un poste de Sage-femme au sein du CPP de Loudun a entraîné la diminution de certaines activités.

Les chiffres clés de l'activité du CeGiDD, du planning familial et du centre périnatal de proximité du Loudun en 2016

Les consultations relatives à la grossesse et au suivi gynécologique	
Nombre de femmes enceintes suivies	128
Nombre de consultations de sages-femmes pour le suivi des grossesses	484
Nombre de cours de préparation à la naissance	129
Nombre d'entretiens prénatals précoces (EPP)	56
Nombre de séances de rééducation périnéale	745
Nombre de consultations de suivi gynécologique (réalisées par un gynécologue ou une sage-femme)	1 141
Nombre d'échographies pour suivi de grossesses	135
Le CeGiDD	
Nombre de consultations pour évaluation du risque et prélèvement	88
Âge moyen des consultants	23
Le planning familial	
Nombre de passages	96
Nombre d'IVG réalisées	7

Source : GHN, site de Loudun  
Réalisation : ORS Nouvelle-Aquitaine



## Le point de vue des acteurs du territoire sur les addictions et la vie sexuelle et affective



### • Les addictions

Les acteurs mentionnent des problèmes liés à la consommation d'alcool, notamment dans les contextes de précarité, sans distinction de sexe ni de tranche d'âge.

Ils constatent également une banalisation de la consommation de cannabis devant l'enceinte du lycée mais aussi dans un cadre familial.

D'autre part, certains pointent l'émergence de consommations et de trafics de drogues dures sur le territoire.

Concernant le tabac, une enquête de consommation a été réalisée par l'infirmière du lycée professionnel auprès des élèves de seconde. Cette enquête montre des consommations relativement importante : 60 % des élèves se sont déclarés fumeurs. Les raisons évoquées sont le plaisir et pour se calmer. Un infirmier tabacologue intervient dans ce lycée. Les infirmières au collège constatent plutôt une augmentation de la consommation de tabac sur les 3 dernières années de scolarité.

Les consommations de produits psychoactifs chez les jeunes semblent concerner autant les filles que les garçons.

Quelques situations d'addictions comportementales sont constatées au collège et au lycée, avec des problèmes de socialisation. Ce sujet ne fait pas l'objet d'actions de prévention.

Des actions de prévention des addictions sont réalisées par différents acteurs : services de santé au travail, CIPAT, ANPAA, santé scolaire notamment à l'initiative des équipes. Des interventions ont lieu dans les établissements scolaires et les entreprises.

### • Vie sexuelle et affective

D'après les professionnels rencontrés, les jeunes connaissent les risques de grossesse mais sont peu sensibles aux risques liés aux infections sexuellement transmissibles. Ils constatent un réel manque de connaissances des jeunes sur ce sujet.

Concernant le risque de grossesse non désirée, les infirmières scolaires constatent que le recours à la contraception d'urgence est de plus en plus fréquent au fil des années et déplorent un manque d'espace de dialogue sur ces sujets pour les jeunes.

Une sage-femme de l'hôpital qui assurait des interventions de prévention est partie. Les professionnels craignent qu'il devienne difficile de maintenir les séances d'éducation à la sexualité qui doivent se faire en binôme. Le départ de la sage-femme fait également craindre un accès plus difficile à une prise en charge en cas de grossesse non désirée. Les interventions de la sage-femme dans les lycées permettaient aux jeunes de connaître la sage-femme et d'accéder plus facilement au CPEF. De même, le recours aux IVG chirurgicales est plus difficile depuis que cet acte n'est plus réalisable à l'hôpital de Loudun.

Un CPEF et une permanence du CeGIDD sont présents à l'hôpital mais un poste de sage-femme a été supprimé d'où une difficulté à répondre à tous les besoins, y compris « hors les murs ». En revanche, une sage-femme va s'installer au Trois-Moutiers. A noter que le CeGIDD du CHU élabore un projet de CeGIDD itinérant pour rendre accessible ce service en milieu rural.



## Quelques éléments clés



- Une part relativement importante du parc privé considéré comme potentiellement indigne avec environ un logement sur 10 dans ce cas.
- Toutes les analyses réalisées sur la qualité de l'eau de consommation humaine se sont révélées conformes à la législation.
- Trois sites agricoles et un site industriel classés IED (installation potentiellement polluante concernant les émissions dans l'aire, l'eau le sol ou la gestion des déchets) sur le territoire.
- En 2016, 265 accidents de travail ont été enregistrés au régime général et agricole pour des salariés travaillant sur le canton de Loudun. Rapporté au nombre de salariés correspondant, le canton de Loudun à un indice de fréquence plus élevé qu'au niveau départemental et régional.
- Les indices de fréquence des accidents de trajet et des maladies professionnelles sont également plus élevés pour les salariés travaillant à Loudun qu'au niveau départemental et régional.

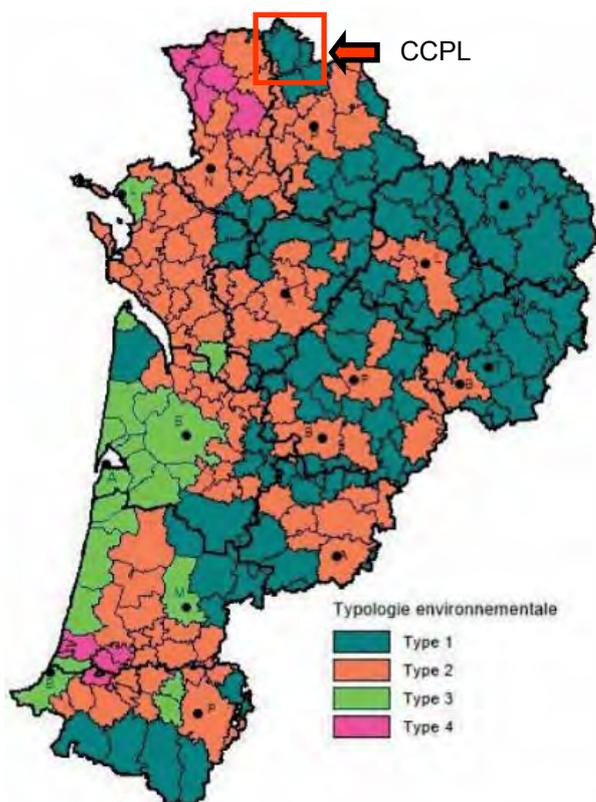


**Une eau de consommation humaine conforme aux exigences réglementaires**

La qualité de l'environnement influe sur la santé. L'air que nous respirons, l'eau et les aliments que nous ingérons, le bruit auquel nous sommes exposés, influencent tous de manière plus ou moins directe notre santé.

Sans attribuer à la dégradation de l'environnement la responsabilité unique de l'apparition de certaines pathologies, on observe néanmoins ces dernières décennies, une augmentation de la fréquence de certains cancers, de pathologies liées au développement neurologique, un nombre élevé de maladies cardio-vasculaire, de troubles hormonaux, d'asthmes, d'allergies, etc., qui pourraient être liés à l'état de l'environnement.

**Typologie environnementale des bassins de vie de Nouvelle-Aquitaine en 2016**



**Les bassins de vie de la CCPL appartiennent à une classe se caractérisant par un habitat plutôt dégradé et des indicateurs de qualité de l'air plutôt favorables**

Dans le cadre de l'état des lieux Santé-environnement réalisé préalablement à l'élaboration du Plan Régional Santé Environnement (PRSE 3) de la région Nouvelle-Aquitaine, un profil des bassins de vie (BV) a été élaboré à partir des indicateurs environnementaux disponibles. Ainsi, selon cette catégorisation, les BV appartenant partiellement ou en totalité à la CCPL ont été classés dans le type 1, caractéristique des territoires ruraux. Cette classification permet de créer des classes relativement homogènes de territoires sans pour autant permettre d'attribuer les caractéristiques générales de cette classe à chacun des bassins de vie pris individuellement.

Le type 1, auquel appartiennent les BV de la CCPL, se distingue (voir ci-dessous) de la moyenne régionale sur différents points : qualité de l'habitat plus dégradé, moins bonne qualité bactériologique de l'eau, mais à l'inverse meilleure qualité de l'air et des sols.

Source : ORS Limousin (Etat des lieux santé environnement 2016)

**Catégorisation des bassins de vie de la région Nouvelle-Aquitaine**

**Type 1 : Les « territoires ruraux classiques »**

Ces 106 bassins de vie sont majoritairement ruraux et présentent des caractéristiques typiques de ce type d'espace avec un habitat plus dégradé, une moins bonne qualité bactériologique de l'eau (souvent liée à l'existence d'un grand nombre de petites unités de distribution). Ces territoires sont à l'inverse plutôt favorisés au niveau de la qualité de l'air et des sols et subissent en général des pressions moindres concernant les établissements classés pour la protection de l'environnement (ICPE) soumis à la Directive IED.

**Type 2 : Les « territoires composites »**

Ces 109 bassins de vie regroupent à la fois des territoires urbains, des territoires ruraux et des espaces périurbains. Ce profil se caractérise majoritairement par une bonne qualité de l'air.

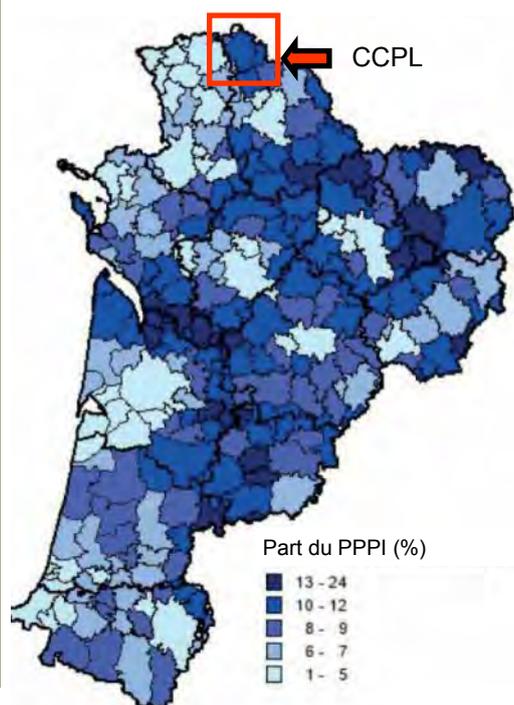
**Type 3 : Les « territoires littoraux »**

Ces 21 bassins de vie se situent pour beaucoup sur le littoral atlantique. Ils se caractérisent par une plus forte concentration de sols pollués, et à un degré moindre par des émissions d'oxyde d'azote dans l'air, et une bonne qualité de l'habitat.

**Type 4 : Les « territoires atypiques »**

Ces 12 bassins de vie se situent dans le nord est des Deux-Sèvres et dans le sud ouest des Landes. Ils se caractérisent par une moins bonne qualité de l'eau par rapport aux pesticides (caractère accidentel dans les Deux-Sèvres en 2014), un nombre important d'établissements classés IED, ainsi que, à un degré moindre, par des émissions de polluants dans l'air.

## Le parc privé potentiellement indigne en 2013 (%)



Sources : Cerema, Filocom, DGFIP

Exploitation : ORS Limousin

**Les bassins de vie du territoire marqués par une part importante de logements du parc privé potentiellement indignes (PPPI)**

Le PPPI est établi sur la base d'un croisement entre les revenus des occupants et le classement cadastral des logements. Ce classement cadastral est un indicateur de la qualité globale du logement selon des critères relatifs au caractère architectural de l'immeuble, à la qualité de la construction, aux équipements de l'immeuble et du logement. Il comporte huit catégories, de la catégorie 1 « grand luxe » aux catégories retenues pour le PPPI, la 6 « ordinaire », la 7 « médiocre » et la catégorie 8 « très médiocre ».

En 2013, les bassins de vie de Loudun, Mirebeau et Richelieu comprenaient entre 10 et 12 % de leur parc privé de logements considérés comme potentiellement indigne, ce qui en fait des territoires particulièrement concernés par le phénomène, comme bon nombre des espaces ruraux se situant sur les marges départementales. Ces parts de PPPI relativement importantes peuvent être dues à des difficultés de repérage. Ces mêmes BV de Loudun, Mirebeau et Richelieu possèdent plus de 40 % de leurs résidences principales construites avant 1946.

**Qualité de l'eau : Aucune non-conformité pour les unités de distribution (UDI) du territoire en 2016**

Les eaux superficielles des territoires sont très nitrées mais les ressources en eau potable sont puisées dans des nappes captives protégées naturellement par une couche imperméable (argile ou marne). Aussi, lorsque les eaux superficielles sont utilisées elles sont diluées avec celles des nappes captives. Les captages les plus nitrés ont été abandonnés au profit de nouveaux forages.

Quel que soit le paramètre observé (nitrates, pesticides et bactériologie), aucune des UDI des eaux de consommation humaine n'ont présenté de non-conformité.

**Trois sites agricoles et un site industriel classés IED sur le territoire**

La Directive européenne 2010/75/UE relative aux émissions industrielles (IED) concerne les installations potentiellement les plus polluantes concernant les émissions dans l'air, l'eau, le sol ou la gestion des déchets. Elle vise notamment à prévenir ces émissions par la mise en œuvre des meilleures technologies disponibles. Dans le secteur agricole, les élevages intensifs de porc (2 000 porcs et/ou 750 truies) ou de volailles (40 000 emplacements de volailles) sont des installations soumises à la Directive IED.

Trois sites d'élevage et un site industriel sont soumis à cette Directive au sein de la CCPL.

**Mesure des pesticides dans l'air en 2015 : Les principaux résultats pour la commune Loudun**

Chaque année ATMO Poitou-Charentes, l'Association de mesure de la qualité de l'air (AASQA) réalise des prélèvements d'air sur le site de référence de Poitiers. En parallèle, un site « mobile » est choisi sur un autre emplacement, afin d'étudier une problématique particulière ; en 2015, c'est le site de Loudun (86) qui a été retenu du fait de la présence de la culture de melons.

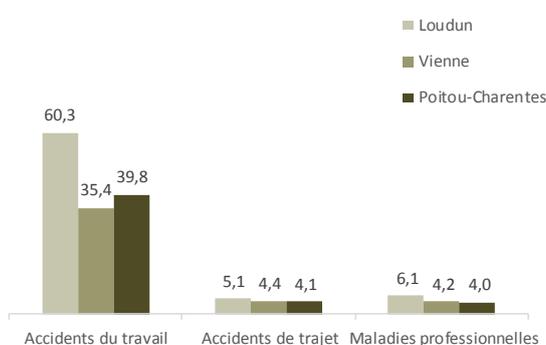
Les résultats de la campagne de mesures 2015 fait apparaître une plus forte présence d'herbicides que dans les 2 autres sites (Poitiers et St Saturnin (16)). En revanche comparativement au site de St Saturnin, en bordure de zones viticoles, les quantités de fongicides et d'insecticides sont nettement plus faibles. Sur Loudun, il n'a pas été possible de mettre en évidence l'impact des cultures de melons. En revanche, les niveaux de concentration des pesticides suivent le calendrier des traitements des cultures avec des pics atteints au cœur des périodes de traitement du printemps et de l'automne. Comme chaque année, un certain nombre de molécules interdites d'utilisation agricole sont détectées dans l'air de la région, dont trois insecticides et un fongicide. C'est particulièrement le cas du Lindane présent tout au long de l'année sur les trois sites échantillonnés.

