

DIAGNOSTIC local de santé



RAPPORT FINAL – Juillet 2013

Communauté de communes
Pays de Pont-Château - St-Gildas-des-Bois

Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire

INTRODUCTION

La Communauté de communes et le conseil de développement du Pays de Pont-Château - Saint-Gildas-des-Bois ont décidé en 2012 d'initier un diagnostic local de santé afin d'identifier les points forts et les points faibles du territoire en matière d'offre de soins, de besoins de santé, mais aussi d'accompagnement des personnes âgées dépendantes ou handicapées et de coopération interprofessionnelle, afin de proposer des orientations stratégiques pour le territoire.

Ce diagnostic a été conduit sous la direction d'un comité de pilotage ad hoc, constitué à cet effet (voir composition ci-dessous).

Le présent rapport est une synthèse des éléments recueillis pendant les six mois d'élaboration du diagnostic, de novembre 2012 à mars 2013, notamment à partir des nombreux entretiens conduits par l'Observatoire régional de la santé auprès des élus, professionnels, et de la population. Qu'ils soient tous remerciés !

Une trentaine de médecins généralistes et infirmiers libéraux ont répondu à notre sollicitation pour une enquête téléphonique, avec un taux de participation d'environ 70 %. Des échanges directs ont eu lieu avec différents professionnels de santé mais aussi avec les responsables d'établissements médico-sociaux, les élus, les professionnels du Conseil général...

Trois réunions d'information auprès des professionnels et de la population ont été organisées initialement pour présenter le diagnostic. Un groupe de travail a été constitué autour des questions d'accompagnement social et médico-social qui s'est réuni deux fois. Les résultats du diagnostic ont fait l'objet de deux restitutions auprès des professionnels d'une part, et de la population d'autre part.

La population a été consultée à l'aide d'une « carte postale » mise à leur disposition dans les pharmacies, les cabinets médicaux, les services des mairies....

Les services de la Communauté de communes, et en particulier Mme Anne Stervinou, nous ont apporté un concours précieux, tout au long de la démarche.

COMITE DE PILOTAGE

Mrs **Belliot Philippe**, maire de Sainte-Anne-sur-Brivet, M. **Bernard Clouet**, maire de Pont-Château, M. **Loïc Hervy**, président du conseil de développement, M. **François Legentilhomme**, conseil de développement, M. **Roland Mallard**, conseil de développement, M. **Sylvain Robert**, Maire de Guenrouët.

Liste des personnes avec lesquelles des rencontres directes ou des échanges téléphoniques ont eu lieu.

Maires (rencontres individuelles)			
M. BELLIOU	Philippe	Maire	STE-ANNE-SUR-BRIVET
M. CLOUET	Bernard	Maire, Conseiller général	PONT-CHATEAU
M. GABILLARD	Claude	Maire	DREFFEAC
Mme LELIEVRE	Christine	Maire	SEVERAC
M. LELIEVRE	Bernard	Maire	MISSILLAC
Mme MOYON	Véronique	Maire	CROSSAC
M. PERRAIS	Michel	Maire	STE-REINE-DE-BRETAGNE
M. ROBERT	Sylvain	Maire	GUENROUET
M. TRILLARD	André	Sénateur-Maire	ST-GILDAS-DES-BOIS
Médecins libéraux (enquête téléphonique et rencontres individuelles)			
Dr CALLOCH	Jean-Pierre	Médecin généraliste	PONT-CHATEAU
Dr COLLET	Philippe	Médecin généraliste	GUENROUET
Dr DEVAUX-LANDRAGIN	Pierre	Médecin généraliste	STE-REINE-DE-BRETAGNE
Dr FLÉVIN	Cécile	Médecin généraliste	PONT-CHATEAU
Dr FLÉVIN	Dominique	Médecin généraliste	PONT-CHATEAU
Dr GOIN	Michel	Chirurgien-dentiste	GUENROUET
Dr MADEC	Michel	Médecin généraliste	PONT-CHATEAU
Dr MARAVAL	Frédéric	Médecin généraliste	MISSILLAC
Dr MARSAN	Elisabeth	Médecin généraliste	STE-ANNE-SUR-BRIVET
Dr OMNES	Yves-Marie	Médecin généraliste	PONT-CHATEAU
Dr RAMBOURG	Bertrand	Médecin généraliste	PONT-CHATEAU
Dr RICHARD	Jean-Michel	Médecin généraliste	MISSILLAC
Dr TRÉLOHAN	Jean-Paul	Médecin généraliste	GUENROUET
Infirmiers libéraux (enquête téléphonique et rencontres individuelles)			
Mme BEAUGENDRE	Marie-Denise	Infirmier	STE-ANNE-SUR-BRIVET
Mme BERTHELOT	Soizic	Infirmier	GUENROUET
Mme BOMPOIL	Evelyne	Infirmier	PONT-CHATEAU
Mme CHENE	Anne	Infirmier	PONT-CHATEAU
Mme DAVID	Stéphanie	Infirmier	PONT-CHATEAU
Mme DUTEIL	Nolwenn	Infirmier	GUENROUET
Mme KERMABON	Delphine	Infirmier	MISSILLAC
Mme LE MAUX	Françoise	Infirmier	GUENROUET
Mme LEGENTILHOMME	Nathalie	Infirmier	ST-GILDAS-DES-BOIS
Mme LEROUX-GUILLE	Jacqueline	Infirmier	PONT-CHATEAU
Mme MANSION	Nadine	Infirmier	PONT-CHATEAU
Mme PIERLOT	Sabine	Infirmier	ST-GILDAS-DES-BOIS
Mme RISBOURG	Maryvonne	Infirmier	GUENROUET
Mme SEIGLE	Josiane	Infirmier	MISSILLAC
Mme TEBBANI	Katia	Infirmier	PONT-CHATEAU
Mme TOUBA	Annick	Infirmier	STE-REINE-DE-BRETAGNE
Mme VALLEE	Chantal	Infirmier	STE-REINE-DE-BRETAGNE

Etablissements de santé (échanges téléphoniques et rencontres individuelles)			
Dr AH-FAT	Wong	Médecin psychiatre, Les Apsyades	PONT-CHATEAU
Dr ZIMMERMANN	Patricia	Centre hospitalier de Blain	BLAIN
Mme DUFOUR	Evelyne	Centre le Bodio	PONT-CHATEAU
Dr LE MOING	Anne	Centre le Bodio	PONT-CHATEAU
Mme ROSE	Valérie	Centre médico-psychologique	PONT-CHATEAU
EHPAD (échanges téléphoniques)			
M. BERTON	Joseph-Marie	EHPAD SAINT-CHARLES	MISSILLAC
Mme DELAFOND	Laurence	EHPAD LA CHATAIGNERAIE	PONT-CHATEAU
Mme GAUCHARD-ROBIN	Françoise	EHPAD ETABLISSEMENT LES AJONCS	STE-REINE-DE-BRETAGNE
M. GROUSSET	Luc	EHPAD LA SAINTE FAMILLE	ST-GILDAS-DES-BOIS
M. LECOQ	Franck	EHPAD LE CHENE DE LA CORMIERE	GUENROUET
Mme PAITIER	Françoise	EHPAD MICHELLE GUILLAUME	ST-GILDAS-DES-BOIS
Mme SALON	Marleen	EHPAD LE PRIEURE	PONT-CHATEAU
CLIC, Accueil de jour, SSIAD (échanges téléphoniques et rencontres individuelles)			
Mme BERGOT	Véronique	CLIC	PONT-CHATEAU
Mme MALLARD	Véronique	ALFA RÉPIT	DREFFEAC
Mme CORBILLE	Jacqueline	Directrice du SSIAD	PONT-CHATEAU
Etablissements et services pour personnes handicapées			
Etablissements et services du territoire de Pont-Château, et de Saint-Nazaire			
Conseil Général (délégation de Saint-Nazaire) : échanges téléphoniques			
Mme QUETTIER	Catherine	Députée territoriale, Conseil général	ST-NAZAIRE
Mme ROUSSEL-PERION	Patricia	Service personnes âgées, handicapées	ST-NAZAIRE
ARS (rencontres individuelles)			
Mme MARAIS	Carole	Délégation territoriale 44	NANTES
Mme NEYROLLES	Hélène	Délégation territoriale 44	NANTES
MSA (échange téléphonique)			
M. LERAY	Philippe	MSA	NANTES
CARSAT (échange téléphonique)			
M. TANGUY	Fabrice	Service social, CARSAT	ST-NAZAIRE
SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL (échange téléphonique)			
Dr PIZZALA	Sophie	Médecin du travail	PONT-CHATEAU
INSTANCE REGIONALE D'EDUCATION ET DE PROMOTION DE LA SANTE (IREPS), rencontre individuelle			
Dr LAMOUR	Patrick	Directeur	NANTES
MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE (échange téléphonique)			
Enseignant référent			PONT-CHATEAU



SOMMAIRE

Rapport détaillé

1 - Une forte croissance démographique

600 habitants supplémentaires chaque année depuis 1999 _____	13
Une croissance principalement liée au mouvement migratoire _____	14
Le nombre de jeunes ménages a augmenté de 38 % depuis 1999 _____	15
Près de 80 % des ménages sont propriétaires de leur logement _____	16
Une proportion de non-diplômés inférieure à la moyenne nationale _____	17
... mais le niveau de diplôme est plus faible _____	17
30 % des actifs travaillent dans l'agglomération nazairienne _____	18
Une forte proportion d'ouvriers _____	18
Une distance domicile-travail relativement importante _____	19
1 500 emplois supplémentaires entre 1999 et 2009 _____	20
Un actif sur cinq dans le secteur sanitaire et social _____	21
De faibles disparités de revenus _____	21
Le taux de bénéficiaires du RSA est inférieur à la moyenne nationale _____	22
Synthèse _____	23

2 - L'état de santé de la population et ses déterminants

31 % des décès masculins et 11 % des décès féminins surviennent avant 65 ans ____	27
Les décès prématurés sont beaucoup plus fréquents chez les hommes _____	28
Une mortalité générale supérieure de 25 % à la moyenne nationale _____	28
... qui n'est pas spécifique au territoire _____	29
Baisse de 19 % de la mortalité prématurée _____	30
Les « principaux » problèmes de santé _____	30
La mortalité par maladies cardiovasculaires ne diminue pas _____	31
Des admissions en ALD pour diabète nombreuses mais moins fréquentes qu'au niveau national _____	32
180 nouveaux cas de cancers diagnostiqués chaque année _____	32
Une incidence et une mortalité supérieures à la moyenne nationale _____	33
Un taux élevé de participation au dépistage organisé du cancer du sein _____	34
Troubles mentaux _____	34
Accidents _____	35
Les accidents survenus dans le Pays de Pont-Château _____	35
Les déterminants de la santé autres que le soin _____	36
Une situation en matière de tabagisme plutôt proche de la moyenne nationale _____	36
Consommation excessive d'alcool : une situation qui apparaît défavorable chez les hommes _	37
Perception des médecins généralistes _____	37
Synthèse _____	39