## Des indices de fréquence d'accidents du travail plutôt élevés

Les problématiques de santé au travail et de risque professionnel sont très liées aux secteurs d'activité. La Nouvelle-Aquitaine est la région la plus agricole de France. Elle présente un contexte socio-économique plutôt favorable par rapport à la France, avec un taux de chômage inférieur et un taux d'emploi en intérim plus élevé. Au niveau infrarégional, des spécificités départementales en termes de caractéristique et de dynamique de l'emploi sont cependant à noter.

La zone d'emploi de Thouars-Loudun est une zone à spécialisation industrielle, en particulier dans le bois, l'agroalimentaire, la plasturgie ou encore la métallurgie. A faible dynamique d'emploi avant la crise, elle n'en crée quasiment plus depuis fin 2007. L'agriculture, dont la part est supérieure à la moyenne régionale, suit cette même tendance. Le poids de l'emploi agricole saisonnier (melon) reste néanmoins important. Le taux de chômage est inférieur au taux de chômage régional, mais la part des chômeurs de longue durée reste élevée.

## Indices de fréquences des accidents du travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles en 2016 (pour 1 000 salariés du régime général)



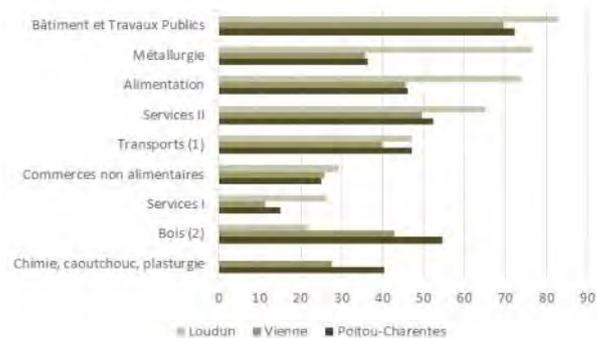
Source : CARSAT 2016  
Exploitation : ORS Nouvelle-Aquitaine

## Un indice de fréquence des accidents de travail plus élevé à Loudun pour le régime général

En 2016, 246 accidents du travail ont été enregistrés sur le canton de Loudun par le régime général. Rapportés au nombre de salariés, le taux de fréquence est de 60 accidents de travail pour 1 000 salariés. Cet indice est plus élevé que celui de l'ex région Poitou-Charentes (40) et de celui de la Vienne (35). Rapporté au volume d'heures travaillées, son taux de fréquence est un des plus élevés de la Nouvelle-Aquitaine.

Les secteurs d'activité les plus accidentogènes sont le bâtiment et travaux publics (83 accidents pour 1 000 salariés), la métallurgie (77 ‰), et le secteur alimentaire (74 ‰). Le secteur de la métallurgie comptabilise deux fois plus d'accidents de travail pour les entreprises exerçant sur le canton de Loudun qu'au niveau du département de la Vienne ou de l'ex région Poitou-Charentes.

## Indices de fréquences des accidents de travail par secteur d'activité du régime général en 2016 (pour 1 000 salariés)



Source : CARSAT 2016

- (1) Transports, eau, gaz, électricité, livre et communication  
(2) Bois, ameublement, papier-carton, textiles, vêtement, cuirs et peaux et pierres et terres à feu

## Vingt et un accidents de trajet à Loudun en 2016

Sur le canton de Loudun, 21 accidents de trajet, c'est-à-dire survenant entre la résidence principale et le lieu de travail, ont été déclarés en 2016. Le taux de fréquence correspondant est de 5 accidents de trajet pour 1 000 salariés, un peu plus élevé que celui de l'ex Poitou-Charentes (4) et de la Vienne (4).

L'analyse des secteurs d'activités s'est effectuée sur deux années de recueil, au vu de la faiblesse des effectifs sur le canton de Loudun. Le secteur alimentaire est particulièrement touché avec un indice de fréquence de 10 ‰, supérieur à celui de l'ex Poitou-Charentes et de la Vienne (7 ‰). Le secteur des activités de services (travail temporaire, action sociale, santé, nettoyage) arrive en seconde position avec une fréquence un peu moins élevée qu'au niveau départemental et de l'ex Poitou-Charentes. Puis, le secteur du bâtiment et des travaux publics occupe le troisième rang avec 5 accidents du trajet pour 1 000 salariés.

**Nombre de maladies professionnelles reconnues en 2015-2016 (effectif cumulé) du régime général**

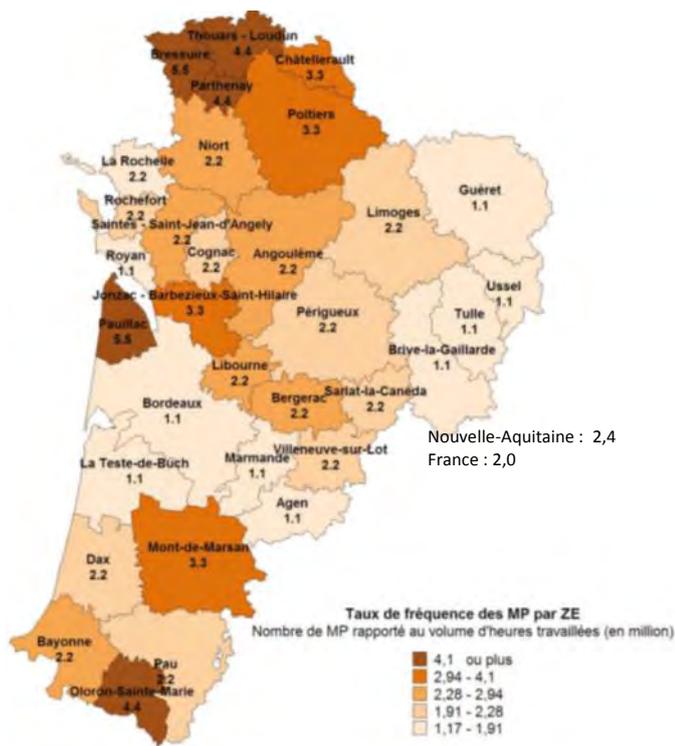
2015-2016	Loudun	Vienne	Ex-Poitou-Charentes
Troubles musculo-squelettiques	41	866	3 266
Surdité professionnelle	-	7	22
Pathologies liées � l'amiante	-	27	39
Autres	2	31	106
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>934</b>	<b>3 433</b>

Source : CARSAT 2015-2016    Exploitation ORS Poitou-Charentes

**Un indice de fréquence des maladies professionnelles plus élevé à Loudun qu'au niveau départemental et régional**

En 2016, 25 maladies professionnelles ont été déclarées au régime général, soit un indice de fréquence de 6 MP pour 1 000 salariés en activité. Ce taux est légèrement supérieur à celui de la Vienne et de l'ex région Poitou-Charentes (4 MP pour 1 000 salariés). Sur le secteur de Loudun, pour 95 % de ces pathologies, il s'agit de troubles musculo-squelettiques, essentiellement dus à une manutention ou manipulation de charges lourdes.

Les secteurs de la métallurgie (8 ‰), du bâtiment et des travaux publics (7 ‰) et des activités de services (travail temporaire, action sociale, santé, nettoyage) (6 ‰) sont particulièrement touchés.

**Taux de fréquence des maladies professionnelles pour le régime général et agricole selon la zone d'emploi en 2012 (par million d'heures travaillées)**


Sources : Cnamts - Msa 2012/traitement DARES  
Réalisation Directe Nouvelle-Aquitaine

Sur la zone d'emploi de Thouars-Loudun, le taux de fréquence des maladies professionnelles est deux fois plus élevé que celui de la Nouvelle-Aquitaine ou de la France. Pour évaluer le niveau de gravité des maladies professionnelles, il faut prendre en compte les taux d'IPP (Incapacité Permanente Totale) qui traduisent le niveau des séquelles et leur conséquences sur leur capacité à travailler. Or, la zone d'emploi de Thouars-Loudun montre le deuxième indice de gravité le plus élevé des zones d'emploi de la Nouvelle-Aquitaine, après Pauillac.

**Un indice de fréquence des accidents de travail également plus élevé à Loudun pour le régime agricole**

Selon les données du régime agricole, en 2016, 19 accidents de travail, un accident du trajet et une maladie professionnelle ont été reconnus sur le canton de Loudun. Rapporté au nombre de travailleurs affiliés au régime agricole, le canton de Loudun a un indice de fréquence d'accidents du travail plus élevé que celui de l'ex région Poitou-Charentes (respectivement 34 ‰ et 24 ‰). Le secteur d'activité le plus touché en ex-Poitou-Charentes est le secteur des travaux forestiers avec 76 accidents du travail enregistrés pour 1 000 travailleurs.

## Quelques éléments clés



- De nombreux acteurs de la prévention et de la promotion de la santé interviennent sur le territoire sur différentes thématiques : précarité, santé mentale et perte d'autonomie des personnes âgées. Onze projets ont été financés par l'ARS entre 2013 et 2016 et 27 actions et programmes de prévention ont été recensés en 2015 dans le cadre de la conférence des financeurs de la préservation de la perte d'autonomie.
- Un taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal légèrement plus faible au sein de la CCPL (hors Loudun) que sur l'ensemble du département.
- Des taux de recours aux actes de masseurs-kinésithérapeutes moindres au sein de la CCPL que dans l'ensemble de la région Nouvelle-Aquitaine.
- Les personnes rencontrées évoquent des situations de rupture ou de non recours aux soins du fait d'une offre ambulatoire insuffisante (généraliste, spécialiste, masseur-kinésithérapeutes et orthophonistes notamment) liée à un manque d'attractivité du territoire.
- Les problèmes de mobilité de certains habitants sont également évoqués par plusieurs acteurs comme constituant un frein à l'accès aux soins.
- Le non recours aux soins est aussi une conséquence pour les acteurs d'une méconnaissance des droits entraînant des difficultés financières, de situations d'illettrisme et d'un manque de lisibilité des acteurs et services d'accompagnement.
- Les acteurs mettent en relation le relativement faible taux d'hospitalisation pour des soins de santé mentale avec des problèmes de repérage et/ou d'orientation.
- L'absence de CMPEA est considérée comme un frein à l'accès aux soins de santé mentale pour les enfants et les adolescents.



Un recours aux masseurs-kinésithérapeutes faible

La mortalité prématurée et la mortalité évitable témoignent d'inégalités d'accès à la prévention en France : ces deux indicateurs montrent de grandes disparités entre les groupes sociaux et les territoires, traduisant de grandes variations d'exposition à des facteurs de risque en lien avec une surmortalité. Il est toutefois difficile de mesurer les inégalités d'accès à la prévention en dehors de la prévention médicalisée. Le recours au dépistage du cancer du sein et à la pratique des frottis cervicaux varie fortement en fonction des caractéristiques socio-économiques.

Le renoncement aux soins pour des raisons socio-économiques reste trop élevé en France. Dû à des contraintes financières ou à une méconnaissance du système de santé, il est encore plus fréquent parmi les catégories les plus vulnérables de la population. En 2014, une personne sur quatre déclare avoir renoncé à un soin dans l'année pour raisons financières.

Taux de participation aux dépistages organisés du cancer du sein et du cancer colorectal en 2016 (%)

	Cancer colorectal <sup>1</sup>	Cancer du sein <sup>2</sup>
CCPL hors Loudun	44,5	56,2
Commune de Loudun	52,8	55,3
Vienne	47,5	55,1

Sources : DocVie 86, insee

Exploitation : ORS Nouvelle-Aquitaine

<sup>1</sup> Taux annuel d'activité = Pers. Dépistées / ((pop. cible INSEE - exclus)/2)

<sup>2</sup> Taux participation = femmes Dépistées 2016 / femmes invitées 2016

Un taux de participation au dépistage organisé (DO) du cancer colorectal plus faible sur le territoire hors Loudun que dans l'ensemble du département

Concernant le DO du cancer du colon, un nouveau test (test immunologique), a été déployé progressivement à partir de mai 2015, en remplacement du test Hemoccult II. La participation à ce dépistage est un peu plus faible au sein de la CCPL (hors commune de Loudun) que sur l'ensemble de la Vienne. A l'inverse, la participation est meilleure sur la commune de Loudun. Pour le cancer colorectal l'implication et la sensibilisation du médecin généraliste peut influencer la participation des habitants au DO, mais le frein principal à la participation demeure individuel.

La participation demeure individuel.

Pour le DO du cancer du sein, la participation des femmes est comparable au sein de la CCPL au niveau départemental.

Un recours moins fréquent aux masseurs-kinésithérapeutes et plus important aux infirmiers

Comme sur tous les territoires, le recours au généraliste est le plus fréquent. En effet, tous âges confondus, ce sont près de 9 personnes sur 10 qui y ont eu recours en 2016, ce qui est comparable au sein de la CCPL et dans la Nouvelle-Aquitaine même si le taux est moins important chez les moins de 15 ans (89 % pour la CCPL Vs 93 % en Nouvelle-Aquitaine).

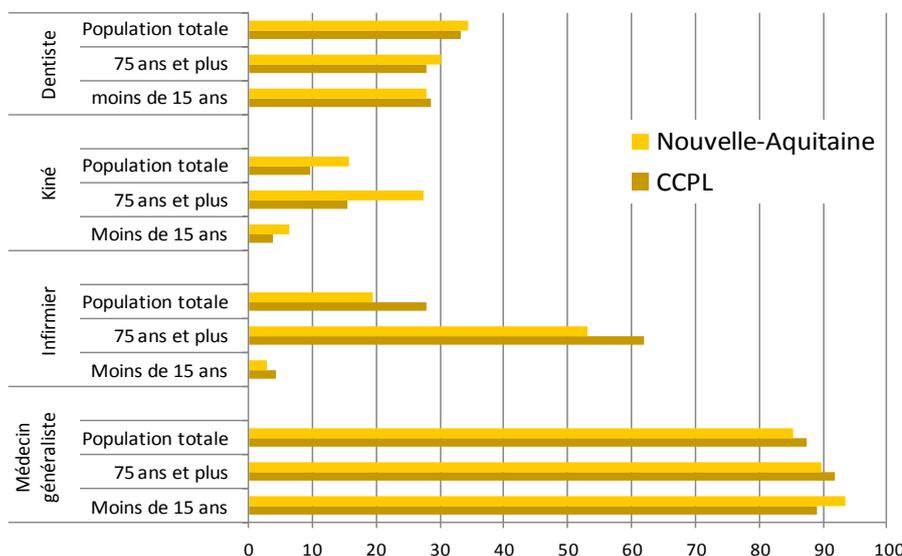
Concernant les actes de chirurgie-dentaire, les taux de recours sont également proches entre la CCPL et la région (environ 30 % des habitants ont eu recours à au moins un acte).