3 - L'offre de soins en mutation

L'offre de soins dans le Pays de Pont-Château	43
Médecine générale : une situation fragile	44
Une densité nettement inférieure à la moyenne nationale	45
Une activité moyenne sensiblement plus élevée qu'au plan régional	47
Emploi du temps et perception de la charge de travail	47
Formation des étudiants	48
Réseau professionnel	48
Soins à domicile	49
Infirmiers libéraux : 9 cabinets principaux	50
Activité des infirmiers du territoire	51
16 % des habitants ont eu recours à un infirmier en 2010	52
Réseau professionnel	53
Un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) de 68 places	53
Hospitalisation à domicile : une activité en recul	54
Les autres composantes des soins de premier recours	54
Officines	54
Chirurgiens-dentistes	55
Masseurs-kinésithérapeutes	55
Prise en charge des pathologies mentales	56
Médecine générale et santé mentale	56
La psychiatrie publique en Loire-Atlantique	56
Dans la Communauté de communes	57
Structures pour enfants et adolescents	57
Structures pour adultes	57
Accompagnement de patients vivant dans des logements autonomes	58
Partenariat	58
Saint-Nazaire : principal pôle d'attraction hospitalier	59
7 300 hospitalisations par an	59
Etablissement de Bodio	60
recours aux urgences	61
Permanence des soins (PDS)	62
La médecine générale	62
Des bouleversements importants depuis le début des années 2000	63
L'organisation à Pont-Château	63
CAPS	64
Maisons de santé	65
Cinq projets de maisons de santé	65
L'environnement proche	67
L'opinion des professionnels	68
Les médecins généralistes	68
Les infirmiers	68
Les attentes de la population	69
180 cartes postales recueillies par l'ORS	69

Le nombre de médecins généralistes se situe actuellement en France au niveau de 1996 _____ 71

Synthèse _____ 73

4 - L'accompagnement des personnes âgées dépendantes et/ou en situation de handicap

Des compétences partagées entre le Conseil général et l'ARS... _____ 78

... qui recouvrent partiellement des champs professionnels distincts _____ 79

Les personnes âgées dépendantes _____ 79

Vieillesse démographique : une situation comparable à la moyenne française _____ 79

Le taux de bénéficiaires de l'APA est supérieur de 39 % par rapport au taux national _ 80

Les soins d'hygiène _____ 81

Un taux d'équipement en EHPAD supérieur de 50 % à la moyenne départementale ____ 82

13 000 places d'accueil dans le département _____ 83

Un taux d'équipement supérieur de 50 % à la moyenne départementale _____ 83

Accueil des personnes désorientées _____ 85

Accueil de jour _____ 85

Aide aux aidants _____ 85

Hébergement temporaire _____ 85

Synthèse _____ 87

L'accompagnement des personnes handicapées _____ 89

Les demandes reçues par la MDPH _____ 89

Les enfants handicapés _____ 90

Le diagnostic _____ 90

La scolarisation _____ 92

Les établissements et services médico-sociaux 0-20 ans _____ 93

Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) _____ 94

Les établissements spécialisés _____ 94

Les aides _____ 95

Rôle des soignants _____ 95

Les adultes handicapés _____ 95

Les aides individuelles _____ 95

Les établissements et services pour adultes handicapés _____ 96

structures « médicalisées » _____ 96

Structures non médicalisées _____ 97

Synthèse _____ 99

5 - La coopération interprofessionnelle

Le choc des cultures _____ 102

Une problématique ancienne _____ 102

Concilier les « emplois du temps » _____ 104

Les zones grises _____ 104

Les identités professionnelles _____ 105

Coordination gérontologique : une responsabilité départementale... _____ 106

Un enseignant référent accompagne la scolarisation des enfants handicapés ____ 107

La situation dans le Pays de Pont-Château	107
Les orientations du schéma départemental	107
Le CLIC de Pont-Château	108
Organisation	108
Missions	108
Moyens	108
Partenariat, communication	109
Les outils coopératifs	109
Evaluations des besoins d'aide et de compensation	109
fiches de liaison au domicile	110
Réunions de coordination autour des cas complexes	110
MAIA	111
Démarche de soins infirmiers	111
Préparation des admissions et des retours à domicile après une hospitalisation	111
Synthèse	113
 Axes stratégiques	 115

1 - UNE FORTE CROISSANCE DEMOGRAPHIQUE

Sources d'information

Les données présentées dans ce chapitre sont essentiellement issues du recensement de la population de l'Insee : recensements de 1999, 2009 et 2010. Seul, l'effectif total de la population est issu du recensement de 2010 ; les autres éléments démographiques (structure par âge, catégorie socioprofessionnelle, emploi...) sont issus des recensements antérieurs.

600 HABITANTS SUPPLEMENTAIRES CHAQUE ANNEE DEPUIS 1999

► La Communauté de communes du Pays de Pont-Château - St-Gildas-des-Bois compte 31 849 habitants en 2010, soit 2,5 % de la population départementale (fig.1).

- La commune de Pont-Château, avec 9 683 habitants, concentre plus de 30 % des habitants du territoire,
- Missillac est la deuxième commune la plus peuplée (4 843 habitants, 15 %),
- St-Gildas-des-Bois et Guenrouët comptent plus de 3 000 habitants chacune,
- Crossac, Ste-Anne-sur-Brivet et Ste-Reine-de-Bretagne ont un effectif de population compris entre 2 000 et 3 000 habitants,
- Drefféac et Sévérac comportent chacune moins de 2 000 habitants.

Fig. 1 - Evolution du nombre d'habitants entre 1999 et 2010 (population municipale)

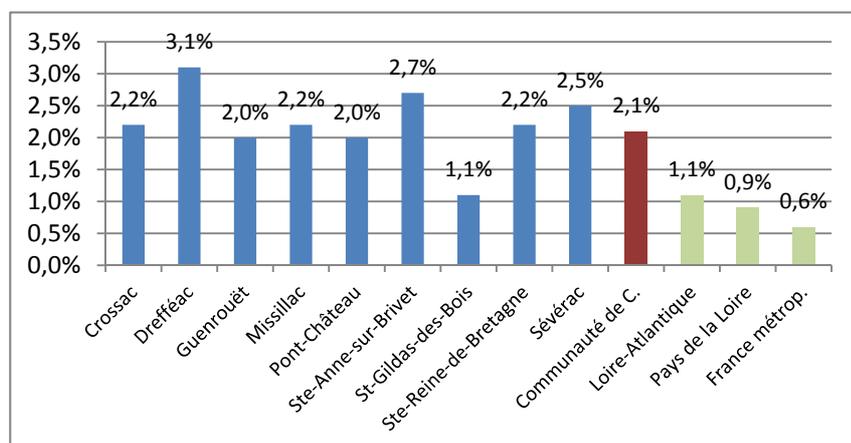
	Nombre d'habitants 2010	Nombre d'habitants 1999	Evolution brute	TCAM 1999-2010
Crossac	2 739	2 145	+ 594	+ 2,2%
Drefféac	1 843	1 322	+ 521	+ 3,1%
Guenrouët	3 007	2 408	+ 599	+ 2,0%
Missillac	4 843	3 808	+ 1 035	+ 2,2%
Pont-Château	9 683	7 770	+ 1 913	+ 2,0%
Sainte-Anne-sur-Brivet	2 588	1 925	+ 663	+ 2,7%
Saint-Gildas-des-Bois	3 454	3 062	+ 392	+ 1,1%
Sainte-Reine-de-Bretagne	2 135	1 682	+ 453	+ 2,2%
Sévérac	1 557	1 192	+ 365	+ 2,5%
Communauté de communes	31 849	25 314	+ 6 535	+ 2,1%

Sources : RP1999, RP2010 (Insee)

TCAM : taux de croissance annuel moyen

Après une période de stagnation démographique au cours des années 1990, le territoire a enregistré une forte croissance depuis 1999 : + 2,1 % en moyenne annuelle, soit 594 habitants supplémentaires chaque année. Cette croissance est 1,9 fois plus importante que celle observée au plan départemental et 3,3 fois plus qu'au niveau national (fig.2).

Fig. 2 - Taux de croissance annuel moyen entre 1999 et 2010



Sources : RP1999, RP2010 (Insee)

A l'intérieur du territoire, Drefféac et Ste-Anne-sur-Brivet ont connu les plus fortes augmentations : respectivement + 3,1 % et + 2,7 % en moyenne par an.

UNE CROISSANCE PRINCIPALEMENT LIEE AU MOUVEMENT MIGRATOIRE

► Cette croissance démographique résulte principalement des mouvements migratoires. Le fort excédent migratoire (+ 1,7 % en moyenne par an entre 1999 et 2009) explique en effet environ trois quarts de la croissance démographique observée ces dix dernières années.

Fig. 3 - Taux de croissance annuel moyen du nombre d'habitants entre 1999 et 2009

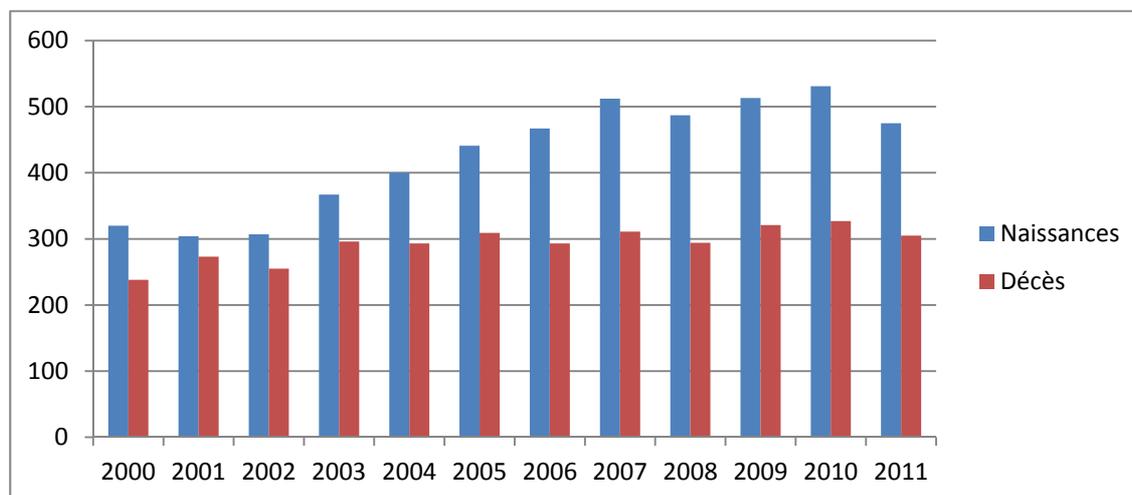
	TCAM du nbre hab. 1999/2009	TCAM Solde naturel 1999/2009	TCAM Solde migratoire 1999/2009
Crossac	+ 2,2%	+0,9%	+1,4%
Drefféac	+ 2,9%	+0,9%	+2,0%
Guenrouët	+ 1,9%	+0,1%	+1,8%
Missillac	+ 2,3%	+0,1%	+2,2%
Pont-Château	+ 2,0%	+0,5%	+1,6%
Sainte-Anne-sur-Brivet	+ 2,8%	+1,0%	+1,8%
Saint-Gildas-des-Bois	+ 1,1%	-0,3%	+1,5%
Sainte-Reine-de-Bretagne	+ 1,9%	+0,5%	+1,4%
Sévérac	+ 2,3%	+0,4%	+2,0%
Communauté de communes	+ 2,1%	+0,4%	+ 1,7%
Loire-Atlantique	+ 1,1%	+ 0,5%	+0,6%
France métropolitaine	+ 0,7%	+0,4%	+0,2%

Sources : RP1999, RP2009

► Le solde naturel (naissances-décès) est positif, avec en moyenne chaque année 506 naissances et 318 décès, soit un excédent naturel d'environ 190 personnes. Cet excédent s'est accru depuis 2005 car le nombre de naissances a fortement augmenté alors que le nombre de décès est resté relativement stable (fig.4).

Fig. 4 - Evolution du nombre de naissances et de décès (2000-2011)

Pays de Pont-Château - Saint-Gildas-des-Bois



Source : Etat civil (Insee)

Cette hausse des naissances est liée notamment à l'augmentation sur le territoire du nombre de femmes en âge de procréer, conséquence directe du mouvement migratoire et de l'installation de jeunes couples dans le Pays de Pont-Château.