Pour les kinésithérapeutes en revanche les taux de recours sont beaucoup plus faibles au sein de la CCPL. Ce moindre recours peut être la conséquence d'une démographie en masseurs-kinésithérapeutes très défavorable (cf fiche 7.2).

A l'inverse, les habitants de la CCPL sont proportionnellement plus nombreux à avoir consommé au moins un acte d'infirmier libéral, cette différence pouvant être la conséquence d'une sur représentation des personnes âgées de 75 ans ou plus,

plus souvent consommatrice de soins infirmiers. Cependant chez les 75 ans et plus uniquement, ce recours à l'infirmier libéral est également plus important qu'en Nouvelle-Aquitaine.

Parts de bénéficiaires d'actes de médecins généralistes, d'infirmiers, de masseurs-kinésithérapeutes et de chirurgiens-dentistes libéraux en 2016 (pour 100 habitants)



Sources : ARS (C@toSanté 2016), INSEE (RP 2014)

Exploitation : ORS Nouvelle-Aquitaine

Un projet de Permanence d'Accès aux soins de santé (PASS) mobile

Le Groupe Hospitalier Nord Vienne a le projet de mettre en place une PASS mobile permettant d'aller vers les personnes en situation de précarité, sur leur lieu de vie, quelle que soit leur situation administrative. Des permanences sont prévues dans certains lieux associatifs ainsi que dans certaines municipalités.

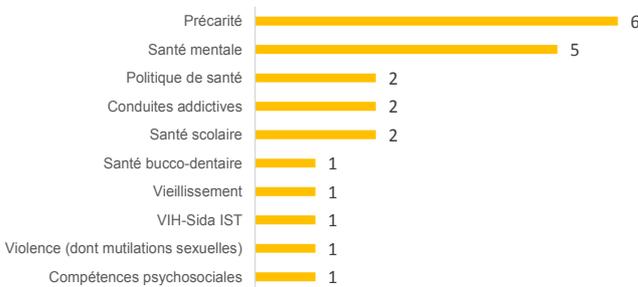


De nombreux acteurs de la prévention/promotion de la santé

**P**lusieurs acteurs proposent des actions de prévention et promotion de la santé à différents publics : les services de prévention du Conseil départemental, de promotion de la santé en faveur des élèves du Rectorat, de santé au travail, l'assurance maladie, les mutuelles santé, les associations spécialisées ou généralistes dans le domaine de la prévention/promotion de la santé.

De même, différentes institutions financent des actions mises en place auprès de la population. L'Agence régionale de la santé (ARS) soutient financièrement et accompagne des projets de prévention/promotion de la santé sur les territoires et ces actions sont recensées dans l'outil OSCARS®. D'autre part, les conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA) prévues dans la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement et pilotées par les conseils départementaux se déploient sur l'ensemble du territoire français. Elles financent des actions réalisées auprès des personnes âgées de 60 ans et plus.

Les différents thèmes abordés parmi les actions de prévention menées sur la CCPL et financées par l'ARS, de 2013 à 2016 (en effectif)



Source : OSCARS®

Réalisation : ORS Nouvelle-Aquitaine

**OSCARS®**

OSCARS® est une base de données en ligne d'actions, d'acteurs et d'outils d'intervention dans le domaine de la prévention et de la santé publique. Elle permet le suivi des politiques régionales de santé et offre différents modes de recherche dont un accès cartographique permettant de visualiser l'activité à l'échelle des régions. Conçu en région Provence-Alpes-Côtes d'Azur par le Comité régional d'éducation pour la santé et l'ARS en 2005, OSCARS® a aujourd'hui été adopté par 12 régions, dont la Nouvelle-Aquitaine.

En Nouvelle-Aquitaine, seules les actions financées par l'ARS figurent dans cet outil.

[www.oscarsante.org](http://www.oscarsante.org)

**Les actions soutenues par l'Agence Régionale de Santé**

Entre 2013 et 2016, 11 projets financés par l'ARS ont été menés sur le territoire et ont concerné tout ou partie de la population de la communauté de communes du Pays Loudunais (CCPL).

Les thèmes les plus abordés sont la précarité, la santé mentale, les conduites addictives, les politiques de santé (études de santé publique) et la santé scolaire. Les publics cibles de ces actions sont en priorité les jeunes et les personnes en difficulté socio-économique.

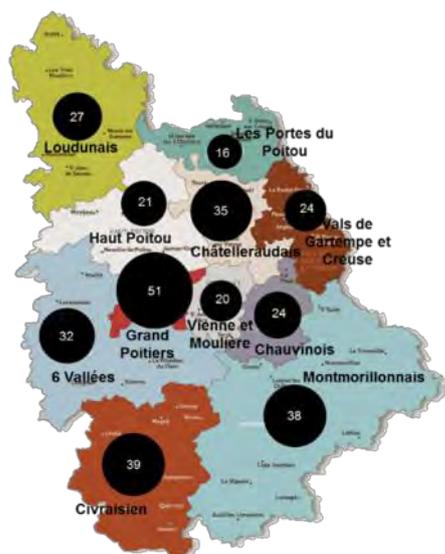
Parmi ces actions, huit sont des actions pluri-annuelles, dont voici le détail :

- Accompagnement des malades de l'alcool et d'autres addictions et soutien des familles et de l'entourage proche, porté par le Mouvement vie libre 86.
- Formation à la prévention du suicide, inter-institutionnelle et inter-professionnelle en direction des professionnels et des bénévoles intervenant auprès des populations en situation d'exclusion sociale portée par le Centre hospitalier Henri Laborit.
- Point d'écoute psychologique, porté par le Centre d'information sur les droits des femmes et des familles de la Vienne.
- Accompagnement des professionnels de la petite enfance aux enjeux et au développement psychologique de l'enfant, au développement et à l'acquisition des compétences psychosociales, porté par le Centre hospitalier Henri Laborit.
- Relais d'écoute psychologique en ex-Poitou-Charentes, porté par l'Union régionale des centres d'information sur les droits des femmes et des familles de Poitou-Charentes .
- Soutien pour le développement de programmes de promotion de la santé en direction des populations spécifiques, porté par l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé.
- Soutien pour le développement de programmes de promotion de la santé répondant à des besoins populationnels et territoriaux définis en santé scolaire et universitaire, porté par l'association nationale de prévention en alcoologie et addictologie.
- Prévention du déclin cérébral et cognitif, porté par l'association Mémoire récré-active.

Les associations d'Aide odontologique de suivi itinérant de soins (AOSIS) et Minga interviennent également sur ce territoire, respectivement sur les thèmes de la santé bucco-dentaire des personnes âgées en EHPAD et de la nutrition.

D'autres actions non financées par l'ARS ont pu être menées sur le territoire de la CCPL.

### Répartition des actions et programmes de prévention liés à la préservation de l'autonomie recensés en 2015 par Pays et Communautés d'Agglomération de la Vienne (effectif)



● Nombre d'actions recensées en 2015 dans le cadre de la CFPPA

Source : Diagnostic préalable à la mise en place de la conférence des financeurs dans la Vienne. Octobre 2016. ORS Poitou-Charentes

### Les conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA)

Prévues dans la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, les conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA) se sont déployées sur l'ensemble du territoire français, en s'appuyant sur les travaux menés dans les départements préfigurateurs. Ces conférences sont des instances de coordination institutionnelle dont la mission est de définir un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention, en complément des prestations légales ou réglementaires. Pour cela, elle s'appuie sur un diagnostic des besoins des personnes âgées de 60 ans et plus résidant sur le territoire départemental et recense les initiatives locales. Cette dynamique territoriale commune de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, alliant gouvernance partagée et coordination des moyens entre financeurs, doit favoriser l'accès des personnes âgées aux actions de prévention et aux aides techniques.

### Les actions et programmes pour la prévention de la perte d'autonomie

En 2015, lors du premier recensement des actions de prévention réalisées sur le département de la Vienne, une centaine d'actions et de programmes de prévention de la perte d'autonomie a été menée auprès des personnes âgées du département.

Sur le territoire de la Communauté de communes du Pays Loudunais, 27 actions et programmes de prévention ont été recensés en 2015.

Les thèmes couverts par ces actions sont la santé globale, l'activité physique et la prévention des chutes, l'habitat et le cadre de vie, le lien social, le soutien aux aidants, la mémoire, la nutrition et la santé mentale.

Les acteurs intervenant sur ce territoire, en 2015, sont l'assurance maladie (MSA, CPAM), les mutuelles, les réseaux de coordination, les associations de santé, les collectivités territoriales, etc.

### Les actions de l'assurance maladie

La caisse primaire d'assurance maladie mène des actions de prévention sur différents thèmes de santé sur l'ensemble du territoire de la Vienne : tabac, diabète, hygiène bucco-dentaire, dépistages des cancers, parcours maternité, etc.

Sur le territoire de la CCPL, deux actions spécifiques sont mises en œuvre :

- Ateliers maternité : en partenariat avec la CAF, le service Prestations de l'Assurance maladie et des sages-femmes libérales, des animateurs en éducation à la santé animent des séances auprès de futurs parents. Ces séances visent à informer sur les droits, à promouvoir le suivi par les sages-femmes avant et après la naissance, et à sensibiliser sur le sommeil et l'alimentation.
- Action sur l'Alimentation et activité physique de la petite enfance : en lien avec le département des services en santé de la Maison des solidarités, des ateliers sont organisés à destination d'enfants et de leurs parents repérés en surpoids ou en sous poids. Ces enfants et leurs parents participent à 3 ateliers : Nutrition avec une diététicienne, Atelier cuisine avec une diététicienne et activités physiques avec un éducateur sportif. Un suivi de l'IMC est réalisé en amont des ateliers et 6 mois après la participation à ces ateliers.

Le service social de la Mutualité Sociale Agricole a pour mission d'informer, d'accompagner et de soutenir les assurés individuellement ou collectivement autour des thématiques : maintien en emploi et reconversion professionnelle, risque d'inaptitude, risque psychosocial, risque suicidaire. Sur le territoire de la CCPL, plusieurs actions sont proposées :

- Invitation trimestrielle de tous les assurés en arrêt de travail de plus de 3 mois à une réunion d'information collective sur l'arrêt de travail et le maintien en emploi.
- Possibilité d'examen d'une situation de maintien en emploi complexe par une équipe pluridisciplinaire.
- Prise en charge de 5 séances de psychologue, conventionné avec la MSA au plus près du domicile des personnes.
- Proposition de participation à des actions collectives de leur territoire, notamment proposées par la MSA.
- Accompagnement bucco-dentaire avec un chirurgien-dentiste conseil.
- Aides du fonds d'action sociale (aide au remplacement agriculteur, aide au répit des exploitants agricoles, etc.).

## Le point de vue des acteurs du territoire sur l'accès aux soins et à la prévention



### • Les freins à l'accès aux soins

#### *Démographie médicale*

Les acteurs sont confrontés à des situations de ruptures de soins ou de non-recours aux soins par manque d'offre de proximité. Parmi les plus cités, les soins généralistes, les soins spécialistes, les soins de kinésithérapie et d'orthophonie notamment pour les personnes âgées.

D'autre part, des craintes sont formulées quant à la disparition de consultations avancées proposées par l'hôpital de Loudun et la transformation du service d'urgences en centre de soins non programmés qui draine son lot d'inquiétudes et de confusions. Les acteurs soulignent unanimement le problème d'attractivité du territoire pour faire venir des jeunes médecins. Les élus expriment leurs interrogations quant au rôle de l'Etat et de l'ARS dans la prise en charge de ce problème d'accès aux soins.

#### *Mobilité géographique*

Les difficultés de mobilité sont bien connues sur le territoire. Des initiatives sont mises en place, comme par exemple le réseau de transport solidaire T'Solid'R organisé dans le cadre de la Charte territoriale des Solidarités porté par la MSA (voir initiatives locales).

#### *Non-recours aux droits*

Des freins financiers sont évoqués, notamment liés à du non-recours aux droits par méconnaissance des dispositifs d'aide ou par non-demande. Des permanences de l'Assurance maladie et de la MSA sont présentes à Loudun et la maison des solidarités accompagnent des personnes dans l'ouverture de leurs droits. Cependant les permanences sont situées à Loudun et les démarches restent complexes. Des situations d'illettrisme sont également rapportées, chez les publics en demande d'asile mais également parmi la population francophone. Les professionnels ont le sentiment qu'il y a un manque de lisibilité des acteurs et services d'accompagnement et d'aide sociale.

#### *Des freins psychologiques et/ou culturels*

Les acteurs décrivent des situations d'attentisme, d'immobilisme, des reproductions du schéma familial : certains parents ne se mobilisent pas pour le suivi sanitaire de leur enfant car ils n'ont eux-mêmes pas eu d'habitudes de soin (par exemple pour les soins ophtalmologiques, dentaires, etc.). Des situations de carences de soins sont observées.

D'autre part, les acteurs rencontrent des personnes qui ne recourent pas aux soins ou tardivement par peur du jugement ou des difficultés de compréhension ou de communication avec le médecin.

Que ce soit dans un contexte de précarité ou non, l'accès aux soins est difficile sur le territoire par manque d'offre de proximité. Dans les contextes de précarité, les différents freins se cumulent, rendant parfois les démarches de soins impossibles à réaliser. L'accompagnement des personnes vers la santé et les soins est un levier incontournable pour permettre l'accès à la santé.

#### *Des prises en charge tardive par manque de dépistage des problèmes de santé*

Les acteurs décrivent donc des situations de recours très tardifs aux soins, par manque de repérage et par manque d'accessibilité de l'offre. Pour répondre en partie à cette difficulté, l'hôpital de Loudun, soutenu par l'ARS, a le projet de mettre en place une Permanence d'accès aux soins de santé (PASS) mobile.

#### *La présence sur le territoire de publics fragilisés avec le centre ADOMA*

Le centre, ouvert à l'été 2015, propose 90 places pour des personnes en demande d'asile. Sur le plan de la santé, ces personnes bénéficient d'une visite médicale à l'hôpital. Les personnes qui sont déboutées du droit d'asile restent sur le territoire sans papier. Ces populations sont nouvelles sur le territoire. Un réseau de bénévoles est organisé pour aider les demandeurs d'asile. La PMI suit les enfants. Le parcours de vie de ces personnes entraîne des besoins spécifiques et la nécessité d'un accompagnement sur le plan de leur santé, y compris un soutien ou une prise en charge sur le plan de la santé mentale.

### •La santé mentale

Les représentants du CHHL notent que le secteur 1 auquel appartient le territoire du Loudunais, est le secteur qui hospitalise le moins et pour lequel les hospitalisations sont en baisse. Au vu des indicateurs sanitaires et sociaux sur ce territoire, l'hypothèse d'un repérage difficile et d'un non-recours aux soins est formulée. Un fort isolement est décrit par des acteurs du territoire. Il est probable que des personnes nécessitant des soins de santé mentale échappent à toutes prises en charge. Cet éventuel manque de repérage vient également questionner les collaborations locales. Les acteurs locaux orientent-ils vers le CHHL quand c'est nécessaire ? Y a-t-il suffisamment de relais localement ?

Au niveau des consultations à l'hôpital de jour, les consultations étaient très centrées sur la prise en charge des patients ayant des troubles psychiatriques. Aujourd'hui, l'hôpital de jour fait évoluer son projet car il est plus confronté à des épuisements professionnels, des syndromes dépressifs.

Les représentants du CHHL questionnent la lecture des besoins de santé mentale sur ce territoire. L'offre ambulatoire est bien structurée avec le CMP et l'hôpital de jour mais il semble exister un problème d'accès et de repérage.

L'absence de CMPEA sur le territoire est un frein à l'accès aux soins pour les enfants et adolescents. Une antenne du CMPP est présente mais les délais d'attente sont importants.

## Quelques éléments clés



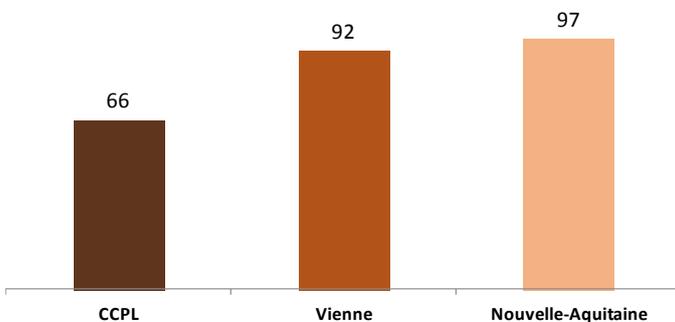
- Une densité en médecins généralistes inférieure de près d'un tiers aux moyennes départementale et régionale. La quasi-totalité du territoire de la CCPL est considérée comme fragile ou sous-vigilance pour la médecine générale.
- Neuf médecins généralistes sur dix sont âgés de 55 ans ou plus et un sur deux a atteint les 60 ans.
- Trois maisons de santé pluri professionnelle en service sur le territoire et une autre est en cours de réalisation.
- Des densités de paramédicaux, sages-femmes, et chirurgiens-dentistes libéraux très inférieures aux moyennes départementale et régionale. Des masseurs-kinésithérapeutes et chirurgiens-dentistes plus âgés.
- Le bassin de vie de Loudun considéré comme très sous doté par l'ARS pour les professions d'infirmiers, masseur-kinésithérapeutes et chirurgien-dentiste.
- Le site de Loudun du Groupe Hospitalier Nord Vienne dispose de lits de médecine, de soins de suite et réadaptation et de soins de longue durée ainsi que de plusieurs consultations externes spécialisées et d'équipements en imagerie médicale.



Une offre en médecins généralistes déficitaire et qui pourrait se dégrader

La question de l'accès aux soins est omniprésente dans le débat public contemporain. Ainsi, les principales problématiques sont celles de l'accès financier aux soins, de la répartition géographique des professionnels de santé et des « déserts médicaux ». Si cette notion de désert médical ne connaît pas de définition précise, elle reflète les craintes liées à l'évolution de la démographie médicale et de la répartition spatiale des professionnels de santé. Depuis 2010, en France, le nombre de médecins généralistes libéraux diminue chaque année. D'après les projections de la DREES, cette baisse pourrait se poursuivre jusqu'en 2025. A l'inverse le nombre de médecins salariés devrait poursuivre sa hausse. L'accessibilité moyenne aux médecins généralistes libéraux va donc diminuer dans les prochaines années. Le constat est identique pour les spécialistes en accès direct (ophtalmologues, gynécologues, psychiatres et pédiatres) à l'exception des pédiatres qui pourraient connaître une évolution favorable. Parallèlement à l'évolution des effectifs et même si des disparités spatiales sont fortes, la répartition géographique des médecins généralistes est moins déséquilibrée en comparaison avec d'autres professions. Ainsi 98 % de la population française accède à un médecin généraliste en moins de 10 minutes.

Nombre de médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants en 2017



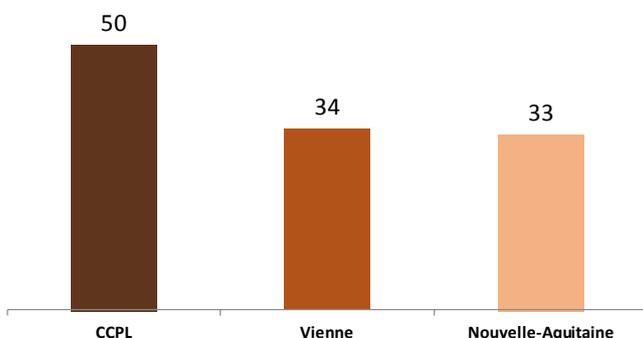
Source : ASIP 2017  
Exploitation : ORS Nouvelle-Aquitaine

L'offre globale en médecins libéraux

En 2017, le département de la Vienne compte 398 médecins généralistes libéraux ou mixtes en exercice. A ceux-ci s'ajoutent 10 pédiatres, 15 gynécologues, 24 psychiatres et 22 ophtalmologues. Concernant la CCPL, ce sont 16 médecins généralistes, un cardiologue et un psychiatre libéraux qui y exercent.

Rapporté à la population du territoire, la densité (exprimée pour 100 000 habitants) de médecins généralistes de la CCPL est donc très défavorable au regard de celles de la Vienne et de la Nouvelle-Aquitaine. Le différentiel est maximum avec la densité de Nouvelle-Aquitaine.

Part des médecins généralistes âgés de 60 ans ou plus en 2017 (%)



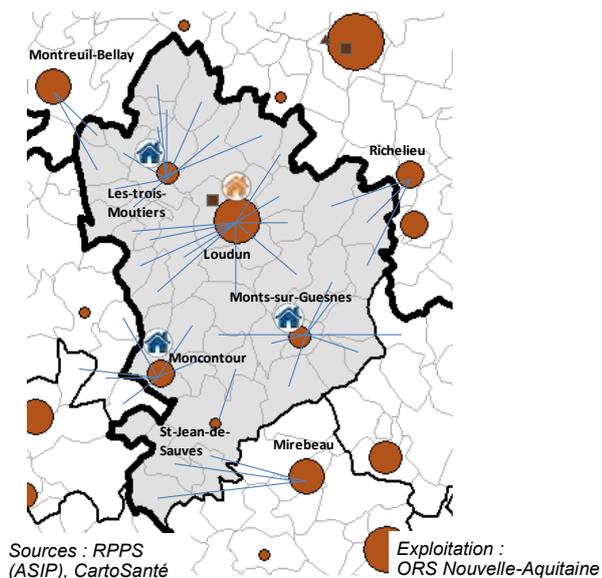
Source : ASIP 2017  
Exploitation : ORS Nouvelle-Aquitaine

Les perspectives d'évolution

La structure par âge des médecins généralistes en exercice sur la CCPL laisse augurer d'une évolution particulièrement négative au cours des 5 prochaines années. En effet, parmi les 16 professionnels en exercice ils sont près de 9 sur 10 à être âgés de 55 ans ou plus et un sur deux à avoir atteint l'âge de 60 ans. Cette proportion passe même à plus de 60 % pour les seuls généralistes exerçant sur la commune de Loudun. A très court terme, ce sont 3 médecins généralistes du territoire qui pourraient partir à la retraite car âgés de 65 ans ou plus.

La démographie des généralistes de la Vienne et de Nouvelle-Aquitaine est moins défavorable avec respectivement 34 % et 33 % d'entre eux qui ont atteint le seuil des 60 ans.

Répartition et attractivité des médecins libéraux de la Cdc du Pays Loudunais en 2017



Flux de patients majoritaires entre les communes des patients et celles des généralistes (2015)

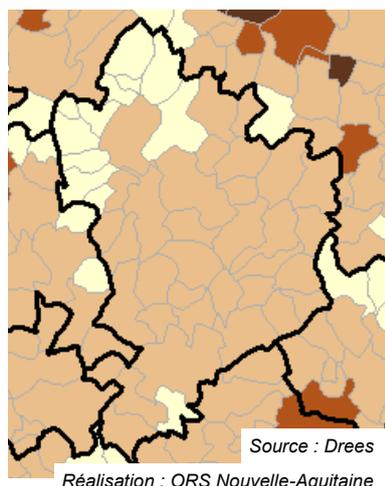
Maison de santé (MSP) en fonctionnement MSP en projet

Nombre de médecins libéraux



L'Accessibilité potentielle localisée (APL) au médecin généraliste de moins de 65 ans par commune en 2015

Nombre de consultations et visites accessibles par habitant standardisé et par an



La répartition spatiale des médecins libéraux

Les médecins libéraux qui exercent sur le territoire de la CCPL se répartissent entre 5 communes : Les Trois-Moutiers, Loudun, Monts-sur-Guesnes, Moncontour et Saint-Jean-de-Sauves. La population de la CCPL consulte également des généralistes qui sont installés en dehors du territoire. Ainsi, selon les données de l'assurance maladie de 2015, plusieurs habitants des communes de l'extrême sud de la CCPL recourent majoritairement aux généralistes de Mirebeau. De même, dans la partie nord, à l'ouest de la commune des Trois-Moutiers, les habitants consultent en majorité les omnipraticiens de Montreuil-Bellay. Enfin, les généralistes de Richelieu drainent des flux de patients issus de 3 communes de la CCPL.

A l'inverse, les professionnels qui exercent à Moncontour attirent vers eux des patients de 4 communes situées dans le département des Deux-Sèvres.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2017, le département de la Vienne comptait 20 maisons de santé pluridisciplinaires en fonctionnement (dont 14 ont un projet de santé validé par l'ARS) et 9 autres en projet (projet immobilier en cours ou étude de faisabilité en cours dont 3 ont un projet de santé validé par l'ARS). Sur le territoire de la CCPL, 3 maisons de santé sont en fonctionnement à Monts-sur-Guesnes, Les Trois-Moutiers, et Moncontour. Une autre maison de santé dont le projet de santé a été labellisé par l'ARS se situe à Loudun.

Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes et zone de fragilité

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des Statistiques (DREES) et l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) ont développé en 2012 un indicateur d'accessibilité aux soins : l'Accessibilité potentielle localisée. Il permet de tenir compte à la fois de la proximité et de la disponibilité des médecins, ainsi que d'une estimation de l'activité des médecins et des besoins de la population. Dans la version 2015 de cet indicateur, l'accessibilité est exprimée en nombre annuel de consultations ou visites accessibles par habitant et par an. En d'autres termes, il exprime le nombre d'actes qui sont théoriquement accessibles à un habitant dans sa zone de recours.

Dans le cadre du renouvellement de la méthode de détermination des territoires fragiles (et pouvant donc bénéficier des aides fléchées pour les zones sous-denses), le seuil retenu par bassin de vie est de 2,5 consultations accessibles par an, par habitant et par généraliste âgé de moins de 65 ans. Ce critère rassemble 6,6 % de la population française. Les ARS auront cependant la possibilité d'inclure des territoires dont l'APL est inférieur à l'accessibilité nationale moyenne (entre 2,5 et 4 consultations ou visites par an et par habitant). Ce critère englobe la totalité de la CCPL.

Toutes les communes du territoire de la CCPL présentent une APL inférieure à 4 consultations et visites accessibles par habitant et par an. Les communes situées en périphérie de celle des Trois-Moutiers sont celles ayant une APL la plus faible correspondant aux zones sous-denses (moins de 2,5 consultations et visites accessibles par habitant et par an).

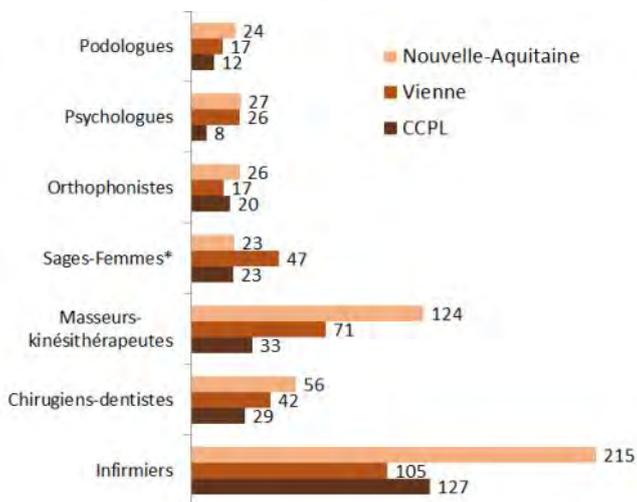
Dans l'attente de la publication d'un nouveau décret initialement prévu au 1<sup>er</sup> semestre 2017 puis reporté à la fin du 2<sup>nd</sup> semestre, le zonage en Nouvelle-Aquitaine s'appuie actuellement sur les 3 zonages en vigueur au 31/12/2015 dans les ex régions. Dans ce cadre, la quasi-totalité du territoire de la CCPL est considéré comme fragile ou sous vigilance, à l'exception des communes situées au sud est de Monts-sur-Guesnes.

Ce zonage sert notamment de base, entres autres, au dispositif de promotion des Praticiens territoriaux de médecine générale (PTMG), visant à favoriser l'installation des jeunes médecins et à faciliter l'exercice libéral dans les territoires où l'offre médicale fait défaut, et où persistent des difficultés dans l'accès aux soins. Le praticien signe un contrat avec l'ARS par lequel il s'engage à implanter tout ou partie de son activité dans un territoire déficitaire, aux tarifs opposables. En contrepartie, un niveau de rémunération et une couverture sociale lui sont garantis.

## Des paramédicaux, sages-femmes et chirurgiens-dentistes sous-représentés

De nombreux professionnels exerçant à titre libéral interviennent pour la prise en charge sanitaire de la population. Les infirmiers sont les plus nombreux (111 000 en France Métropolitaine), devant les Masseurs-kinésithérapeutes (environ 66 300), les chirurgiens-dentistes (36 300), les orthophonistes (19 150), les psychologues (un peu plus de 17 700), les pédicures-podologues (13 200) et les sages-femmes (5 800). La demande de soins envers ces professionnels a vocation à s'accroître et à se diversifier face au vieillissement de la population et à l'augmentation du nombre de personnes en situation de dépendance, mais également face au développement des pathologies chroniques et aux besoins induits en matière d'éducation thérapeutique des patients. Parallèlement, le déplacement des soins de la sphère hospitalière vers le domicile du patient et l'évolution défavorable de la démographie médicale contribueront également à faire évoluer les besoins de prise en charge pour ces différentes professions.