L'ensemble des communes présentent un solde naturel positif sur la période 2009-2011, à l'exception de Saint-Gildas-des-Bois. Dans cette commune, le nombre de décès est supérieur au nombre de naissances (45 naissances et 62 décès), à cause de la présence de plusieurs établissements d'accueil de personnes âgées dépendantes.

Fig. 5 - Nombre annuel moyen de naissances et de décès (moyenne 2009-2011)

	Nombre annuel moyen de naissances 2009-2011	Nombre annuel moyen de décès 2009-2011
Crossac	40	16
Drefféac	38	6
Guenrouët	52	37
Missillac	76	56
Pont-Château	145	90
Sainte-Anne-sur-Brivet	50	17
Saint-Gildas-des-Bois	45	62
Sainte-Reine-de-Bretagne	36	22
Sévérac	23	11
Communauté de communes	506	318

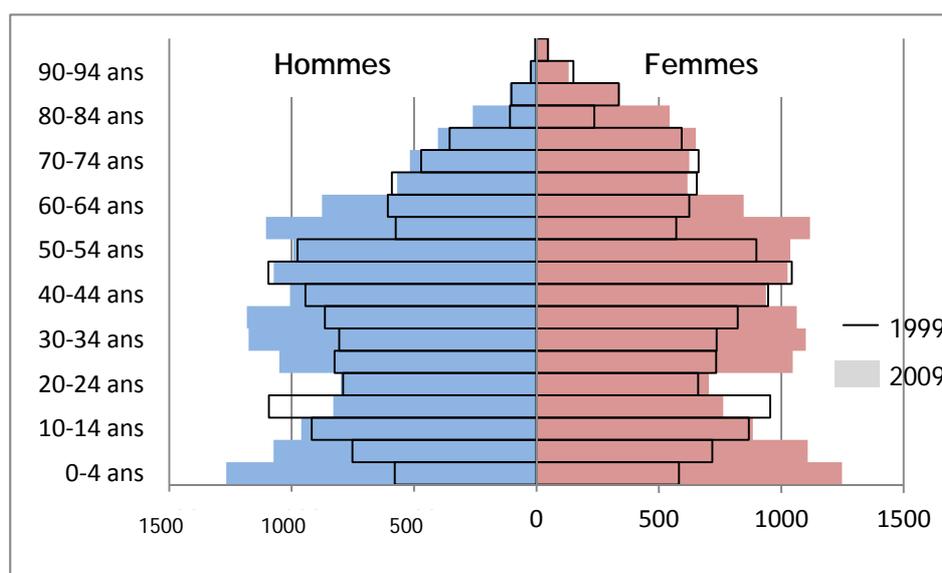
Source : Etat civil (Insee)

LE NOMBRE DE JEUNES MENAGES A AUGMENTE DE 38 % DEPUIS 1999

► Les moins de 18 ans représentent 24 % de la population en 2009 (22 % au niveau national). Leur effectif a fortement progressé, de 5 600 en 1999 à 7 600 en 2009, en raison de l'augmentation du nombre de naissances.

Fig. 6 - Pyramide des âges (1999, 2009)

Pays de Pont-Château - Saint-Gildas-des-Bois



Sources : RP 2009 ; RP1999

- ▶ En revanche, la proportion de 18-24 ans recule (6,6 % en 2009 contre 9,0 % en 1999). Cette baisse témoigne des départs de jeunes, qui poursuivent notamment leurs études à l'extérieur du territoire¹.
- ▶ Avec l'arrivée de jeunes ménages, l'effectif des personnes de 25-39 ans a fortement augmenté (6 620 en 2009 contre 4 790 en 1999, soit + 38 %).
- ▶ L'effectif des 55-64 ans a connu également une forte progression (3 900 en 2009 contre 2 400 en 1999, + 66 %), qui correspond à l'arrivée des générations issues du baby-boom, nées juste après la seconde guerre mondiale.
- ▶ Les 65 ans et plus représentent 16 % de la population (17 % en 1999). 2 530 habitants sont âgés de 75 ans ou plus en 2009, soit + 29 % par rapport à 1999 (1 955 personnes). Ils représentent 8,1 % de la population totale du territoire (8,8 % en France).

Fig. 7 - Structure par âge de la population et indice de vieillissement (2009)

	Moins de 18 ans	18-39 ans	40-59 ans	60-74 ans	75 ans et plus	Total	Indice de vieillissement
Crossac	663	769	776	324	144	2679	48
Drefféac	446	487	540	192	87	1753	41
Guenrouët	625	773	826	361	313	2900	81
Missillac	1113	1373	1307	586	424	4803	66
Pont-Château	2376	2707	2454	1203	766	9503	56
Sainte-Anne-sur-Brivet	679	766	622	341	117	2525	42
Saint-Gildas-des-Bois	791	861	880	468	429	3429	80
Sainte-Reine-de-Bretagne	527	568	496	302	151	2040	60
Sévérac	366	368	396	269	104	1503	59
Communauté de communes	7587	8672	8297	4046	2535	31135	60

Source : RP 2009 (Insee)

PRES DE 80 % DES MENAGES SONT PROPRIETAIRES DE LEUR LOGEMENT

- ▶ Le territoire compte un parc de 14 050 logements en 2009. En lien avec la croissance démographique, le nombre de logements a augmenté de 36 % depuis 1999.

Les résidences principales représentent 87,8 % du parc (12 341 logements), les résidences secondaires 5,6 % et les logements vacants 6,3 %. 91 % des logements sont des maisons, 8 % des appartements, et 1 % d'autres logements (logements-foyers, chambres d'hôtel...). 79 % des ménages sont propriétaires de leur logement en 2009, soit un taux nettement supérieur à la moyenne départementale (62 %) et nationale (58 %).

- ▶ La Communauté de communes s'étend sur 327 km², soit une densité de population de 97 habitants par km² en 2010, qui représente la moitié de la densité

¹ Les élèves ou étudiants majeurs sont comptabilisés dans la commune de leurs études.

départementale (188 hab/km²). En comparaison avec des zones urbaines, la densité de population y est dix fois moins importante dans le Pays de Pont-Château que dans la métropole nantaise (1 123 hab/km²).

La densité moyenne de population varie de 1 à 4 entre communes du territoire. Pont-Château a la plus forte densité (174 hab/km²) alors que la commune de Guenrouët, qui est la plus étendue (70 km²), présente la densité la plus faible (43 hab/km²).

UNE PROPORTION DE NON-DIPLOMES INFÉRIEURE A LA MOYENNE NATIONALE

► La proportion de non-diplômés dans l'ensemble de la population est inférieure à la moyenne nationale en 2009 (15 % vs 18 % en France).

Cette situation se reproduit avec les nouvelles générations : en 2009, 6 % des 25-29 ans sont non diplômés (vs 11 % en France).

La proportion d'habitants non diplômés est en baisse, passant de 20 % en 1999 à 15 % en 2009.

... MAIS LE NIVEAU DE DIPLOME EST PLUS FAIBLE

► Le niveau de diplôme des habitants du territoire est cependant plus faible que celui des Français : les diplômés d'un CAP/BEP (36 % vs 24 % en France) sont surreprésentés dans le territoire.

En revanche, les diplômés de l'enseignement supérieur sont moins nombreux qu'au plan national (16 % vs 24 %). La proportion des diplômés de l'enseignement supérieur progresse cependant, de 9 % en 1999 à 16 % en 2009.

Fig. 8 - Diplôme le plus élevé de la population non scolarisée de 15 ans ou plus
Pays de Pont-Château - Saint-Gildas-des-Bois

	Communauté de communes		France
	1999	2009	2009
Aucun diplôme	20 %	15 %	18 %
CEP	19 %	12 %	11 %
BEPC, brevet des collèges	6 %	5 %	6 %
CAP/BEP	36 %	36 %	24 %
Bac., brevet professionnel	10 %	16 %	16 %
Diplôme enseignement supérieur	9 %	16 %	24 %

Sources : RP1999, RP 2009 (Insee)

Au sein de la Communauté de communes, Pont-Château présente le plus fort taux d'habitants de 15 ans et plus diplômés de l'enseignement supérieur (20 %), Drefféac et Sévérac les plus faibles (respectivement 12 % et 13 %).

Les constats sont proches pour les jeunes générations : en 2009, 11 % des 25-29 ans sont diplômés d'un CAP/BEP (vs 8 % en France), 32 % ont un niveau supérieur au baccalauréat (vs 42 %).

30 % DES ACTIFS TRAVAILLENT DANS L'AGGLOMERATION NAZAIRIENNE

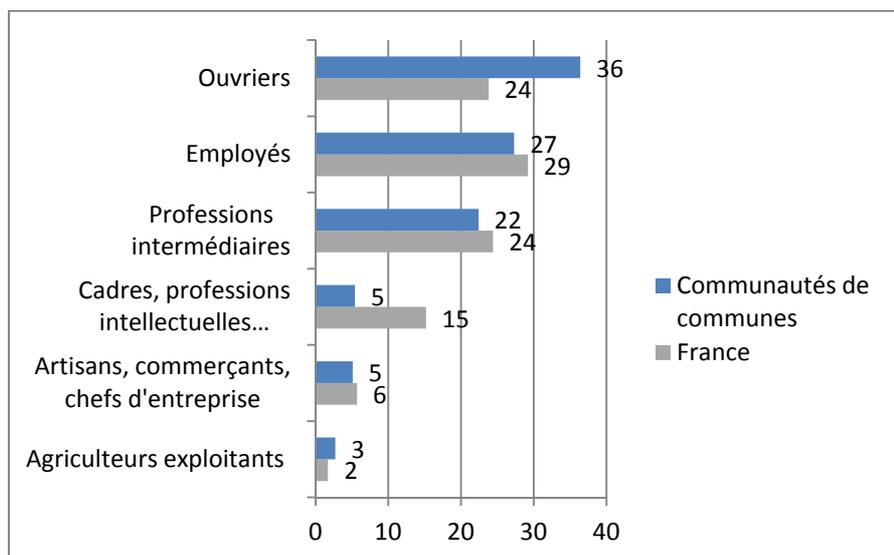
18

La population active (13 200 personnes) représente 73 % de la population totale des 15-64 ans (72 % en France).

UNE FORTE PROPORTION D'OUVRIERS

► Les ouvriers constituent la catégorie sociale la plus importante, 37 % des actifs contre 24 % au plan départemental et national.

Fig. 9 - Répartition des actifs occupés de 15-64 ans selon la catégorie socioprofessionnelle Pays de Pont-Château - Saint-Gildas-des-Bois



Source : RP 2009 (Insee)

27 % des actifs sont employés et 23 % exercent une profession intermédiaire (contre 29 % et 24 % en France).

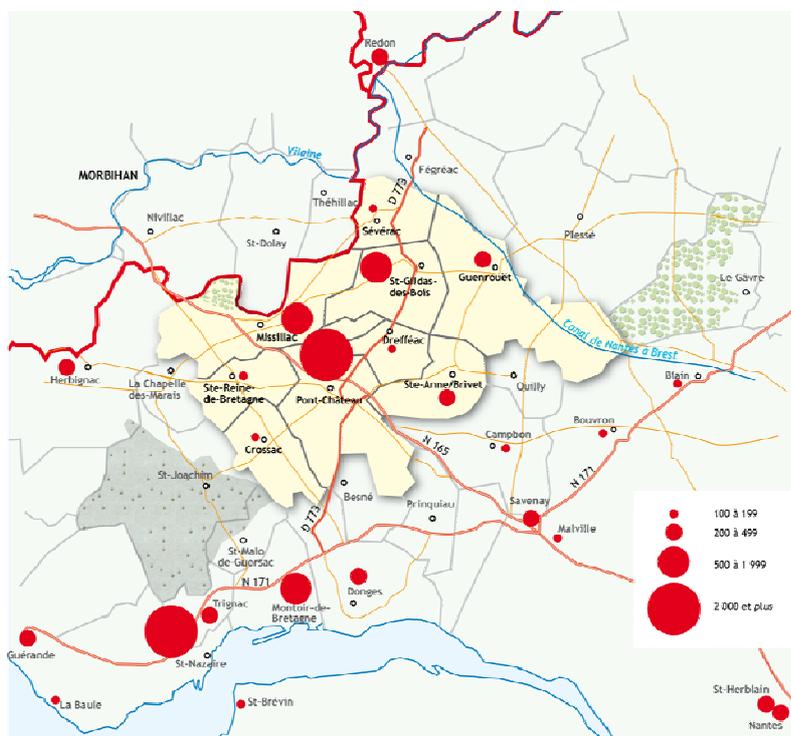
Contrairement aux ouvriers, les cadres sont sous-représentés (5 % des actifs vs 12 % en Loire-Atlantique et 15 % en France). Les artisans, commerçants et chefs d'entreprise représentent quant à eux 5 % des actifs, et les agriculteurs 3 % (vs 5 % et 2 % en France).