## Les densités de paramédicaux, sages-femmes et chirurgiens-dentistes en 2017 (pour 100 000 habitants)

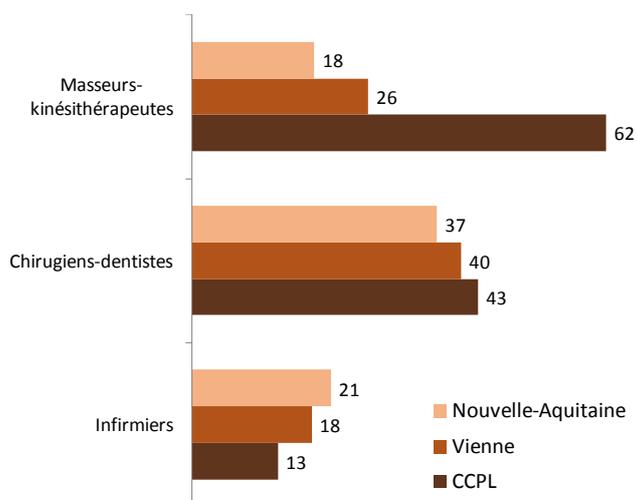


## Des densités en professionnels sur le territoire de la CCPL plutôt faibles au regard des moyennes régionales voire départementales...

En 2017, sur le territoire de la CCPL, sont installés, en secteur libéral, 31 infirmiers, 8 masseurs-kinésithérapeutes, 7 chirurgiens-dentistes, 5 orthophonistes, 3 podologues, 1 sage-femme et 2 psychologues. Rapportés à la population ces effectifs aboutissent à des densités qui sont systématiquement inférieures à celles de l'ensemble de la Nouvelle-Aquitaine. Les variations qui sont observées sont maximales pour les masseurs-kinésithérapeutes (densité 4 fois moins importante qu'en Nouvelle-Aquitaine) et pour les psychologues (densité 3,5 fois moins importantes). Pour les chirurgiens-dentistes et les podologues, les densités de la CCPL sont deux fois moins élevées que pour la région. Chez les infirmiers libéraux, ce ratio, également défavorable est de 1,7.

Sources : Insee (RP 2014), ASIP (RPPS 2017)  
Réalisation : ORS Poitou-Charentes  
\* pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans

## Part des professionnels âgés de 55 ans et plus en 2017 (en %)



Source : ASIP (RPPS 2017)  
Réalisation : ORS Poitou-Charentes

## ...et une situation qui pourrait se dégrader notamment pour les masseurs-kinésithérapeutes et les chirurgiens-dentistes

En 2017, 6 masseurs-kinésithérapeutes libéraux exerçant au sein de la CCPL sur 10 sont âgés de 55 ans ou plus tandis qu'ils sont moins de 2 sur 10 sur l'ensemble de la Nouvelle-Aquitaine. A très court terme, ce sont même 3 masseurs-kinésithérapeutes de la CCPL âgés de 65 ans ou plus qui pourraient cesser leur activité du fait de leur âge. Les chirurgiens-dentistes sont pour leur part un peu plus de 4 sur 10 à être âgés de 55 ans ou plus (6 points de plus qu'en Nouvelle-Aquitaine). Pour cette profession également la situation pourrait se tendre davantage très prochainement puisque 2 professionnels vont atteindre les 65 ans dans l'année.

Les infirmiers du territoire sont en revanche en proportion moins nombreux à avoir 55 ans ou plus comparativement à la Nouvelle-Aquitaine et à la Vienne.

Zonages conventionnels sur le bassin de vie de Loudun pour les masseurs-kinésithérapeutes, les infirmiers, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les orthophonistes en 2017

Profession	Classement de la zone
Infirmier	Très sous dotée
Masseur-kinésithérapeute	Très sous dotée
Sage-femme*	Intermédiaire
Orthophoniste	Intermédiaire
Chirurgien-dentiste	Très sous dotée

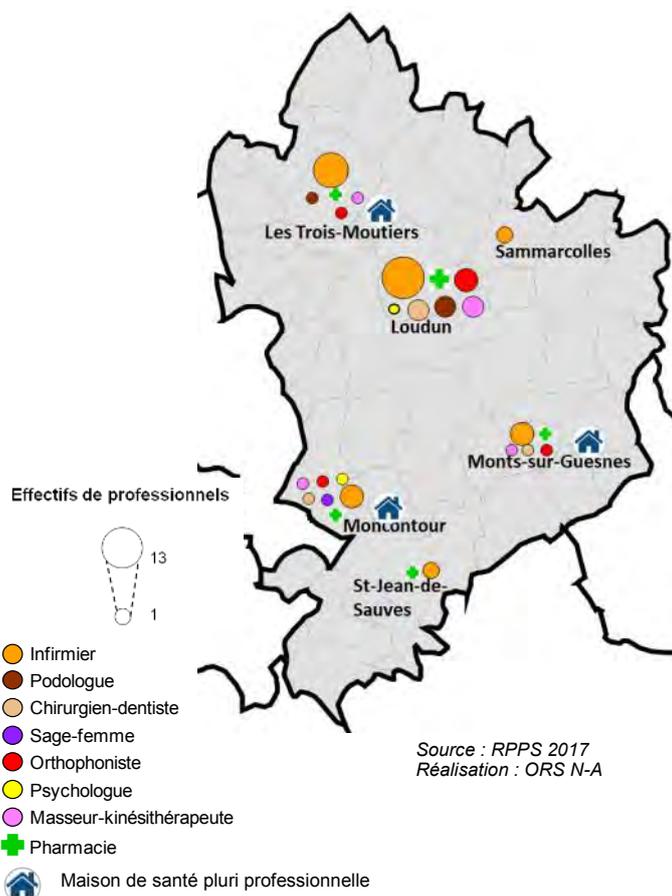
Source : ARS Nouvelle-Aquitaine  
Réalisation : ORS Nouvelle-Aquitaine  
\* Zonage à l'échelle des zones d'emploi

**Le bassin de vie de Loudun : Très sous doté pour les masseurs-kinésithérapeutes, les infirmiers et les chirurgiens-dentistes**

L'ARS détermine les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé libéraux. Chaque zonage fait l'objet d'une concertation auprès des acteurs concernés. L'objectif de ces zonages spécifiques est de rééquilibrer l'offre de soins sur l'ensemble du territoire par une régulation de la profession considérée, et de lutter contre les disparités géographiques. Ils s'inscrivent dans le cadre du dispositif conventionnel, déterminé et négocié entre les syndicats et l'Assurance maladie.

Pour les infirmiers, la quasi-totalité des zones dites sous dotées de Nouvelle-Aquitaine se situent en ex-Poitou-Charentes et ex-Limousin. Au sein du département de la Vienne, ce sont ainsi 9 bassins de vie, dont celui de Loudun (couvrant 24 des 45 communes de la CCPL), qui sont concernés. S'agissant des masseurs-kinésithérapeutes la situation est comparable à celle des infirmiers avec une surreprésentation des zones sous dotées dans les départements de la Vienne, de la Charente et de la Creuse. Aussi, 6 zones de la Vienne, dont Loudun, sont sous dotées. Pour les chirurgiens-dentistes, le bassin de vie de Loudun est également considéré comme très sous doté, comme c'est le cas de la majorité de ceux des Deux-Sèvres (département de Nouvelle-Aquitaine le plus concerné par ce zonage) et de deux autres bassins de la Vienne.

Localisation géographique des professionnels libéraux exerçant au sein de la CCPL en 2017



#### Une offre de prise en charge répartie entre 4 pôles principaux

Les 3 maisons de santé pluri professionnelles implantées dans les communes de Monts-sur-Guesnes, Les Trois-Moutiers et Moncontour offrent sur un même lieu la présence *a minima* d'infirmiers libéraux, de médecins généralistes, de masseurs-kinésithérapeutes et d'orthophonistes. Des chirurgiens-dentistes (Monts-sur-Guesnes et Moncontour), un podologue (Les Trois-Moutiers), une sage-femme et un psychologue (MSP de Moncontour) sont également implantés sur ces communes. Des officines pharmaceutiques complètent sur ces 3 communes l'offre de santé. La ville de Loudun, dans l'attente de la mise en fonctionnement de sa MSP, abritent une offre libérale composée d'infirmiers libéraux, de masseurs-kinésithérapeutes, de chirurgiens-dentistes, d'orthophonistes, de podologues, d'un psychologue et de pharmacies. A Saint-Jean-de-Sauves, sont installés, outre un médecin généraliste, une pharmacie et deux infirmiers libéraux. Enfin, une autre commune (Sammarcolles) accueille une infirmière libérale.

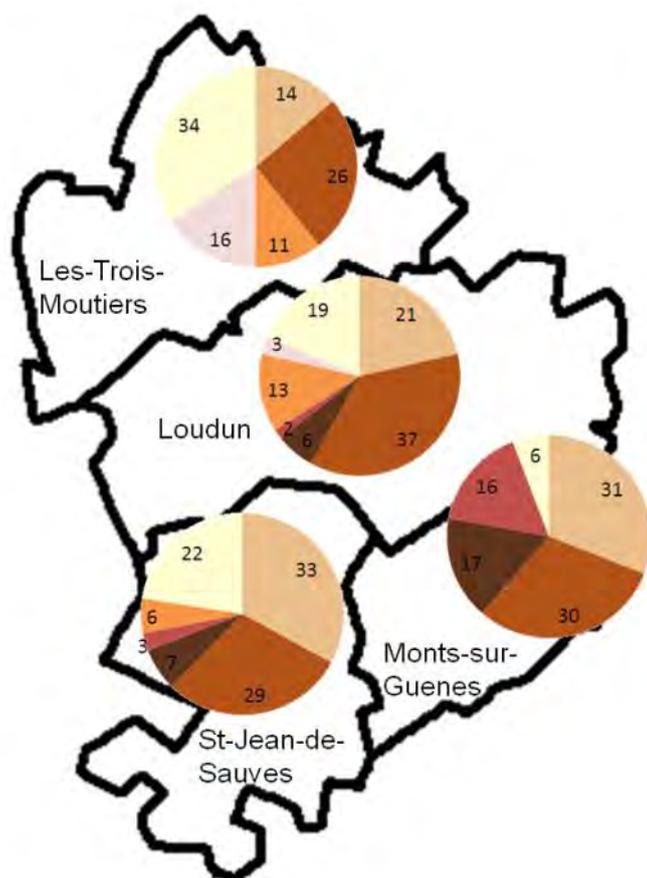
#### Les officines pharmaceutiques

Neuf officines sont implantées sur le territoire de la CCPL, soit une pour 2 713 habitants, ce qui est comparable au ratio du département de la Vienne (une pour 2 764 habitants) et à celui de la Nouvelle-Aquitaine (une pour 2 609 habitants). Dix des 13 pharmaciens qui y exercent sont âgés de 50 ans ou plus dont 5 sont âgés de 60 ans ou plus.

## Le CH de Loudun absorbe 1 séjour sur 3 de médecine des habitants de la CCPL

Les établissements de santé sont caractérisés par leur diversité. Ils sont différenciés sur les critères suivants : statut juridique (public, privé à but commercial ou à but non lucratif), missions (participation ou non au service public hospitalier), spécialisation, leur durée de séjour (court, moyen et long séjour), et leur mode de financement. Ils ont pour objet de dispenser, avec ou sans hébergement, des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë, des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus. Ils peuvent également dispenser des soins de longue durée à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie, dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien. En 2015, les soins hospitaliers représentent 47 % de la consommation de soins et de biens médicaux en France, les soins de ville 26 %, et les médicaments près de 18 %.

Répartition des lieux de séjours hospitaliers pour des soins de médecine des habitants de la CCPL (%) en 2016



Source : ATIH (PMSI)  
Exploitation : ORS Nouvelle-Aquitaine

- CHU de Poitiers
- Groupe Hospitalier Nord Vienne - Site de Loudun
- Groupe Hospitalier Nord Vienne - Site de Châtellerault
- Clinique de Châtellerault
- Clinique Jeanne d'Arc (Chinon)
- CH de Saumur
- Autre établissement de santé

### En 2016, un tiers des séjours hospitaliers de médecine réalisés par les habitants de la CCPL s'est déroulé sur le site hospitalier de Loudun

Le groupe hospitalier Nord Vienne regroupe les Centre Hospitaliers Renaudot de Loudun et Camille Guérin de Châtellerault. Le site de Loudun dispose de 35 lits d'hospitalisation complète et de 2 places d'hospitalisation partielle en médecine. Vingt cinq lits de SSR et 30 d'Unité de Soins de Longue Durée (USLD) sont également installés. Outre ces lits d'hospitalisation, le CH de Loudun propose plusieurs pôles et services de proximité (voir page suivante).

Sur l'année 2016, les habitants de la CCPL ont réalisé le tiers de leurs séjours hospitaliers pour des soins de médecine au sein du CH de Loudun. Près du quart des séjours de ces mêmes habitants ont eu lieu au CHU de Poitiers et 10 % enfin se sont déroulés à la Clinique Jeanne d'Arc de Chinon. Sur la zone des Trois-Moutiers, ce sont plus de 4 séjours pour médecine sur 10 qui ont eu au sein d'établissements de santé se situant hors de la Nouvelle-Aquitaine. S'agissant des séjours pour chirurgie (qui ne sont pas possibles au sein du CH de Loudun), les habitants se dirigent prioritairement vers le CHU de Poitiers (16 % des séjours), vers Châtellerault (25 % des séjours répartis équitablement entre le CH et la clinique) et vers la Clinique Jeanne d'Arc de Chinon (12 %). Enfin, pour les séjours obstétricaux, 38 % des séjours ont lieu au CH du Chinonais et 24 % au CH de Saumur. Seulement un peu moins de 15 % se sont déroulés au CH Camille Guérin de Châtellerault.

Nombre de lits et places du Groupe Hospitaliers Nord Vienne - Site de Loudun au 31/12/2016

Disciplines	Nombre de lits ou places
Médecine (Hospitalisation complète)	35
Médecine (Hospitalisation partielle)	2
Soins de suite et de réadaptation (SSR)	25
Unité de Soins de longue durée (USLD)	30

Source : SAE 2016  
Exploitation : ORS Nouvelle-Aquitaine

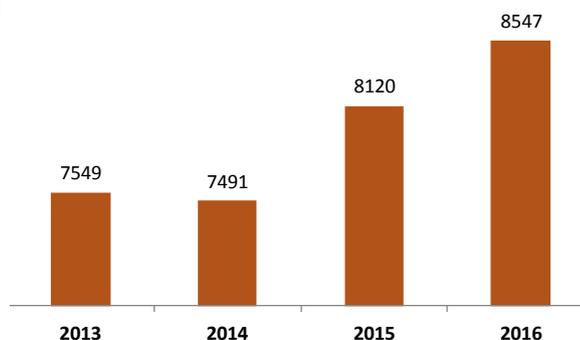
### Les consultations externes, les dépistages et la prévention au CH de Loudun en 2016

Périnatalité, Obstétrique et Interruption volontaire de Grossesse (IVG)	
Nombre de consultations externes	2 613
Nombre d'entretiens prénataux précoces	56
Nombre d'IVG	7
Prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer	
Nombre de patients différents vus en consultation mémoire	32
Centre Gratuit d'Information de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD)	
Nombre de consultations	124

Source : SAE 2016

Exploitation : ORS N

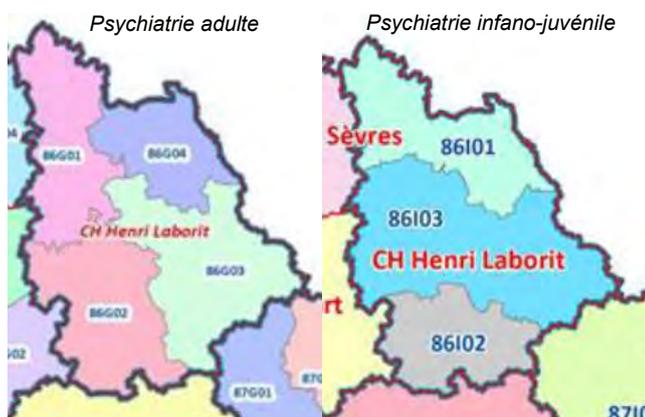
### Evolution du nombre de passages au service des urgences du CH de Loudun entre 2013 et 2016



Source : SAE 2016

Exploitation : ORS N-A

### Les secteurs de psychiatrie dans le département de la Vienne en 2016



Source : ARS N-A 2016

### Une offre de prise en charge et de prévention diversifiée au sein du CH de Loudun

Outre les lits de médecine, de soins de suite et de réadaptation et d'unité de soins de longue durée, le CH de Loudun propose une offre de prise en charge diversifiée. Ainsi, des consultations externes sont possibles en médecine interne, diabétologie et endocrinologie, en nutrition et diététique, en orthopédie, urologie, Oto-rhino-laryngologie-Stomatologie et en gynécologie.