► En termes d'évolution, la part relative des ouvriers dans la population est en baisse (40 % en 1999 vs 36 % en 2009). Un constat analogue est observé pour les agriculteurs exploitants (3,6 % en 1999 vs 2,7 % en 2009) malgré un effectif qui est resté relativement stable (408 en 1999 ; 392 en 2009). En revanche, la part des professions intermédiaires est en hausse (18 % en 1999 vs 22 % en 2009).

► Parmi les habitants de la Communauté de communes, âgés de 15-64 ans et qui ont un emploi, la plupart travaillent en dehors de la Communauté de communes (61 %), ce qui les oblige à effectuer de nombreux déplacements domicile-travail.

Seulement 39 % travaillent au sein de la Communauté de communes.

Fig. 10 - Nombre d'actifs résidant dans la Communauté de communes selon la commune de travail Pays de Pont-Château - Saint-Gildas-des-Bois



Source : RP 2009 (Insee)

L'agglomération nazairienne et la presqu'île guérandaise constituent une zone d'emploi attractive pour les habitants du territoire, avec 30 % des actifs : à Saint-Nazaire (2 250 actifs), Montoir-de-Bretagne (670), Dongs (430), Trignac (220)...

8 % des actifs ont un emploi dans l'agglomération nantaise.

UNE DISTANCE DOMICILE-TRAVAIL RELATIVEMENT IMPORTANTE

Qu'ils travaillent ou non dans leur commune de résidence, les habitants privilégient l'automobile pour se rendre sur leur lieu de travail : 63 % des actifs exerçant leur activité dans leur commune de résidence et 93 % des actifs travaillant en dehors de leur commune de résidence se déplacent en voiture².

Les transports en commun constituent le principal moyen de déplacement pour 4 % des actifs. Pour les habitants qui travaillent en dehors de leur commune de résidence, la distance médiane entre leur domicile et le lieu de travail s'élevait à 23,2 kilomètres en 2007. Cette distance est nettement supérieure à la moyenne départementale (14,1 km) et nationale (12,4 km).

² Camion, fourgonnette

1 500 EMPLOIS SUPPLEMENTAIRES ENTRE 1999 ET 2009

20

► Le Pays de Pont-Château - St-Gildas-des-Bois compte 7 806 emplois en 2009, alors que 13 200 actifs résident dans la Communauté de communes, ce qui correspond à un ratio de 59 emplois pour 100 actifs ayant un emploi³.

Cet indice est inférieur à la moyenne départementale qui atteint 101, le département comptant un peu plus d'emplois que d'actifs résidents occupés.

Les communes de Pont-Château (3 965 emplois) et St-Gildas-des-Bois (1 304 emplois) présentent les plus forts indices de concentration (d'emplois), ayant quasiment autant d'emplois que d'actifs occupés.

Fig. 11 - Evolution du nombre d'emplois et de l'indice de concentration

Commune	Nb d'emplois 2009	Indice de concentration 2009	Nb d'emplois 1999	Indice de concentration 1999
Crossac	200	17,0	144	16,2
Drefféac	178	23,4	545	22,9
Guenrouët	512	41,5	479	59,0
Missillac	1 001	49,5	754	54,4
Pont-Château	3 965	97,0	3 087	99,9
Sainte-Anne-sur-Brivet	247	21,8	177	21,5
Saint-Gildas-des-Bois	1 304	95,6	1 140	103,2
Sainte-Reine-de-Bretagne	216	25,7	174	26,5
Sévérac	182	31,2	147	32,2
Communauté de communes	7 806	59,1	6 263	63,9

Sources : RP1999, RP2009 (Insee)

► Comme au niveau départemental et national, le secteur tertiaire représente la plus grande part des emplois (64 %) :

- 33 % dans le secteur de l'administration publique, de l'enseignement, de la santé et de l'action sociale,
- 31 % dans les secteurs du commerce, transports, services divers.

La part du secteur tertiaire est moins importante qu'au niveau départemental (75 %) et national (76 %), en raison d'une surreprésentation sur la Communauté de communes des emplois industriels (20,5 % vs 13,9 % en France) et agricoles (6,1 % vs 2,9 %). Les secteurs de la santé, du social et du médico-social représentent près d'un emploi sur cinq, avec 1 500 emplois (19 % des emplois).

Les secteurs industriels, agricoles, et celui du sanitaire et du social ont un poids plus important dans la Communauté de communes qu'au plan national.

³ Appelé *indice de concentration*.

UN ACTIF SUR CINQ DANS LE SECTEUR SANITAIRE ET SOCIAL

► Entre 1999 et 2009, le territoire a gagné plus de 1 500 emplois.

Tous les secteurs ont bénéficié de cette augmentation, y compris les activités agricoles (+ 42 emplois) et industrielles (+ 360 emplois).

Le secteur de « l'administration publique, de l'enseignement, de la santé et de l'action sociale » a gagné 500 emplois et celui du « commerce, transports et services divers », plus de 400.

Le seul secteur sanitaire et social représente environ 1 500 emplois.

Fig. 12 - Répartition des emplois de la Communauté de communes selon le secteur d'activité et en France

	Communauté de communes			France
	Nombre d'emplois 1999	Nombre d'emplois 2009	% CC*	%
Agriculture	449	491	6,1	2,9
Industrie	1287	1647	20,5	13,9
Construction	465	740	9,2	6,9
Commerce, transports, services divers	2096	2506	31,2	45,6
Administration publique, enseignement, santé, action sociale	2120	2648	33,0	30,7
<i>Dont sanitaire et social</i>	<i>nd</i>	<i>1504</i>	<i>18,7</i>	<i>13,5</i>
	6417	8 033	100	100

Sources : RP1999, RP2009, exploitations complémentaires

*Communauté de communes

DE FAIBLES DISPARITES DE REVENUS

► On dénombre 1 099 **demandeurs d'emploi** de catégorie A⁴ au sein des habitants de la Communauté de communes, au 31 décembre 2011⁵ ce qui correspond à un taux de demandeurs d'emploi⁶ de 7,6 % (6,8 % chez les hommes, 8,6 % chez les femmes). Ce taux est inférieur à la moyenne départementale (8,5 %) et nationale (9,9 %).

D'après les données du recensement de la population, le taux de chômage parmi les 15-64 ans en 2009 était inférieur d'environ 30 % à celui observé en 1999, la situation s'étant particulièrement améliorée chez les femmes (- 40 % entre 1999 et 2009 ; - 11 % chez les hommes).

⁴ Demandeurs d'emploi de catégorie A : personnes qui n'ont pas travaillé au cours du mois décembre 2011, disponibles pour travailler et inscrites à Pôle emploi.

⁵ Source : Pôle emploi Pays de la Loire - février 2012.

⁶ L'indicateur de chômage présenté ici a été calculé en rapportant le nombre de demandeurs d'emploi de catégorie A au 31 décembre 2011 au nombre d'actifs de 15-64 ans du recensement 2009. Cet indicateur ne peut être comparé au taux de chômage au sens du BIT, qui est notamment estimé à partir de l'enquête Emploi de l'Insee, ni aux taux de chômage localisés publiés par l'Insee à l'échelon régional, départemental et zone d'emploi.

► Le niveau de vie médian⁷ des habitants du territoire s'élève en 2010 à 17 500 € par an, soit un niveau inférieur à la moyenne départementale (19 200 €) et nationale (18 700 €).⁸

En 2010, 12 % des habitants appartiennent à un ménage à bas revenus⁹. Ce taux est inférieur à la moyenne départementale (14 %).

Les disparités de revenus apparaissent moins importantes sur le territoire qu'à l'échelon départemental ou national. Le ratio entre le niveau de vie par unité de consommation des 10 % des habitants du Pays de Pont-Château - St-Gildas-des-Bois les plus aisés et le niveau de vie des 10 % les plus modestes est presque deux fois plus faible qu'au plan national en 2009 (3,1 dans le Pays de Pont-Château vs 4,2 en Loire-Atlantique et 5,6 en France métropolitaine).

LE TAUX DE BENEFICIAIRES DU RSA EST INFERIEUR A LA MOYENNE NATIONALE

► Au 31 décembre 2010, 430 habitants percevaient le RSA (Revenu de solidarité active), soit 2,3 % de la population des 18-64 ans. Le taux de bénéficiaires du RSA sur le territoire est inférieur à la moyenne départementale (2,3 % vs 3,9 % en Loire-Atlantique).

En prenant en compte les ayants droit (conjoint et enfants), 860 personnes bénéficient de cette prestation, soit 3,2 % de la population de moins de 65 ans.

► Le taux de bénéficiaires de la CMUC parmi les moins de 65 ans en 2010 apparaît nettement plus faible dans le Pays de Pont-Château et St-Gildas-des-Bois qu'au plan départemental et national : 2,3 % vs 4,6 % en Loire-Atlantique et 6,6 % en France¹⁰.

► On dénombre 449 logements HLM (en location) sur la Communauté de communes en 2009. Le taux de locataires d'un logement HLM (loué vide) est nettement inférieur à la moyenne départementale et nationale : 4 % vs 12 % en Loire-Atlantique et 15 % en France.

► Parmi les 8 894 familles résidant dans le Pays de Pont-Château - St-Gildas-des-Bois : 572 sont composées d'un seul adulte, vivant sans conjoint, avec un ou plusieurs enfants de moins de 25 ans dans un même logement. Ces familles monoparentales représentent 12,3 % de l'ensemble des familles du territoire ayant des enfants de moins de 25 ans. Cette proportion est inférieure à la moyenne départementale (18,0 %) et nationale (21,6 %).

⁷ Ces résultats doivent toutefois être considérés avec précaution car ils ont été calculés sur les revenus fiscaux (ou déclarés) et non sur les revenus disponibles (qui tiennent compte des prestations sociales versées et le paiement des impôts directs).

⁸ Document ADDRN 2009.

⁹ Les foyers à bas revenus sont ceux dont le revenu par unité de consommation (RUC) est inférieur au seuil de bas revenus. Le RUC correspond à l'ensemble des ressources du foyer (revenus d'activité, prestations sociales, etc.) avant impôt rapporté au nombre d'unités de consommation du foyer. L'échelle d'équivalence utilisée est celle de l'OCDE modifiée, à laquelle la Caf rajoute 0,2 UC si la famille est monoparentale. On considère que toutes les personnes du foyer ont le même RUC. Le seuil de bas revenus est calculé chaque année à partir de l'Enquête revenus fiscaux et sociaux (ERFS). Il correspond à 60% de la médiane des revenus par UC avant impôt observés au niveau national.

¹⁰ Ces données sont issues des deux principaux régimes d'assurance maladie (régime général et régime agricole).