Pour le suivi des grossesses, le centre périnatal de proximité a réalisé en 2016 plus de 2 600 consultations et 56 entretiens prénataux précoces.

S'agissant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, 32 personnes ont été vues en consultation mémoire, dont 13 pour la première fois en 2016. Cependant, en l'absence de gériatre la consultation mémoire ne peut plus, à l'heure actuelle, être assurée.

Si le CH de Loudun ne dispose pas d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) pour les personnes les plus éloignées du système de santé un projet de PASS mobile est en cours de définition.

### Une forte augmentation du nombre de passages au service des urgences au cours des dernières années.

En 2016, plus de 8 500 passages ont été enregistrés au service des urgences du CH de Loudun. Cette même année, le service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) a réalisé 239 sorties terrestres primaires (du lieu de prise en charge à l'établissement de santé) et 47 sorties secondaires (transport de personnes entre 2 établissements de santé).

Depuis le 1<sup>er</sup> août 2017 le service des urgences a été transformé en Centre de soins non programmés (CSNP). Le CSNP permet la prise en charge 24H/24 et 7 jours sur 7 des urgences nécessitant des actes de médecine générale, sans rendez-vous et/ou associés à des actes techniques sans difficultés particulières de régulation en amont et d'orientation en aval. Les pathologies traumatiques et médicales y sont traitées, quel que soit l'âge. Au terme de la consultation médicale le patient peut soit repartir à domicile, soit être transféré vers le service d'urgence de Châtelleraut ou Poitiers (si le plateau technique n'est pas suffisant ou si la prise en charge spécialisée est nécessaire), soit enfin être hospitalisé dans le service de Médecine sur le site de Loudun.

La quasi-totalité du territoire de la CCPL est actuellement à moins de 30 minutes d'un accès aux soins urgents à l'exception de 3 communes de l'extrême sud-ouest (La Grimaudière, Craon et Mazeuil). Néanmoins un médecin correspondant SAMU situé à Mirebeau sera opérationnel dès 2018 et permettra aux habitants de ces communes de disposer d'un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes

### Equipement et activité en Imagerie médicale

Sur le site de Loudun, sont installés un scanner, un IRM et 3 salles de radiologie conventionnelle. Plus de 8 actes réalisés à l'aide du scanner ou de l'IRM sur 10 ont été réalisés pour des patients en consultation externe. Pour les actes de radiologie, cette proportion dépasse les 90 %.

### L'organisation de la prise en charge en psychiatrie

La prise en charge des habitants de la CCPL pour la santé mentale est assurée par le Centre Hospitalier Henri Laborit de Poitiers.

La Vienne est découpée en 3 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile assurant un service public pour la prévention et le traitement des troubles mentaux pour les mineurs de 16 ans et moins. Le secteur nord auquel est rattaché la CCPL couvre l'ensemble du tiers nord du département. Pour les prises en charge en ambulatoire, un Centre Médico-psychologique (CMP) pour adultes et un Centre médico-psychopédagogique (CMPP) pour enfants et adolescents géré par l'association Les PEP 86 sont implantés à Loudun.

Aucun Centre Médico Psychologique pour Enfants et Adolescents (CMPEA) n'est présent sur le territoire de la CCPL.



La liste des actions et dispositifs qui sont présentés ici ne présente pas de caractère exhaustif. Elle constitue une illustration des initiatives locales qui ont pu être relevées par l'ORS au cours des entretiens ou lors des échanges avec les partenaires extérieurs à l'occasion de la rédaction des fiches. En outre, certaines initiatives locales ont pu être rapportées à l'ORS sans qu'il soit possible d'en faire une description suffisante. Enfin, la fiche 6.2 du diagnostic évoque plusieurs actions qui ne sont pas reprises ici. Dans le cadre du futur CLS, un recensement complémentaire pourrait utilement être réalisé.

La prise en compte de ces initiatives et actions locales semblent importante dans le cadre des futures actions du CLS car elles mobilisent déjà de nombreux acteurs et sont révélatrices de leurs volontés d'agir de concert.

### • La charte territoriale de solidarité portée par la MSA

La Charte territoriale de solidarité a pour finalité de prévenir les phénomènes entraînant la précarité, de lutter contre l'isolement et développer les solidarités et les services autour des publics vulnérables pour une inclusion sociale sur les territoires ruraux les plus isolés. Cette charte est mise en œuvre sur le territoire de la CCPL de 2015 à 2018. Ses champs d'action prioritaires sont de favoriser l'accès aux droits et à l'information, favoriser les solidarités et la citoyenneté, encourager la prévention et la promotion de la santé et favoriser l'offre de services de proximité. Ces enjeux sont mis en œuvre en proposant la participation et la mobilisation des acteurs locaux et des populations tant pour définir les besoins sociaux prioritaires que pour arrêter et conduire les projets susceptibles d'y répondre. Sur la CCPL, plusieurs actions et groupes de travail sont en cours dans le cadre de cette charte :

- le réseau de transport T'Solid'R (voir ci-dessous);
- un groupe de travail sur l'habitat et le logement (réunion en direction des propriétaires bailleurs, film avec des familles touchées par le mal logement);
- un groupe de travail sur la saisonnalité agricole;
- un groupe sur la coordination, le lien social et la fracture numérique : (@telier connecté en cours par l'ACLE);
- un groupe sur la santé;
- un groupe de travail sur la santé mentale et les addictions...

### • T'Solid'R (05 49 22 72 16 dynamob86@yahoo.fr)

Le réseau de transport solidaire « T'solid'R » est né du groupe de travail « mobilité » instauré dans le cadre de la Charte territoriale des solidarités portée par la MSA. Les difficultés de mobilité avaient été identifiées comme un frein à l'insertion sociale et professionnelle et un facteur croissant d'exclusion et d'isolement. En effet, l'absence de véhicule personnel freine fortement l'accès à l'emploi, aux loisirs et aux soins notamment. L'association Dynamob porte ce projet partenarial qui réunit également la MSA, le CLIC et Pôle emploi, ainsi que des conducteurs volontaires. Opérationnel depuis le 10 avril 2017 dans une phase expérimentale, T'Solid'R a permis à 11 bénéficiaires (dont 10 femmes) âgés de 42 à 87 ans de faire 18 déplacements sur Loudun, Châtellerauld et Saumur. Le système devrait se généraliser à l'ensemble du territoire de la CCPL début 2018.

### • Projet de réseau de bibliothèques

La ville de Loudun - avec la médiathèque municipale - et la Communauté de communes s'associent pour travailler à la création d'un nouveau service autour du livre et de la lecture sur le Pays Loudunais.

Par la mise en réseau des acteurs impliqués dans les bibliothèques municipales et points lecture, l'ambition est de favoriser le lien social et de dynamiser le territoire par l'accès au livre et la découverte culturelle.

Les objectifs de ce projet sont :

- d'inscrire sur le long terme l'accès à la culture dans le quotidien de la population et de rompre l'isolement



- de dynamiser les communes autour d'un lieu culturel et de services : en faire un lieu convivial et vivant, un point d'ancrage dans les communes, un lieu de rencontres et d'échanges. Pourquoi ne pas s'appuyer sur les écoles, commerces ou les bars ou les foyers de jeunes existants ?
- d'animer ces lieux grâce à un réseau de bénévoles, au tissu associatif local et à la coordination de la CCPL avec l'expertise de la médiathèque municipale.

### • Santé mentale et addictions en Loudunais : un groupe de travail dans le cadre de la charte des solidarités

Afin d'œuvrer en interdisciplinarité autour des addictions et de la santé mentale sur le Loudunais, un groupe de travail a été mis en place dans le cadre de la charte des solidarités avec l'Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine, l'Instance régionale d'éducation et promotion de la santé Nouvelle-Aquitaine et des acteurs du territoire : infirmières de collège et lycée, psychologue, représentants de la Maison relais, du chantier d'insertion, de la Mutuelle sociale agricole ; et du département comme le Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et son unité alcoologie (CIPAT).

Parce que différents facteurs professionnel, personnel et social peuvent altérer la santé mentale et favoriser ainsi des problèmes d'addictions, le groupe se penche sur le parcours de vie de la population selon trois tranches d'âge : 0 à 12 ans, 12 à 18 ans et 18 à 55 ans (au-delà un travail est déjà effectué par la MSA). Les objectifs sont d'identifier les besoins concernant les addictions et la santé mentale, ainsi que les acteurs des secteurs éducatif, social, médico-social et médical proposant des interventions ou des actions de prévention, dont ceux assurant le repérage et l'orientation de ces publics. Le groupe de travail souhaite ainsi mettre en place une action concrète d'ici 2018 avec l'implication des habitants.

### • Le réseau de violences conjugales

Il s'agit d'un réseau de professionnels qui travaillent pour l'amélioration de la prise en charge des personnes victimes de violences conjugales. Sur le territoire de la CCPL, il est composé du Conseil départemental, du chantier d'insertion, du CCAS de Loudun, de l'association multiservices, du Collectif Loudunais pour le logement, du SPIP, de CIDFF, de l'EMPP et de l'hôpital de Loudun. Il met en place des formations et des sensibilisations à destination des professionnels et du grand public.

### • La maison de la saisonnalité : un accompagnement global des saisonniers agricoles de Vienne et de Deux-Sèvres

La « Maison de la saisonnalité », qui fonctionne depuis plusieurs années, est un dispositif d'accompagnement global (accueil, information et orientation) des travailleurs saisonniers dans les zones de production du melon, en particulier les territoires du Loudounais et du Thouarsais où l'emploi saisonnier génère plus de 700 équivalents temps plein tous les ans.

En 2016, huit entreprises ont fait appel au dispositif, ce qui a permis d'héberger 80 saisonniers et ainsi augmenter leur durée d'employabilité.

Compte tenu de ce bilan positif, la Région et l'Etat ont choisi de continuer à soutenir ce dispositif en 2017, dans le cadre du Contrat d'Objectifs Territorial « Productions agricoles, sylvicoles et travaux paysagers » dont l'un des objectifs principaux est de sécuriser les parcours professionnels. L'ensemble de l'action est menée en partenariat avec les acteurs du territoire : missions Locales, Pôle Emploi, CAF, MSA, Conseil Départemental 86, CCAS.



Pour 2017, l'objectif principal du projet est de maintenir et pérenniser un accompagnement global des saisonniers et se décline en trois étapes : avant la saison (information sur les démarches de recherche d'emploi), pendant la saison (hébergement et accompagnement, accès aux droits), après la saison (accompagnement sur des formations, pluriactivité ou emploi durable).

Pour en savoir plus : [www.arftlv.org/actualites/19392/Poursuite-projet-Maison-saisonnalite-2017.aspx](http://www.arftlv.org/actualites/19392/Poursuite-projet-Maison-saisonnalite-2017.aspx)

### • La future MSP de Loudun

En sus des 3 MSP qui existent sur le territoire, ce projet a pour objectif de créer un équipement structurant en matière de service de santé à Loudun en vue d'attirer de jeunes professionnels et ainsi palier une démographie médicale sous tension. Dix huit professionnels ont signé le projet de santé de la MSP dont 10 exerceront dans des locaux communs dont la réception des travaux devrait avoir lieu en janvier 2019 : 5 médecins généraliste, 1 médecin acupuncteur et 5 infirmières libérales. Huit autres professionnels exercent au sein de la MSP mais dans d'autres locaux : un généraliste, un médecin scolaire, un podologue, un dermatologue, un orthophoniste et 3 infirmières. A terme la MSP pourra accueillir entre 19 et 22 soignants et 3 postes administratifs ou de coordination. Outre les activités de soins, la MSP pourra notamment assurer l'accueil de stagiaires, des actions de prévention et d'éducation thérapeutique, de la formation collective et le développement de la télé médecine.

### • ...Illustration de quelques actions dans le domaine de la santé mentale

- La MSA a mis en place un protocole de prévention et de prise en charge du risque suicidaire. Ce dispositif permet la prise en charge par la MSA de consultations de psychologues libéraux. Un psychologue sur le Loudunais est conventionné dans ce cadre.
- Un infirmier psychiatrique du CHHL est présent dans les établissements scolaires quelques heures par semaine pour permettre des évaluations cliniques et des expertises individuelles
- Des conventions sont signées entre le CHHL et des structures médico-sociales pour permettre l'intervention d'un professionnel de santé mentale



## Préambule

Ces premières propositions reposent, d'une part sur les analyses réalisées sur les indicateurs statistiques, et d'autre part sur les entretiens menés auprès des acteurs clés du territoire de la CCPL. Elles seront soumises à la concertation et à la validation du comité de pilotage du CLS.

## Les propositions issues du diagnostic

Globalement, les acteurs décrivent un territoire où les acteurs de l'emploi, du social et du médico-social s'articulent et fonctionnent bien ensemble. La taille du territoire facilite l'interconnaissance et l'interpellation directe des uns et des autres. Ainsi, sont mises en place des dynamiques partenariales intéressantes comme la coordination partenariale animée par la Mission Locale d'Insertion et les groupes de travail mis en place dans le cadre de la Charte des solidarités portée par la Mutualité Sociale Agricole. Cependant, des marges de progression sont identifiées en matière de partenariat. D'autre part le territoire de la CCPL présente plusieurs caractéristiques dans le domaine du social et de l'accès à la santé (entendue au sens large et incluant la prévention) qui doivent conduire à la mise en œuvre de réflexions spécifiques dans le cadre du CLS afin d'agir sur les principaux déterminants de la santé des habitants.