SYNTHESE

► Le Pays de Pont-Château - Saint-Gildas-des-Bois a gagné près de 600 habitants en moyenne chaque année au cours de la période 1999-2010, ce qui correspond à un taux de croissance supérieur à 2 % par an, trois fois plus élevé qu'au plan national.

Les trois quarts de la croissance s'expliquent par le mouvement migratoire, et en particulier par l'arrivée de jeunes ménages (l'effectif des 25-39 ans a augmenté de 38 % entre 1999 et 2009), qui a contribué au « boom » des naissances sur le territoire (environ 500 naissances par an).

► Dans la Communauté de communes, près de 80 % des ménages sont propriétaires de leur logement, proportion beaucoup plus forte qu'au plan national (58 %). Les logements sociaux sont peu nombreux avec 4 % de locataires HLM contre 15 % en moyenne en France.

► Les ouvriers constituent la catégorie sociale la plus importante sur le territoire : 37 % des actifs contre 24 % au plan national.

► Plus de 60 % des actifs travaillent en dehors de la Communauté de communes, dont 30 % dans l'agglomération nazairienne.

► Les écarts de revenus sont faibles : le ratio entre le niveau de vie des 10 % des habitants les plus modestes et des 10 % des plus aisés est de 3,1 dans le Pays de Pont-Château contre 5,6 en France. Le niveau de vie médian est inférieur de 7 % au niveau de vie des Français.

► Les différents indicateurs sociaux disponibles témoignent de problèmes sociaux moins fréquents que dans d'autres territoires : le taux de bénéficiaires du RSA comme celui de la CMUC sont nettement inférieurs à la moyenne française.

2 - L'Etat de santé de la population et ses déterminants

Sources d'information

Plusieurs sources d'information ont été rassemblées et analysées afin de décrire l'état de santé des habitants du Pays de Pont-Château - Saint-Gildas-des-Bois et ses déterminants.

Les données présentées ici sont issues principalement des systèmes d'information suivants :

- *statistiques des causes médicales de décès (Inserm CépiDc),*
- *admissions en affection longue durée - ALD - (Cnamts, MSA, RSI),*
- *incidence des cancers (registre des cancers de Loire-Atlantique/Vendée),*
- *sécurité routière (Observatoire départemental de la sécurité routière).*

Le regard que l'on peut porter aujourd'hui sur la santé des habitants du Pays de Pont-Château et ses déterminants est étroitement lié aux outils qui ont été mobilisés. De nombreux indicateurs présentés ici sont issus des statistiques des causes médicales de décès de l'Inserm CépiDc, information issue des certificats de décès remplis par le médecin qui constate le décès.

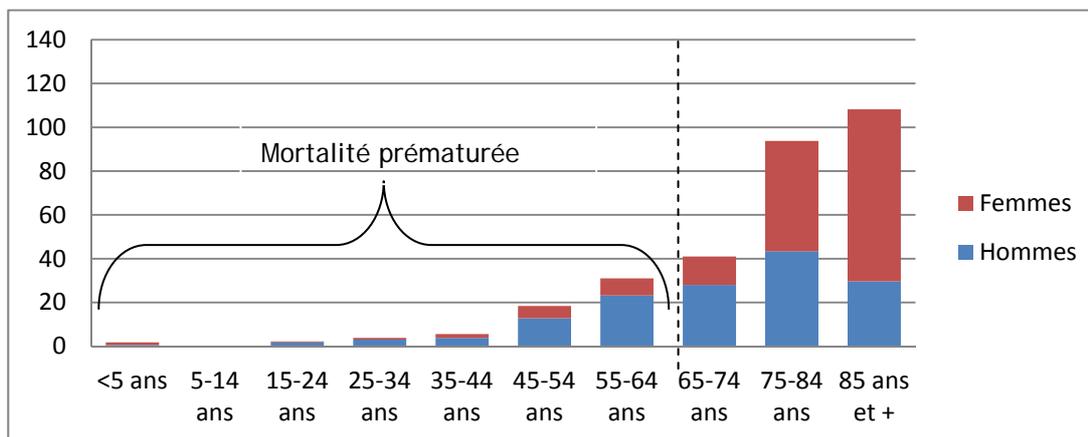
En revanche, on ne dispose pas de données sur les comportements et habitudes de vie des habitants du territoire notamment en termes de tabagisme, la consommation d'alcool, la pratique physique, la nutrition, les conditions de travail... qui constituent les principaux déterminants de la santé. Toutefois, les données mobilisées apportent indirectement quelques éléments sur la situation du territoire pour certains de ces déterminants.

31 % DES DECES MASCULINS ET 11 % DES DECES FEMININS SURVIENNENT AVANT 65 ANS

27

► 306 personnes résidant dans le Pays de Pont-Château sont décédées en moyenne chaque année sur la période 2005-2009 : 146 hommes et 160 femmes.

Fig. 13 - Nombre annuel moyen de décès selon l'âge et le sexe (moyenne 2005-2009)
Pays de Pont-Château - Saint-Gildas-des-Bois



Source : Inserm CépiDc

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

Les décès restent relativement peu fréquents avant 45 ans. Leur nombre augmente à partir de la classe d'âge 45-54 ans. Mais, comme en France, la majorité des décès concernent des personnes âgées, voire très âgées : deux tiers des décès surviennent au-delà de 75 ans, et un tiers au-delà de 85 ans.

Fig. 14 - Principales causes de décès avant et après 65 ans (moyenne 2005-2009)
Pays de Pont-Château - Saint-Gildas-des-Bois

	< 65 ans	65 ans et plus	Total
Ensemble des cancers	28	54	82
Traumatismes et empoisonnements	11	9	20
Maladies de l'appareil circulatoire	8	89	97
Autres causes	11	9	20
TOTAL	63	243	306

Source : Inserm CépiDc

► Les statistiques de causes médicales de décès reflètent donc de plus en plus la mortalité aux grands âges, ce qui limite leur utilisation dans une perspective de prévention. Dans ce contexte, les épidémiologistes ont développé le concept de « mortalité prématurée », celle-ci étant définie comme la survenue de décès avant l'âge de 65 ans.

Au cours de la période 2005-2009, on dénombre **63 décès prématurés** en moyenne chaque année dans la Communauté de communes, soit un peu plus de 20 % des décès.

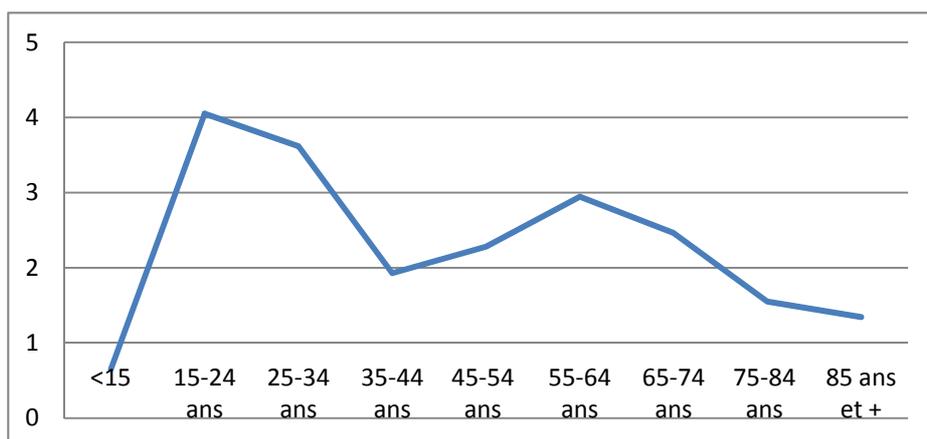
Les cancers constituent la première cause de décès prématurés (44 %), le cancer du poumon étant la localisation la plus fréquente. Les morts violentes représentent 17 % des décès prématurés (principalement des suicides). Enfin, les maladies cardiovasculaires constituent la troisième grande cause de mortalité prématurée (13 %).

LES DECES PREMATURES SONT BEAUCOUP PLUS FREQUENTS CHEZ LES HOMMES

► Comme en France, la part des décès prématurés est nettement plus élevée chez les hommes. Parmi les habitants du territoire, 31 % des décès masculins surviennent avant 65 ans contre 11 % des décès féminins.

A quasiment tous les âges, le taux de mortalité chez les hommes est supérieur à celui des femmes (fig.15). L'écart entre les deux sexes est particulièrement marqué entre 15 et 34 ans, et entre 55 et 64 ans.

Fig. 15 - Ratio de surmortalité masculine selon l'âge (moyenne 2005-2009)
Pays de Pont-Château - Saint-Gildas-des-Bois



Source : Inserm CépiDc

Lecture : chez les 15-24 ans, le taux de mortalité chez les hommes est 4 fois supérieur à celui des femmes.

Parmi ces décès prématurés, un tiers peuvent être considérés comme « évitables » car ils résultent de problèmes de santé accessibles à la prévention (maladies liées à la consommation d'alcool et/ou de tabac, accidents, chutes, suicides, sida).

UNE MORTALITE GENERALE SUPERIEURE DE 25 % A LA MOYENNE NATIONALE

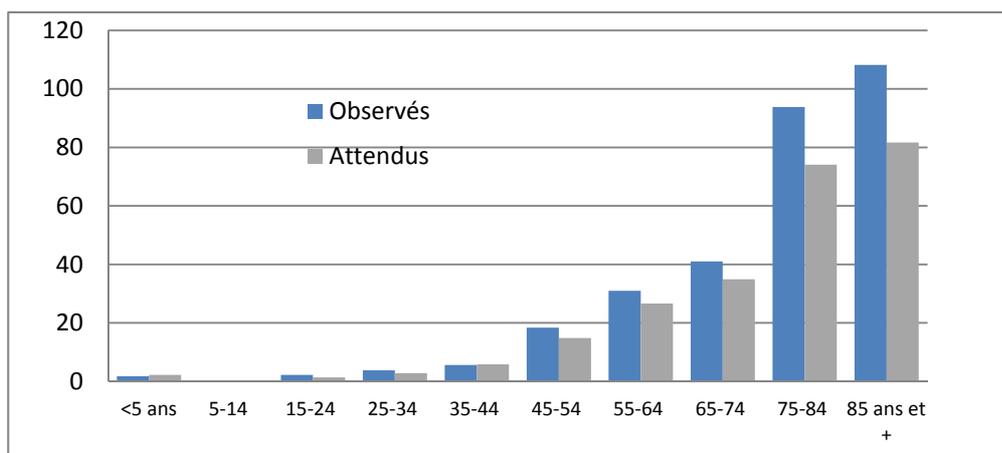
► A structure par âge comparable, la Communauté de communes présente une mortalité supérieure de 25 % à la moyenne nationale sur la période 2005-2009. Cette surmortalité s'observe chez les hommes (+ 25 %) comme chez les femmes (+ 27 %).

Si l'on compare le nombre de décès observés parmi les habitants de la Communauté de communes sur la période 2005-2009 et le nombre de décès attendus si les taux de mortalité par âge des habitants étaient identiques à ceux

observés au plan national, cette surmortalité correspond à un excédent de 61 décès en moyenne par an sur le territoire.

Un excédent est observé pour la plupart des classes d'âge, mais il se concentre essentiellement dans les classes d'âge élevé : trois quarts des décès supplémentaires concernent des personnes âgées de plus de 75 ans. Cette surmortalité générale est liée principalement à une surmortalité par maladies cardiovasculaires et par cancers.

Fig. 16 - Nombre annuel moyen de décès observés et attendus selon l'âge (moyenne 2005-2009)
Pays de Pont-Château - Saint-Gildas-des-Bois

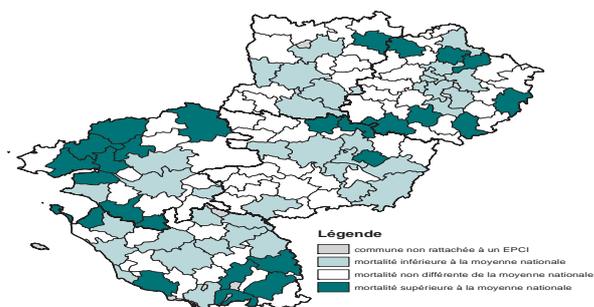


Sources : Inserm CépiDc, Insee

La situation défavorable que connaît le Pays de Pont-Château - St-Gildas-des-Bois en matière de mortalité générale se retrouve pour la mortalité prématurée. A structure par âge comparable, la mortalité prématurée (avant 65 ans) parmi les habitants de la Communauté de communes est en effet supérieure de 17 % à la moyenne nationale (+ 16 % chez les hommes ; + 10 % chez les femmes).

... QUI N'EST PAS SPECIFIQUE AU TERRITOIRE

Fig. 17 - Indice comparatif de mortalité générale - Pays de la Loire (moyenne 2005-2009)



Sources : Inserm Cépidc, Insee

La mortalité générale (tous âges) est supérieure à la moyenne nationale pour plusieurs territoires voisins de la Communauté de communes (Agglomération nazairienne, Sud-Estuaire, Pays de Redon, Pays de Blain, Loire et Sillon), ou dans des territoires situés au Sud et au Nord du département (pays de Machecoul, de Legé, de Châteaubriant). Le Sud Vendée, territoires autour de Fontenay-le-Comte, connaît également une surmortalité.

BAISSE DE 19 % DE LA MORTALITE PREMATUREE

► Entre les périodes 1999-2001 et 2007-2009, le taux standardisé de mortalité générale a diminué de 4 % dans le Pays de Pont-Château - St-Gildas-des-Bois. Cette baisse est toutefois moins marquée qu'au plan départemental (- 15 %).

Cette diminution moins importante est notamment liée au fait que la mortalité par maladies cardiovasculaires est restée stable dans le Pays de Pont-Château, alors qu'elle a baissé au plan départemental et national. Le territoire présente ainsi une mortalité par maladies cardiovasculaires supérieure de plus de 40 % à la moyenne nationale.

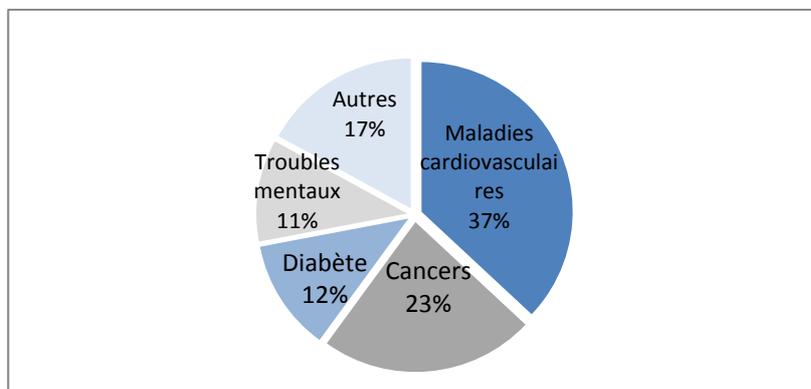
De la même façon, la baisse de la mortalité par cancers a été moins importante à Pont-Château (- 3 %) que pour l'ensemble du département de Loire-Atlantique (- 11 %).

La **mortalité prématurée** (avant 65 ans) a connu une baisse plus marquée que la mortalité générale : - 19 % entre 1999-2001 et 2007-2009, baisse pratiquement identique à celle observée au plan départemental (- 20 %).

LES « PRINCIPAUX » PROBLEMES DE SANTE

► Les pathologies susceptibles d'altérer la santé sont multiples mais certaines sont particulièrement fréquentes et graves, et constituent des enjeux majeurs à l'échelle collective.

Fig. 18 - Principaux motifs d'admissions en affection de longue durée (ALD) (moyenne 2006-2010) Pays de Pont-Château - Saint-Gildas-des-Bois



Sources : Cnamts, MSA, RSI

La part des pathologies graves au sein de la population du territoire a été appréciée à partir des données d'admissions en affection de longue durée¹¹.

Selon les données des trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole et régime des travailleurs indépendants), 641 habitants de la Communauté de communes ont été admis en affection de longue durée (ALD) en moyenne chaque année sur la période 2006-2010 (soit environ 2 % de la population).

Les pathologies les plus souvent à l'origine de ces admissions (fig. 18) sont :

- les maladies cardiovasculaires (37 %),
- les cancers (23 %),
- le diabète (12 %),
- et les troubles mentaux (11 %).

Dans les pages suivantes, sont présentées pour chacun de ces groupes, une description de la situation épidémiologique sur le territoire.

LA MORTALITE PAR MALADIES CARDIOVASCULAIRES NE DIMINUE PAS

► Les maladies cardiovasculaires représentent le premier motif d'admission en ALD des habitants du Pays de Pont-Château.

Les pathologies cardiovasculaires les plus souvent à l'origine d'une admission en ALD sont l'hypertension artérielle sévère (75 admissions) et les cardiopathies ischémiques (63 admissions).

37 % des personnes admises en ALD pour maladies cardiovasculaires sont âgées de moins de 65 ans (47 % chez les hommes, 23 % chez les femmes).

Les affections cardiovasculaires constituent la première cause de décès, elles sont à l'origine de près de 100 décès par an (soit 32 % de l'ensemble de décès), qui concernent dans la très grande majorité des cas des personnes d'âge élevé : 92 % de ces décès surviennent au-delà de 75 ans, 46 % au-delà de 85 ans.

La mortalité cardiovasculaire dans le Pays de Pont-Château - St Gildas des Bois est restée stable entre 1999-2001 et 2007-2009 alors qu'au plan départemental et national, cette mortalité a poursuivi sa diminution. L'écart avec la moyenne nationale s'est donc accru (+ 40 %).

Différents facteurs, fréquents et souvent associés, favorisent la survenue des pathologies cardiovasculaires :

- l'hypertension artérielle, le diabète, et les taux anormaux de cholestérol ou de triglycérides dans le sang, qui peuvent être dépistés et traités,
- le tabagisme, l'alimentation et la sédentarité, qui peuvent faire l'objet d'une prévention primaire.

¹¹ Les personnes admises en ALD sont atteintes de maladies dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessite un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse.

DES ADMISSIONS EN ALD POUR DIABETE NOMBREUSES MAIS MOINS FREQUENTES QU'AU NIVEAU NATIONAL

► Le diabète représente 12 % des motifs d'admissions en ALD (pour les trois principaux régimes d'assurance maladie). Sur la période 2006-2010, 79 personnes ont été admises en ALD en moyenne chaque année (43 hommes, 36 femmes). Près de 60 % de ces personnes sont âgées de moins de 65 ans. Comme au niveau départemental et régional, le taux d'admissions en ALD pour diabète parmi les habitants de la Communauté de communes est inférieur à la moyenne nationale (- 20 %), à structure par âge comparable.

Pour le diabète de type 2 (représentant plus de 90 % des cas), la prévention primaire est possible car, même si les facteurs génétiques jouent un rôle, les facteurs nutritionnels sont prépondérants.

La surveillance des personnes diabétiques est également essentielle pour prévenir les complications fréquentes et graves du diabète (plaies du pied pouvant conduire à l'amputation, cécité, infarctus du myocarde, insuffisance rénale).

180 NOUVEAUX CAS DE CANCERS DIAGNOSTIQUES CHAQUE ANNEE

► Les cancers sont des pathologies fréquentes et graves. Au cours de la période 2004-2006, 179 nouveaux cas de cancers invasifs ont été diagnostiqués en moyenne chaque année parmi les habitants de la Communauté de communes, selon les données du Registre des cancers de Loire-Atlantique/Vendée (113 chez des hommes ; 66 chez des femmes).

Les cancers, qui constituent la deuxième cause de mortalité, ont été à l'origine de 82 décès en moyenne chaque année sur la période 2005-2009. Les cancers sont ainsi en cause dans un décès sur 3 chez les hommes et un décès sur 5 chez les femmes.

Ces pathologies touchent des personnes souvent relativement jeunes : 46 % des nouveaux cas de cancers sont diagnostiqués chez des personnes de moins de 65 ans, 34 % des décès surviennent avant 65 ans.

Comme en France, le cancer de la prostate constitue le cancer le plus fréquemment diagnostiqué chez les hommes de la Communauté de communes (32 % des nouveaux cas de cancers masculins) : 36 nouveaux cas ont été diagnostiqués en moyenne chaque année sur la période 2004-2006. Ce cancer, qui touche surtout des hommes âgés, a été à l'origine de 4 décès par an (période 2005-2009).

Chez les femmes, le cancer du sein arrive en première position : 21 nouveaux cas diagnostiqués en moyenne chaque année sur la période 2004-2006, soit 32 % des nouveaux cas de cancers féminins. Ce cancer, qui touche souvent des femmes relativement jeunes, a été l'origine de 5 décès par an, sur la période 2005-2009.

Le cancer du côlon-rectum est la troisième localisation cancéreuse la plus fréquemment diagnostiquée : 21 nouveaux cas diagnostiqués en moyenne chaque année sur la période 2004-2006 (9 chez des hommes et 12 chez des femmes). Ce cancer, qui est généralement rare avant 50 ans, a causé le décès de 12 personnes

résidant dans la Communauté de communes en moyenne chaque année entre 2005 et 2009. Les cancers des voies aérodigestives supérieures et de l'œsophage arrivent en quatrième position des cancers les plus fréquents : 18 nouveaux cas diagnostiqués en moyenne chaque année, sur la période 2004-2006. Ces cancers, qui surviennent le plus souvent chez des hommes jeunes, ont été à l'origine de 6 décès par an, sur la période 2005-2009.

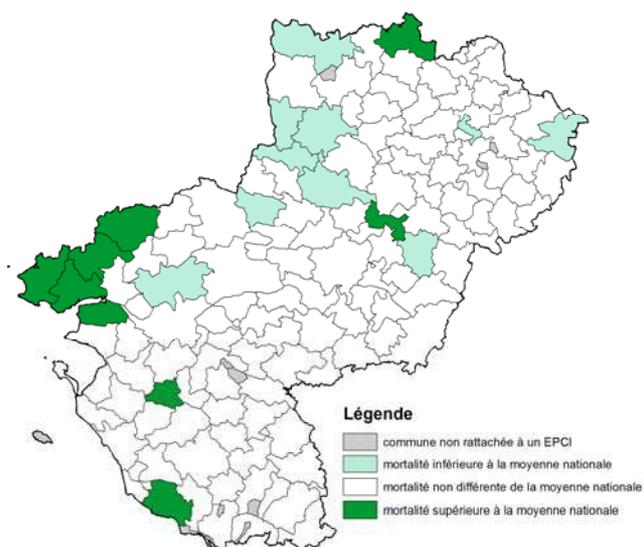
Enfin, le cancer du poumon constitue la cinquième localisation la plus fréquemment diagnostiquée (15 nouveaux cas diagnostiqués en moyenne par an). Ce cancer, qui touche généralement des personnes relativement jeunes et qui se caractérise par un fort taux de létalité, a été responsable en moyenne chaque année de 13 décès sur la période 2005-2009.

UNE INCIDENCE ET UNE MORTALITE SUPERIEURES A LA MOYENNE NATIONALE

► La fréquence des cancers dans le Pays de Pont-Château - St-Gildas-des-Bois et la mortalité liée à ces affections apparaissent supérieures à la moyenne française. A structure par âge comparable, le taux d'incidence mesuré par le Registre des cancers (2004-2006) et le taux de mortalité (2005-2009) sont ainsi supérieurs à la moyenne nationale de respectivement 19 %¹² et 16 %.