• *Accompagner le territoire dans le maintien et le développement des services de santé existants et la lutte contre la désertification médicale :*

- En maintenant voire renforçant les consultations avancées à l'hôpital
- En promouvant le territoire auprès des jeunes médecins afin de minimiser l'impact des départs à la retraite des professionnels de santé du premier recours

• *Favoriser le dépistage et la prise en charge précoce des troubles de la petite enfance et des jeunes adultes :*

- En multipliant les lieux de socialisation pour les enfants d'âge préscolaire
- En communiquant sur les missions de la PMI afin de changer l'image que les parents en ont
- En formalisant la mise en réseau des professionnels autour de la petite enfance et du soutien à la parentalité
- En soutenant les professionnels de la MLI dans les démarches de prise en compte des problèmes de santé des jeunes qui sont suivis

• *Renforcer l'interconnaissance et le travail partenarial autour de l'autonomie (personnes en situation de handicap et personnes âgées)*

- En développant les liens entre les MSP et les dispositifs d'orientation et de gestion des cas complexes (future Plateforme Territoriale d'Appui (PTA) notamment)
- En travaillant sur les représentations liées aux EHPAD pour éviter des entrées trop tardives
- En proposant des formations communes sur l'accompagnement des personnes âgées à domicile (respect des choix, autonomie décisionnelle, etc.)
- En encourageant dans le cadre de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie les actions à destination des aidants, des personnes âgées ayant des troubles psychiatriques et autour de la semaine bleue
- En communiquant sur le dispositif de l'hôpital de jour Handisoins et en développant des partenariats pour les troubles somatiques des personnes en situation de handicap
- En mettant en place une coordination permettant de décloisonner les services et de prévenir les situations critiques dans le domaine du handicap

*• Lutter contre les inégalités sociales de santé :*

- En renforçant l'accompagnement santé et l'accès aux droits des personnes en situation de précarité : le « aller vers ». Sur ce point le projet de PASS mobile sera un nouvel atout pour le territoire.
- En développant une réelle politique sociale et culturelle afin de faciliter le lien social et la vie socioculturelle. Nécessité de développer les services culturels et de loisirs et leur cohérence et articulation
- En facilitant la mobilité géographique et en renforçant notamment les accompagnements vers le centre d'examens de santé de Poitiers (ce que réalise déjà certaines associations du territoire de la CCPL)
- En luttant contre l'habitat dégradé

*• Développer la prévention et l'offre de prise en charge concernant les addictions et la santé mentale à tous les âges :*

- En poursuivant et en accompagnant les réflexions du groupe de travail pluridisciplinaire et interinstitutionnel autour de la santé mentale et des addictions
- En soutenant et en renforçant les démarches de prévention/formation/promotion de la santé visant à prévenir les conduites suicidaires et les récidives (MSA, Centre Hospitalier Henri Laborit,...)
- En soutenant et en renforçant les actions du CeGIDD suite au départ d'une sage-femme
- En clarifiant les compétences et limites de compétences entre la psychiatrie et les établissements médico-sociaux pour les personnes en situation de handicap, notamment pour la prise en charge de personnes déficientes ou ayant un handicap physique

*• Améliorer les connaissances des facteurs environnementaux ayant une incidence potentielle sur la santé des habitants :*

## Méthode d'élaboration du diagnostic

### • Les indicateurs quantitatifs

Les indicateurs quantitatifs sont issus des principaux systèmes d'information : INSEE, CAF, Assurance Maladie, MSA en ce qui concerne les données sociodémographiques, INSERM CépiDc pour les données de mortalité, les trois principaux régimes d'assurance maladie, le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) le répertoire FINESS pour l'offre et le recours aux soins.

Lorsque cela était possible, des données complémentaires ont été collectées auprès de producteurs locaux de données : l'ARS Nouvelle-Aquitaine, Docvie, le CLIC, la CARSAT Nouvelle-Aquitaine, le Conseil Départemental de la Vienne, l'Inspection académique, l'IREPS Nouvelle-Aquitaine, la MSA Sèvres-Vienne, Groupe Hospitalier Nord Vienne, l'Aide à domicile en milieu rural (ADMR).

Une fois les indicateurs calculés et une première version de la fiche rédigée, les partenaires extérieurs ont été sollicités selon le champ de leurs compétences pour relire et valider le document.

### • L'analyse qualitative

Les thèmes et la composition des entretiens ont été définis en comité de pilotage.

Pour constituer les entretiens, l'ORS s'est appuyé sur les initiatives partenariales locales et sur les nombreuses productions existantes. Les groupes déjà constitués ont été privilégiés pour la réalisation des entretiens collectifs. En particulier, un travail partenarial est en cours pour élaborer des actions dans le cadre de la Charte territoriale de solidarité portée par la MSA. Un état des lieux partagé des atouts et faiblesses du territoire concernant le soutien des publics fragilisés a été réalisé et des groupes de travail thématiques élaborent et mettent en œuvre des actions partenariales. Le thème de la santé et de ses déterminants est largement abordé dans le cadre de cette charte territoriale. Un groupe de travail animé par l'IREPS et l'ARS est notamment constitué sur la thématique Santé mentale / Addictions. Le diagnostic qualitatif réalisé par l'ORS a donc veillé à s'articuler avec cette démarche afin de contribuer à la cohérence des différentes démarches en cours sur le territoire :

- Sur le thème de la précarité : le diagnostic s'est appuyé sur les travaux de la Charte territoriale et un entretien collectif a été organisé
- Sur le thème Santé mentale / addiction, l'ORS a participé à une réunion du groupe de travail dans le cadre de la Charte des solidarités et a alimenté les constats avec la rencontre de représentants du secteur de psychiatrie.

Les entretiens ont été organisés par l'ORS en étroite collaboration avec la Délégation départementale de la Vienne de l'ARS Nouvelle-Aquitaine et la CCPL. L'ORS s'est également appuyé sur des acteurs locaux (Mutualité sociale agricole, Centre local d'information et de coordination) pour constituer certaines listes de participants.

Les entretiens ont été réalisés en octobre et novembre 2017.

Les entretiens collectifs ont porté sur : Santé au travail, Vieillesse, Personnes en situation de handicap, Enfance / jeunesse, Santé / Précarité

Des rencontres ont également été organisées avec :

- Des représentants du site de Loudun du Groupement hospitalier Nord Vienne (GHNV)
- Des représentants de la santé scolaire
- Le médecin de protection maternelle et infantile
- Le responsable du Pôle scolaire de la CCPL
- Des représentants du secteur 1 du Centre hospitalier Henri Laborit
- Des représentants de la Mission locale Nord Vienne, antenne de Loudun
- Des élus communautaires à l'occasion d'un bureau communautaire

Au final, les structures rencontrées ont été les suivantes : Association d'aide pour le devenir des handicapés de Loudun (AADH), Progecat, MSA, service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) de l'ADMR, CLIC, MAIA Nord Vienne, Accueil de jour Héliante, EHPAD Porte du Martray, Association de services de santé au travail de la Vienne (ASSTV), Association Communiquer Lire Ecrire Loudun (ACLE), GHNV, services de promotion de la santé en faveur des élèves de l'Education nationale, Service de Protection maternelle et infantile (PMI) du Conseil départemental, Mission locale Nord Vienne, Pôle scolaire de la CCPL, Centre hospitalier Henri Laborit (CHHL).

### • L'élaboration de propositions

Sur la base des deux approches combinées, quantitative et qualitative, l'ORS s'est attaché à élaborer des premières propositions d'axes stratégiques qui seront soumis à la concertation des acteurs du territoire.

## Définitions

**Accidents du travail** : Un accident survenu au salarié par le fait ou à l'occasion de son travail, quelle qu'en soit la

cause, est considéré comme accident du travail. Depuis 2013, seuls les accidents ayant entraîné au moins 4 jours d'arrêt et les décès sont maintenant codés par les caisses régionales à partir de la déclaration d'accident du travail (DAT).

**Accidents de trajet** : Un accident est considéré comme un accident de trajet s'il survient à un salarié pendant le trajet effectué entre les points suivants : sa résidence et son lieu de travail, son lieu de travail et le lieu de restauration où le salarié se rend pendant la pause repas.

Depuis 2013, seuls les accidents ayant entraîné au moins 4 jours d'arrêt et les décès sont maintenant codés par les caisses régionales à partir de la déclaration d'accident du travail (DAT).

**Affection longue durée (ALD)** : Affection dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse et pour lesquelles le ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré est supprimé.

**Allocation de logement familiale (ALF)** : L'allocation de logement dite «à caractère familial» a été créée en 1948 pour solvabiliser les familles face à la hausse des loyers des logements neufs lors de la reconstruction. Elle est à présent attribuée aux familles avec enfants (nés ou à naître) ou ayant à charge un ascendant ou un proche parent infirme et aux jeunes couples sans enfant à charge qui n'entrent pas dans le champ d'application de l'APL.

**Allocation de logement sociale (ALS)** : L'allocation de logement dite «à caractère social» a été instaurée en 1972 pour aider des catégories de personnes qui ne bénéficiaient pas de l'ALF. Elle s'adressait principalement à des personnes âgées de plus de 65 ans (deux allocataires sur dix sont retraités), à des personnes handicapées, à des jeunes travailleurs âgés de moins de 25 ans. A partir de 1991, elle a été étendue progressivement à toute personne non-éligible à l'ALF ou à l'APL, et notamment aux étudiants (un peu plus du quart des allocataires sont des étudiants).

**Aide personnalisée au logement (APL)** : L'aide personnalisée au logement a été créée en 1977 et s'adresse à toute personne locataire d'un logement neuf ou ancien qui a fait l'objet d'une convention entre le propriétaire et l'état (fixant, entre autres, l'évolution du loyer, la durée du bail, les normes de confort) ou aux personnes accédant à la propriété (ou déjà propriétaires) et ayant contracté un prêt aidé par l'état (PC, PAS et anciens PAP). L'APL est versée par la Caf et la MSA.

**Accessibilité potentielle localisée (APL)** : L'indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) est un outil construit par des chercheurs en économie de la santé de l'IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé) ainsi que par des chercheurs de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluations et des Statistiques), et dont le rôle est de quantifier la possibilité des habitants français d'accéder aux soins des médecins généralistes libéraux.

**Allocation aux adultes handicapés (AAH)** : Prestation destinée à assurer un revenu aux adultes handicapés âgés d'au moins 20 ans (sauf cas particuliers), sans ressources ou aux ressources modestes, dont le handicap entraîne l'impossibilité de travailler, ou qui ont un taux d'incapacité d'au moins 80 % (sauf dérogation).

**Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)** : Allocation qui remplace l'allocation d'éducation spéciale depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006. Financée par la Sécurité sociale, cette prestation familiale est destinée à compenser les frais d'éducation et de soins apportés à un enfant handicapé, âgé de moins de 20 ans et résidant en France de manière permanente.

**Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA)** : L'ANPAA est une association loi 1901 dont le domaine d'action couvre aujourd'hui l'ensemble des addictions : usage, usage détourné et mésusage d'alcool, tabac, drogues illicites et médicaments psychotropes, pratiques de jeu excessif et autres addictions sans produit. Les risques liés à ces comportements pour l'individu, son entourage et la société sont abordés dans une perspective globale, psychologique, biomédicale, et sociale. L'intervention de l'ANPAA s'inscrit dans un continuum allant de la prévention et de l'intervention précoce à la réduction des risques, aux soins et à l'accompagnement.

**Centre d'accueil médico-social précoce (CAMSP)** : Le CAMSP assure le dépistage précoce et le traitement en cure ambulatoire des enfants de moins de 6 ans présentant un risque de handicap ou atteints d'un handicap sensoriel ou moteur en vue de prévenir ou réduire l'aggravation du handicap : action de conseil et soutien de la famille, liaison avec les lieux d'accueil de la petite enfance et la maternelle et rééducation précoce.

**Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)** : Structures médico-sociales résultant du regroupement des services spécialisés pour l'alcool et les drogues (centre de cure ambulatoire en alcoologie et centre de soins spécifiques pour toxicomanes), prévu par le décret du 14 mai 2007.

**Centre local d'information et de coordination gérontologique (CLIC)** : Le CLIC est un guichet d'accueil, d'information et de coordination de proximité, pour les retraités, les personnes âgées et leur entourage, ainsi que pour les professionnels de la gérontologie et du maintien à domicile. Les missions des CLIC sont déclinées en fonction du niveau de label : de l'information jusqu'à la coordination du plan d'aide, en lien avec les intervenants extérieurs.

**Centre Gratuit d'information, dépistage et diagnostic (CeGiDD)** : Centres gratuits d'information de dépistage et de diagnostic des infections par le virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles. Créés par la loi de finances de la sécurité sociale de 2015, les CeGiDD résultent de la fusion des consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et des Centres d'information de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles, les IST (Ciddist). Par rapport aux deux structures pré-existantes, les missions des CeGiDD ont été élargies. En plus du dépistage du VIH, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles (IST), elles doivent offrir une approche globale de santé sexuelle et mieux cibler les publics les plus éloignés du dispositif de santé. Les CeGiDD ont été

mis en place au 1<sup>er</sup> janvier 2016, sous la responsabilité des Agences régionales de santé (ARS) et leur financement est assuré par la sécurité sociale au moyen des fonds d'intervention régionaux (FIR).

**Centre médico-psychologique (CMP)** : Etablissement public (ou privé faisant fonction de public) qui regroupe des spécialistes et propose une offre de soins mentaux prise en charge par la Sécurité sociale. Un CMP regroupe des médecins psychiatres, des psychologues cliniciens, des infirmières, des assistants de service social, des psychomotriciens, des orthophonistes et des éducateurs spécialisés. Il assure généralement des consultations, visites à domicile ou encore des soins infirmiers. Les CMP sont chargés d'un secteur géographique déterminé et sont rattachés à un hôpital public (ou privé faisant fonction de public). Il existe des CMP pour adultes et pour enfants et adolescents (CMPEA).

**Centre médico-psycho-pédagogique (CMPP)**. Ils assurent la prise en charge thérapeutique, la rééducation et le suivi d'enfants et d'adolescents présentant des troubles psychiques ou de comportement. Les interventions se font sous la responsabilité d'un médecin. Le diagnostic et le traitement sont pris en charge par l'assurance maladie en consultation ambulatoire et sans hospitalisation, le but étant de réadapter l'enfant en le laissant dans son milieu familial et scolaire.

**Couverture maladie universelle complémentaire (CMUc)** : Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2000, la loi sur la Couverture maladie universelle permet à toute personne, résidant en France de façon stable et régulière et qui n'est pas déjà couverte à quelque titre que ce soit par un régime obligatoire d'assurance maladie, de bénéficier de la sécurité sociale pour la prise en charge de ses dépenses de santé : la CMU de base. La couverture maladie universelle complémentaire (CMU complémentaire) permet d'avoir le droit à une complémentaire santé gratuite pour les personnes ayant les revenus les plus modestes.

**Etablissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA)** : Etablissement médico-social accueillant des personnes âgées non dépendantes. Chaînon intermédiaire entre le domicile et l'EHPAD.

**Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)** : Etablissement médico-social constitué de chambres médicalisées permettant l'accueil de personnes âgées qui ont besoin d'une assistance journalière et permanente.

**Etablissements et services d'aide par le travail (ESAT)** : Les ESAT ont succédé aux centres d'aides par le travail (CAT). Ils permettent aux personnes handicapées qui n'ont pas acquis suffisamment d'autonomie pour travailler en milieu ordinaire, y compris en entreprise adaptée ou de façon indépendante, d'exercer une activité dans un milieu protégé. Ces personnes bénéficient, en fonction de leurs besoins, d'un suivi médico-social et éducatif. L'orientation en ESAT par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) vaut reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé.

**Foyer d'accueil médicalisé (FAM)** : Les foyers d'accueil médicalisé accueillent des adultes gravement handicapés ayant besoin de l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes essentiels de la vie courante ou d'un soutien et suivi médical régulier.

**Indice comparatif de mortalité (ICM)** : Rapport entre le nombre de décès observés et le nombre de décès attendus si les taux de mortalité, pour chaque tranche d'âge, étaient identiques aux taux régionaux. La base régionale de cet indice est de 100. Un indice égal à 120 pour une cause de décès indique que la fréquence des décès est 20 % plus élevée dans la zone géographique étudiée qu'au niveau régional. Un indice à 75 indique au contraire que la fréquence des décès est 25 % moins élevée dans la zone géographique étudiée. Le test statistique du chi2 utilisé afin d'évaluer dans quelle mesure la différence entre l'ICM observé dans un territoire et celui de la région (=100) n'est due qu'au hasard, est d'autant plus « puissant » qu'il porte sur des effectifs importants. Ainsi, une très petite différence peut être significative si elle est observée sur des effectifs importants, tandis qu'une différence plus importante peut ne pas être significative si elle est observée sur des petits effectifs. De ce fait, l'absence de différence significative peut être simplement liée à un manque de puissance du test statistique.

**Indice de fréquence (IF)** : Il correspond au nombre de sinistres (accidents du travail, accidents de trajet ou maladies professionnelles déclarées en premier règlement) rapporté au nombre de salariés du même secteur d'activité. Cet indice est exprimé pour 100 000 salariés.

**Indice de vieillissement** : Nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans.

**Indice de grand vieillissement** : Nombre de personnes de 80 ans et plus pour 100 personnes de 65 à 79 ans

**Institut médico-éducatif (IME)** : Les IME ont pour mission d'accueillir des enfants et adolescents handicapés atteints de déficience intellectuelle quel que soit le degré de leur déficience. L'objectif est de leur dispenser une éducation et un enseignement spécialisés prenant en compte les aspects psychologiques et psychopathologiques ainsi que le recours à des techniques de rééducation.

**Maison d'accueil spécialisée (MAS)** : Les maisons d'accueil spécialisées proposent un hébergement permanent à des adultes handicapés gravement dépendants.

**Maladie professionnelle** : Une maladie est dite professionnelle si elle est la conséquence directe de l'exposition d'un travailleur à un risque physique, chimique ou biologique, ou résulte des conditions dans lesquelles il exerce son activité professionnelle. Basé sur la présomption d'origine, le droit à réparation se fonde sur des critères médicaux, techniques et administratifs (symptômes et lésions pathologiques, délai de prise en charge, travaux effectués et dans certains cas durée minimale d'exposition). Ces critères sont contenus dans les « tableaux de maladies professionnelles » annexés au Code de la sécurité sociale.

**Médiane des revenus fiscaux** : Le revenu fiscal médian partage les personnes en deux groupes : la moitié des personnes appartient à un ménage qui déclare un revenu inférieur à cette valeur et l'autre moitié déclare un revenu supérieur. Le

revenu fiscal correspond à la somme des ressources déclarées par les contribuables sur la déclaration des revenus avant tout abattement. Il ne correspond pas au revenu disponible.

**Le revenu déclaré** (ou revenu fiscal) du ménage (au sens fiscal) est constitué des ressources mentionnées sur la déclaration des revenus. Les prestations sociales et familiales ne sont pas déclarées car exonérées d'impôts sur le revenu. Il s'agit du revenu avant déductions et abattements accordés par la législation fiscale. Ces revenus sont nets de cotisations sociales et de la contribution sociale généralisée (CSG).

**1<sup>er</sup> décile** : 10 % des personnes appartiennent à un ménage qui déclare un revenu par UC inférieur à cette valeur

**Médiane** : 50 % des personnes appartiennent à un ménage qui déclare un revenu par UC inférieur à cette valeur

**9<sup>ème</sup> décile** : 10 % des personnes appartiennent à un ménage qui déclare un revenu par UC supérieur à cette valeur

**Le rapport inter décile** mesure le rapport entre les revenus les plus élevés et ceux les plus faibles, en ôtant les 10 % de ménages aux revenus les plus faibles et les 10 % de ménages aux revenus les plus forts. Plus le rapport est élevé, plus les écarts de revenus sont importants.

**Maison d'accueil familial (MAF)** : une MAF est une maison qui regroupe une famille d'accueil et 3 accueillis âgés ou handicapés, dans un logement composé d'une partie privative pour l'accueillant, d'une pièce de vie commune avec les accueillis et de chambres privatives avec salle de bain pour les accueillis.

**Minima sociaux** : Les minima sociaux visent à assurer un revenu minimal à une personne (ou à sa famille) en situation de précarité. Ce sont des prestations sociales non contributives, c'est-à-dire qu'elles sont versées sans contrepartie de cotisations.

**Mortalité prématurée** : Ensemble des décès survenant avant 65 ans.

**Mortalité prématurée évitable** : Ensemble des décès survenant avant 65 ans et dus à une cause pouvant théoriquement être évitée par une prise en charge précoce par le système de soins (pratiques de prévention primaire).

**Parc privé potentiellement indigne (PPPI)** : La loi de mobilisation pour le logement et de lutte contre l'exclusion (loi MOLLE du 25/03/2009) définit comme habitat indigne « les locaux utilisés aux fins d'habitation et impropres par nature à cet usage, ainsi que les logements dont l'état, ou celui du bâtiment dans lequel ils sont situés, expose les occupants à des risques manifestes pouvant porter atteinte à leur sécurité physique ou à leur santé ». Le PPPI correspond au nombre de résidences principales privées de catégorie cadastrale 6 et occupées par un ménage au revenu fiscal de référence inférieur à 70 % du seuil de pauvreté et de catégories 7 et 8 et occupées par un ménage au revenu fiscal de référence inférieur à 150 % du seuil de pauvreté. Les catégories cadastrales sont établies en fonction de la qualité de construction du logement, des matériaux utilisés, de la taille des pièces et de la présence de locaux d'hygiène.

**Prestation de compensation du handicap (PCH)** : la PCH est une aide financière versée par le département. Elle est destinée à rembourser les dépenses liées à la perte d'autonomie. Son attribution dépend du degré d'autonomie, de l'âge, des ressources et du lieu de résidence.

**Prestations sociales** : les prestations sociales (ou transferts sociaux) sont des transferts versés (en espèces ou en nature) à des individus ou à des familles afin de réduire la charge financière qui représente la protection contre divers risques. Elles sont associées à six grandes catégories de risques : la vieillesse et la survie, la santé, la maternité-famille, la perte d'emploi, les difficultés de logement et la pauvreté et l'exclusion sociale.

**Plan Régional Santé Environnement (PRSE 3)** : un plan administratif élaboré en concertation avec la société civile et des personnes qualifiées, qui décline le Plan national santé environnement (PNSE) aux échelles régionales de manière pluridisciplinaire et transdisciplinaire le thème « Santé-Environnement » et en cherchant à mieux prendre en compte les enjeux locaux.

**Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)** : la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) permet de bénéficier d'avantages aussi bien pour trouver un emploi que pour le conserver. La qualité de travailleur handicapé est reconnue par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

**Revenu de solidarité active (RSA) :** Le revenu de solidarité active (RSA) est une prestation entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2009 en France métropolitaine. Elle remplace le Revenu minimum d'insertion et l'Allocation de parents isolés (API). A compter du 1<sup>er</sup> septembre 2010, le RSA est étendu, sous certaines conditions, aux jeunes âgés entre 18 et 25 ans. Le RSA accompagne et soutient le retour à l'activité professionnelle. Il garantit aux allocataires exerçant ou non une activité, sans ou avec peu de ressources, un revenu minimum défini selon la composition du foyer.

Le RSA se décompose en trois allocations : le RSA socle, le RSA socle et activité et le RSA activité. Les bénéficiaires du «RSA socle» n'ont pas de revenus d'activité. Les bénéficiaires du «RSA socle et activité» ont de faibles revenus d'activité et l'ensemble de leurs ressources est inférieur au montant forfaitaire. Les allocataires du RSA socle (avec ou sans complément d'activité) correspondent aux anciens allocataires du RMI et de l'API. Les bénéficiaires du «RSA activité seul» ont de faibles revenus d'activité et l'ensemble de leurs ressources se situe entre le montant forfaitaire et le niveau de revenu garanti. Les données «RSA Socle» diffusées dans le tableau de bord social correspondent aux allocataires du «RSA socle seul» (sans activité) et «RSA socle et activité».

**Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) :** Les SAVS ont pour mission de contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées par un accompagnement favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité.

**Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) :** Le SAMSAH a pour vocation, dans le cadre d'un accompagnement médico-social adapté comportant des prestations de soin, de contribuer à la réalisation du projet de vie des personnes handicapées en favorisant le maintien ou la restauration des liens familiaux, sociaux, universitaires ou professionnels et l'accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité.

**Services d'aide à domicile (SAD) :** Les services d'aide à domicile assurent au domicile des prestations de services ménagers et des prestations d'aide à la personne pour les activités ordinaires et les actes essentiels de la vie quotidienne (entretien du logement, du linge, préparation des repas, courses, aide à la toilette, aide à l'habillage et au déshabillage).

**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.

**Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) :** Service de soin intervenant auprès de certains élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire ou dans un dispositif d'intégration collective. Ces services dépendant la plupart du temps d'une structure associative et sont composés de plusieurs professionnels : chef de service, diverses spécialités médicales, psychologues, psychomotriciens, orthophonistes, éducateurs spécialisés, kinésithérapeutes, ergothérapeutes et parfois enseignants.

**Soins de suite, soins de courte durée et de longue durée :** Le court séjour hospitalier regroupe les disciplines de médecine, de chirurgie et de gynécologie-obstétrique. Les soins de suite et de réadaptation ont pour objet la prise en charge des patients de tout âge, avec un objectif de récupération des fonctions initiales ou de compensation du handicap dans la perspective de retour à domicile. Enfin, les soins de longue durée s'adressent à des personnes n'ayant plus leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance constante et des traitements médicaux d'entretien.

**Taux comparatif :** Taux standardisé sur l'âge. Il permet de comparer le niveau d'un indicateur donné de chaque unité géographique indépendamment de la structure par âge des populations.

**Taux de chômage :** Le taux de chômage est le pourcentage de chômeurs dans la population active (actifs occupés + chômeurs).

**Taux d'emploi :** Le taux d'emploi d'une classe d'individus est calculé en rapportant le nombre d'individus de la classe ayant un emploi au nombre total d'individus dans la classe. Communément on se limite à la population en âge de travailler (généralement définie par les personnes âgées de 15 à 64 ans).

**Taux d'emploi des 15-64 ans :** Rapport entre la population active occupée des 15-64 ans et la population totale des 15-64 ans. Il désigne le pourcentage de personnes en âge de travailler qui occupent un emploi. Depuis 2006, la définition de la population active est plus large : les étudiants, retraités ou chômeurs qui exercent par ailleurs un emploi, même occasionnel ou de courte durée sont inclus dans la population active occupée alors qu'ils ne l'étaient pas dans les précédents recensements.

**Unité de distribution (UDI) :** Zone géographique à l'intérieur d'une même entité administrative (syndicat ou commune), exploitée par la même personne morale et dans laquelle la qualité de l'eau distribuée est homogène.

**Unité de soins de longue durée (USLD) :** Etablissement sanitaire prenant en charge des personnes souffrant d'une pathologie organique chronique ou une poly pathologie pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie.

**Unité localisée pour l'inclusion scolaire :** 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). Ce sont les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) qui décident de l'orientation d'un élève vers une ULIS qui lui offre la possibilité de poursuivre en inclusion des apprentissages adaptés à ses potentialités et besoins et d'acquérir des compétences sociales et scolaires, même lorsque ses acquis sont très réduits.



ARS Poitou-Charentes, Conseil départemental de la Vienne. Diagnostic territorial dans le cadre du dispositif MAIA Nord Vienne. MAIA 86. 161 p. Mise à jour 31/05/2015.

ATMO Poitou-Charentes. Mesure des pesticides dans l'air en Poitou-Charentes : Synthèse de la campagne de mesure 2015. Février 2016. 4 p.

Directe Nouvelle-Aquitaine. Eléments de diagnostic de santé au travail en ALPC : contexte socio-économique, accidents du travail et maladies professionnelles. Collection Etudes n°47. Juillet 2016. 15 p.

Directe Nouvelle-Aquitaine. Approche économique des 33 zones d'emploi de la région Nouvelle-Aquitaine : la zone d'emploi de Thouars-Loudun. 2017. 8 p.

INSEE. Aquitaine, Limousin et Poitou-Charentes : 5,8 millions d'habitants en 2012. Insee Analyses n°10. Janvier 2015. 4 p.

INSEE. À la recherche de la qualité de vie en Aquitaine Limousin Poitou-Charentes . Insee Analyses n°26. Janvier 2016. 4 p.

MAIA Nord Vienne. Diagnostic de territoire MAIA nord Vienne. Mai 2015. 161 p.

ORS Poitou-Charentes. Etat des lieux des CDAG et des CIDDIST en Poitou-Charentes. Février 2016. 43 p. Non diffusable

Noémie Vergier; Hélène Chaput. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ?. Les dossiers de la DREES n°17. Mai 2017. 63 p.

ORS Limousin. Etat des lieux santé environnement en Aquitaine, Limousin et Poitou-Charentes. Septembre 2016. 128 p.

ORS Poitou-Charentes. Diagnostic préalable à la mise en place de la conférence des financeurs du département de la Vienne. Janvier 2017. 135 p.

ORS Nouvelle-Aquitaine. Les EPCI de la Nouvelle-Aquitaine des territoires d'action pour une santé durable. Communauté de communes du Pays Loudunais. Juin 2017. 4 p.



# Diagnostic santé social de la communauté de communes du Pays Loudunais



## **Observatoire régional de la santé Nouvelle-Aquitaine**

Siège social : 102 cours du Maréchal Juin 33000 BORDEAUX - Tél. 05 56 56 99 71

Site de Poitiers : 203, route de Gençay 86280 SAINT BENOIT - Tél. 05 49 38 33 12

Site de Limoges : 4, avenue de la Révolution 87000 LIMOGES – Tél. 05 55 32 03 01

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

Site ORS Nouvelle-Aquitaine : [www.ors-na.org](http://www.ors-na.org)