Cette situation défavorable n'est pas spécifique au territoire. Si l'on considère la mortalité, on observe également une surmortalité par cancers au cours de la période 2005-2009 dans les territoires proches de la Communauté de communes (agglomération nazairienne, Sud-Estuaire, Pays de Redon, Presqu'île guérandaise, fig. 19). Cette problématique de santé s'observe au-delà des frontières régionales, une surmortalité par cancer, toutefois moins marquée, est observée à l'échelle du Morbihan (2005-2007).¹³

Fig. 19 - Indice comparatif de mortalité par cancer par EPCI - Pays de la Loire (moyenne 2005-2009)



Sources : Inserm CépiDc, Insee

¹² Comparaison effectuée par rapport aux estimations Francim 2005

¹³ Les cancers en Bretagne. Faits marquants. ORS Bretagne, avril 2010.

Cette surincidence globale des cancers à l'échelle de la Communauté de communes est liée en partie à une surincidence des cancers pour lesquels la consommation excessive d'alcool constitue un des principaux facteurs de risque. En effet, on observe une incidence des cancers du foie, sur la période 2004-2006, plus de deux fois supérieure à la moyenne nationale, estimée pour l'année 2005. Pour les cancers des voies aérodigestives supérieures et de l'œsophage, favorisés par la consommation associée d'alcool et de tabac, l'écart est tout aussi important.

Par ailleurs, on observe une forte surmortalité par cancer du côlon-rectum (+ 59 % par rapport à la moyenne nationale) dans le territoire. Le taux d'incidence, mesuré par le Registre des cancers, est supérieur de 20 %, cet écart n'est toutefois pas statistiquement significatif.

UN TAUX ELEVE DE PARTICIPATION AU DEPISTAGE ORGANISE DU CANCER DU SEIN

► Le cancer du sein bénéficie d'un dépistage organisé. Ce dépistage a débuté dans le département en 1996. Il repose sur une mammographie à laquelle les femmes de 50 à 74 ans sont conviées tous les deux ans par Cap Santé Plus-44, structure départementale de gestion des dépistages organisés des cancers de Loire-Atlantique.

Selon les données de la structure de gestion, le taux de participation des femmes de la Communauté de communes à ce programme de dépistage s'élève à 70 % pour la période 2010-2011. Ce taux, proche de la moyenne départementale (69 %), est supérieur à la moyenne nationale (54 %) et conforme à l'objectif national de 70 %.

Le cancer du côlon-rectum bénéficie, comme le cancer du sein, d'un dépistage organisé. Ce dépistage est plus récent, il a débuté dans le département en 2008. Il repose sur un test de recherche de sang occulte dans les selles. Il est proposé tous les deux ans aux femmes et aux hommes âgés de 50 à 74 ans. Selon les données de la structure de gestion, le taux de participation des habitants de la Communauté de communes à ce programme s'élève à 37 % pour la période 2010-2011. Ce taux, un peu plus élevé que la moyenne nationale (33 %), est légèrement inférieur à la moyenne départementale (41 %), qui reste elle-même inférieure à l'objectif national fixé à 50 %.

TROUBLES MENTAUX

► Environ 40 personnes ont bénéficié d'une admission en ALD pour une affection psychiatrique de longue durée, en moyenne chaque année au cours de la période 2006-2010 (20 hommes et 20 femmes). Ces admissions concernent des personnes jeunes puisque 84 % d'entre elles étaient âgées de moins de 65 ans. Les troubles de l'humeur et de la personnalité sont les affections les plus fréquentes (65 % de l'ensemble des admissions).

S'y ajoutent 30 admissions pour maladie d'Alzheimer et autres démences, qui surviennent essentiellement chez les personnes très âgées, qui sont principalement des femmes (80 % des admissions).

Les troubles mentaux constituent un facteur majeur associé au **suicide**. Le suicide est environ vingt fois plus fréquent chez les patients souffrant d'une dépression que dans la population générale, et le risque suicidaire est également élevé chez les personnes qui souffrent d'autres troubles mentaux (schizophrénie, troubles de la personnalité). Il est par ailleurs établi que l'alcool est un puissant facteur de risque du suicide tant par son action directement dépressogène, que par l'impulsivité qu'il induit.

7 décès par suicide ont été dénombrés en moyenne chaque année parmi les habitants de la Communauté de communes, sur la période 2005-2009. A titre de comparaison, on dénombre plus de décès par suicide que par accident de la circulation.

Ces décès par suicide concernent surtout des hommes (86 % des décès) et des personnes d'âge relativement jeune, de moins de 65 ans (71 % des décès).

Comme à l'échelon départemental et régional, la mortalité par suicide dans le Pays de Pont-Château - St-Gildas-des-Bois est supérieure à la moyenne nationale (+ 43 %).

ACCIDENTS

► 12 personnes résidant dans la Communauté de communes sont décédées en moyenne chaque année de causes accidentelles au cours de la période 2005-2009.

Les accidents de la vie courante sont à l'origine de plus de 80 % de ces décès (10 décès), les chutes chez des personnes de plus de 65 ans étant les plus fréquemment en cause (4 décès sur 10).

Comme au plan départemental, la mortalité par accident de la vie courante n'est pas significativement différente de la moyenne nationale.

Selon les statistiques des causes médicales de décès, 2 personnes habitant le Pays de Pont-Château - St-Gildas-des-Bois sont décédées en moyenne chaque année d'un accident de la circulation. Ces victimes sont des hommes jeunes (moins de 65 ans). Comme au plan départemental, la mortalité par accident de la circulation n'est pas significativement différente de la moyenne nationale. Entre 1996-1999 et 2005-2009, la mortalité par accident de la circulation a fortement diminué parmi les habitants du territoire, le nombre de décès ayant été divisé par plus de deux.

LES ACCIDENTS SURVENUS DANS LE PAYS DE PONT-CHATEAU

Selon les données de l'Observatoire départemental de la sécurité routière, 17 accidents corporels¹⁴ se sont déroulés en moyenne chaque année sur les routes de

¹⁴ Cet effectif correspond aux accidents corporels pour lesquels les forces de l'ordre sont intervenues et un procès verbal d'accident a été établi.

la Communauté de communes, au cours de la période 2009-2011. Ces accidents sont à l'origine en moyenne de 3 à 4 décès (à 30 jours) et de 18 blessés hospitalisés par an. 40 % de ces accidents sont survenus le week-end.

Parmi les personnes impliquées dans ces accidents corporels (victimes ou non), les jeunes de 15-24 ans apparaissent surreprésentés.

LES DETERMINANTS DE LA SANTE AUTRES QUE LE SOIN

► L'état de santé résulte de l'interaction de multiples facteurs (de risque ou de protection) avec un effet cumulé tout au long de la vie.

L'effet de facteurs comportementaux comme le tabagisme, la consommation excessive d'alcool, la nutrition, l'activité physique sur la santé a été établi depuis de nombreuses années. Ces facteurs influencent directement la survenue de maladies graves et sont à l'origine (de manière directe ou indirecte) d'une part importante des décès.

Mais il existe bien d'autres déterminants de la santé (facteurs génétiques, conditions de travail, expositions professionnelles, appartenance sociale...) pour lesquels cependant aucune donnée épidémiologique n'est facilement mobilisable à l'échelle de la Communauté de communes.

Pour les déterminants de santé pour lesquels des données locales étaient disponibles, une description succincte de leurs conséquences sur la santé et de la situation épidémiologique du territoire est présentée ci-après.

UNE SITUATION EN MATIERE DE TABAGISME PLUTOT PROCHE DE LA MOYENNE NATIONALE

► Les conséquences du tabagisme sur la santé sont considérables. Les fumeurs ont un risque accru de cancers du poumon, des voies aérodigestives supérieures, de la vessie, du rein, du pancréas, du côlon-rectum... La Bronchite broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une pathologie respiratoire directement en lien avec le tabagisme, qui évolue fréquemment vers l'insuffisance respiratoire chronique. Les pathologies cardiovasculaires sont également plus fréquentes chez les fumeurs, et chez les femmes, ces risques sont accrus par l'usage de contraceptif oral.

A l'échelle de la Communauté de communes, il n'existe pas d'indicateurs de suivi de la consommation tabagique. La situation du territoire en matière de tabagisme a donc été appréciée de manière indirecte à partir de l'incidence et de la mortalité par cancer du poumon.

D'après ces données, la situation en matière de tabagisme n'apparaît pas différente de la moyenne nationale.

CONSOMMATION EXCESSIVE D'ALCOOL : UNE SITUATION QUI APPARAÎT DÉFAVORABLE CHEZ LES HOMMES

► Les conséquences sur la santé de la consommation excessive et/ou prolongée d'alcool sont également très importantes. L'alcool provoque ou favorise de nombreuses pathologies : pathologies hépatiques (cirrhoses du foie...), cancers (foie, voies aérodigestives supérieures...), pathologies cardiovasculaires, troubles mentaux. Il accroît également de façon importante le risque de mort violente de toute nature : accident, chute, suicide, homicide.

Comme pour le tabac, aucun indicateur de suivi de la consommation d'alcool n'est disponible à l'échelle de la Communauté de communes.

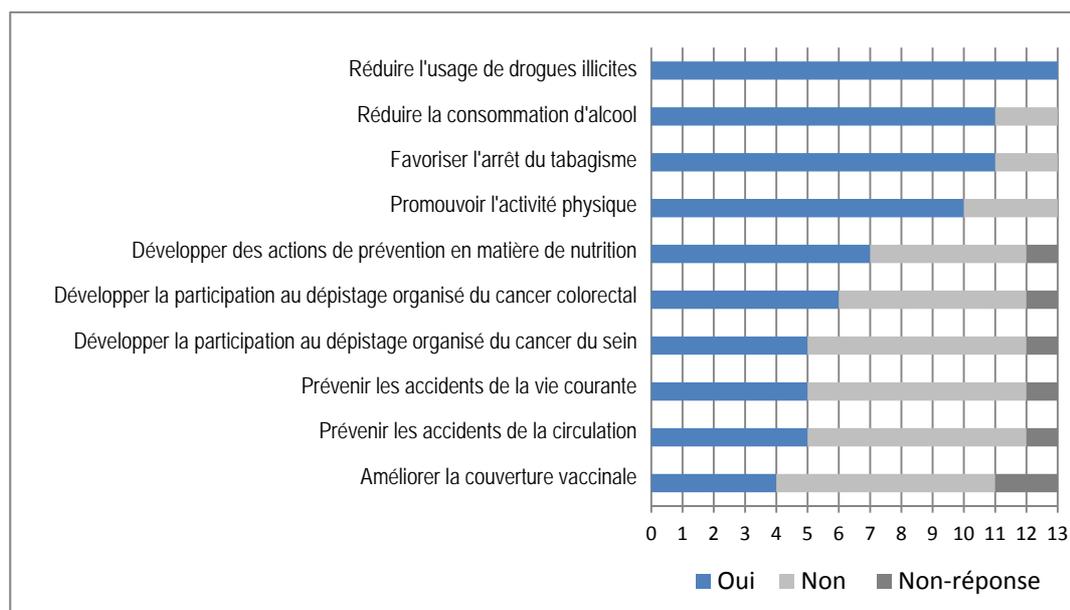
La situation du territoire a donc été appréciée de manière indirecte à partir d'indicateurs¹⁵ de morbidité et de mortalité relatifs aux cancers du foie et des cirrhoses du foie : une forte proportion de ces affections est en effet due à la consommation excessive d'alcool.

Ces différents indicateurs convergent, et mettent en évidence une situation défavorable chez les hommes du territoire, par rapport à la moyenne nationale.

PERCEPTION DES MEDECINS GENERALISTES

► Une enquête téléphonique a été réalisée en décembre 2012 auprès des médecins généralistes libéraux (hors mode d'exercice particulier exclusif) exerçant sur la Communauté de communes. Lors de cette enquête, une liste de 10 actions de prévention à mener à l'échelle du territoire leur a été proposée.

Fig. 20 - Mesure considérée comme prioritaire par les médecins généralistes à mener à l'échelle du territoire (13 médecins répondants) - Pays de Pont-Château - Saint-Gildas-des-Bois/Diagnostic local de santé



¹⁵ Incidence des cancers du foie, taux d'admissions en ALD, d'hospitalisations en MCO, de mortalité par cancer du foie, par cirrhose du foie.

Les 13 médecins, qui ont répondu à cette enquête, considèrent que « *la réduction de l'usage de drogues illicites* » est une mesure prioritaire.

« *Réduire la consommation d'alcool* », « *Favoriser l'arrêt du tabagisme* » sont ensuite les items les plus fréquemment cités (11 médecins sur 13).

La promotion de l'activité physique est citée par 10 médecins sur 13, et le développement des actions de prévention en matière de nutrition arrive en 4^e position (7 médecins).

Les autres mesures proposées (développer la participation au dépistage organisé des cancers, prévention des accidents, amélioration de la couverture vaccinale) sont citées par moins de la moitié des médecins répondants.

SYNTHESE

FRAGILITES

- ▶ La mortalité générale est dans le Pays de Pont-Château supérieure de 25 % à la moyenne française. Ce constat n'est toutefois pas spécifique à ce territoire, le nord-ouest de la Loire-Atlantique et une partie du Morbihan connaissant une situation comparable.
- ▶ Comme partout en France, les décès prématurés sont particulièrement fréquents chez les hommes, dont 31 % décèdent avant 65 ans.
- ▶ Pour les pathologies cardiovasculaires, le territoire n'a pas connu ces dix dernières années la baisse de la mortalité observée au plan national. L'écart par rapport à la situation moyenne française s'est donc accentué, et la surmortalité cardiovasculaire dans la population de la Communauté de communes dépasse 40 %.
- ▶ Différents indicateurs de santé témoignent d'habitudes défavorables de la population masculine en matière de consommation d'alcool.

Ces habitudes expliquent pour partie le fait que le territoire présente une incidence et une mortalité par cancers supérieures à la moyenne nationale. Elles contribuent aussi à la surmortalité par suicide, observée parmi les habitants du Pays de Pont-Château comme au plan départemental.

ATOUTS

- ▶ La mortalité générale (tous âges) sur le territoire a diminué au cours des dix dernières années. Mais ce recul reste très modeste (- 4 %), en raison notamment de la stabilité de la mortalité cardiovasculaire. En revanche, la mortalité prématurée (décès intervenant avant 65 ans) a connu une baisse significative (d'environ 20 %), sur le territoire comme au plan national.

Ces résultats témoignent globalement d'une amélioration de l'état de santé de la population, toutefois plus marquée chez les jeunes générations, qui pour une part se sont installées récemment sur le territoire.

- ▶ La fréquence des admissions en ALD pour diabète est élevée, comme partout en France, mais on constate un taux d'admission inférieur de 20 % à la moyenne nationale.
- ▶ On observe une bonne adhésion des habitants à des programmes de prévention comme l'illustre le taux élevé de participation au dépistage organisé du cancer du sein des femmes de 50-74 ans.
- ▶ Les maladies chroniques les plus répandues sont accessibles à la prévention. Pour un certain nombre de ces affections, l'intérêt de l'éducation thérapeutique des patients est désormais bien identifié.
- Les maladies cardiovasculaires, qui pèsent d'un poids considérable dans la mortalité et dans la morbidité, en France et plus encore sur le territoire de Pont-Château peuvent faire l'objet d'une prévention primaire limitant fortement leur fréquence de survenue (tabac, alimentation, sédentarité). Elles

peuvent également être prévenues par le dépistage et le traitement de l'hypertension artérielle, du diabète, des hyperlipidémies.

- De nombreux cancers fréquents sont accessibles à la prévention primaire (tabac, alcool, alimentation, ...). Pour le cancer du sein et le cancer colorectal, un dépistage est organisé à l'intention des 50-74 ans.
- Pour le diabète, la prévention primaire (nutrition) joue également un rôle essentiel.

3 - L'offre de soins en mutation

Sources d'information

Plusieurs sources d'information ont été utilisées dans ce chapitre pour :

- analyser la démographie des professions de santé au plan national, dans la région Pays de la Loire, et dans le Pays de Pont-Château,
- recueillir la perception des professionnels de santé du Pays de Pont-Château dans le cadre du diagnostic local de santé.

En matière de démographie des professions de santé, trois sources ont été utilisées :

- le Répertoire partagé des professions de santé (RPPS), pour recenser les médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens et sages-femmes, quel que soit leur mode d'exercice (libéral ou salarié). Ce fichier est alimenté par les ordres professionnels.
- le fichier ADELI pour recenser les infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes, quel que soit leur mode d'exercice. Ce fichier est alimenté par les Agences régionales de santé.
- les données de l'assurance maladie (SNIR et Carto santé) pour dénombrer et analyser l'activité des professionnels de santé ayant un exercice libéral.

Ces trois sources de données aboutissent parfois à des estimations différentes des effectifs de professionnels de santé installés. Ces écarts concernent notamment le nombre de remplaçants, qui ne sont pas enregistrés dans les fichiers de l'assurance maladie mais qui sont inventoriés dans le RPPS. Par ailleurs, chaque système d'information a ses propres modalités de mise à jour des informations, avec un décalage plus ou moins important pour prendre en compte les changements de statut d'activité.

Deux enquêtes téléphoniques ont été effectuées auprès des médecins généralistes¹⁶ (décembre 2012) et infirmiers (janvier-février 2013) libéraux installés dans le Pays de Pont-Château - Saint-Gildas-des-Bois.

Environ 70 % des professionnels ont accepté de participer à ces enquêtes.

Fig. 21 - Taux de participation des médecins généralistes et infirmiers libéraux Pays de Pont-Château - Saint-Gildas-des-Bois

	Nombre de professionnels	Ont participé à l'enquête	Taux de participation
Médecins généralistes	19	13	68 %
Infirmiers	21	15	71 %

Ces enquêtes ont porté sur les principaux thèmes suivants :

- conditions d'exercice,
- horaires et perception de la charge de travail,
- accueil des étudiants,
- réseau professionnel,
- prise en charge de la pathologie psychiatrique (uniquement dans l'enquête auprès des médecins généralistes),
- accompagnement des personnes âgées dépendantes,
- accompagnement des personnes handicapées (uniquement dans l'enquête auprès des médecins généralistes),
- besoins de santé de la population (uniquement dans l'enquête auprès des médecins généralistes),
- perspectives professionnelles.

¹⁶ Hors mode d'exercice particulier exclusif.

L'OFFRE DE SOINS DANS LE PAYS DE PONT-CHATEAU

► Les activités de soins et médico-sociales peuvent être considérées comme relativement développées dans la Communauté de communes, le secteur sanitaire et social représentant près d'un emploi sur cinq (1 500 emplois), dont plus de 130 professionnels de santé libéraux.

► Cinq cabinets de groupe en médecine générale sont implantés dans quatre communes (Missillac, Pont-Château, Guenrouët et Saint-Gildas-des-Bois), et huit communes sur neuf disposent d'au moins une pharmacie. Les chirurgiens-dentistes sont présents dans six communes.

On dénombre 9 cabinets principaux et 3 cabinets secondaires de soins infirmiers implantés dans huit communes, ainsi qu'un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

Les masseurs-kinésithérapeutes sont les professionnels de santé les plus nombreux (22).

Fig. 22 - Effectifs des professionnels de santé libéraux (fin 2012)
Pays de Pont-Château - Saint-Gildas-des-Bois

	Effectif
Médecins généralistes	20 (dont 1 MEP)
Médecins spécialistes	7
Infirmiers	21
Chirurgiens-dentistes	14
Masseurs-kinésithérapeutes	22
Orthophonistes	5
Pédicures-podologues	5
Sages-femmes	2
Diététiciens	2
Orthoptistes	2
Psychologues	3
Ostéopathes	14

► En revanche, l'offre de second recours est très réduite, avec deux cardiologues libéraux, une gynécologue médicale et un ophtalmologiste. Les différentes unités de consultations et de soins ambulatoires de psychiatrie sont rattachées au centre hospitalier de Blain et il existe également un centre de soins pour enfants et adolescents associatif (Les Apsyades).

Un cabinet de radiologie et un laboratoire d'analyse de biologie médicale sont installés à Pont-Château.

► Pour les soins hospitaliers de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique), les habitants du territoire ont recours à des établissements extérieurs, en l'absence d'établissements de santé de ce type dans la Communauté de communes.

Le territoire dispose d'un établissement de santé de soins de suite et de réadaptation (Bodio), d'une antenne de l'hôpital à domicile du centre hospitalier

de Saint-Nazaire (implantée dans les locaux de Bodio) et d'un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

7 EHPAD et 5 établissements pour personnes handicapées sont implantés dans le Pays de Pont-Château.

► Dans le cadre de ce diagnostic, le territoire de la Communauté de communes a été découpé en trois secteurs, sur la base de l'organisation des soins infirmiers actuels (liens cabinets principaux et secondaires), et plus généralement entre professionnels :

- secteur OUEST : Missillac, Sainte-Reine-de-Bretagne
- secteur CENTRE : Crossac, Pont-Château
- secteur EST : Drefféac, Guenrouët, Saint-Gildas-des-Bois, Sainte-Anne-sur-Brivet, Sévérac.

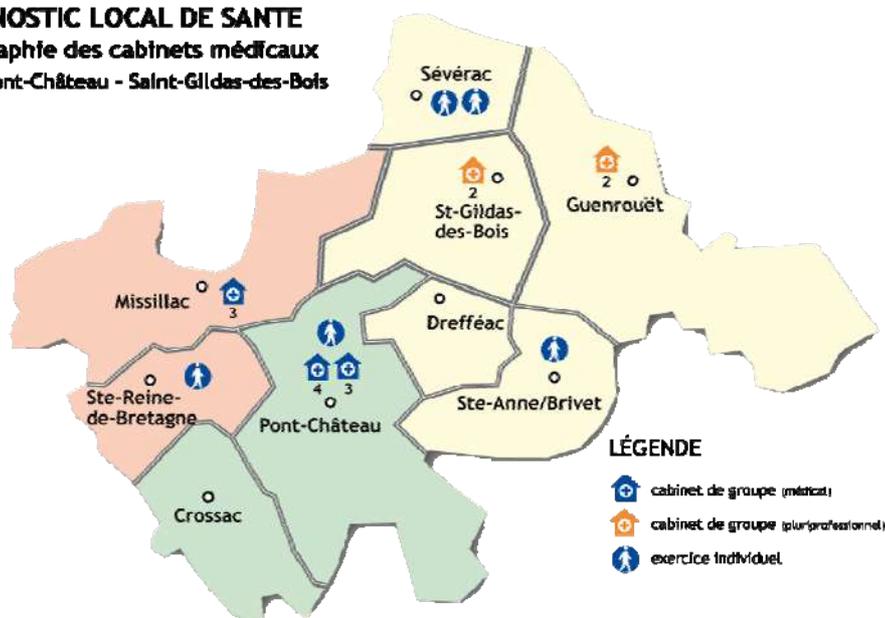
MEDECINE GENERALE : UNE SITUATION FRAGILE

► A la fin de l'année 2012, 19 médecins généralistes exercent dans le Pays de Pont-Château - Saint-Gildas-des-Bois : 4 dans le secteur est, 8 dans le secteur centre, et 7 dans le secteur ouest.

► 74 % exercent en groupe et 26 % en exercice individuel. La proportion de médecins généralistes exerçant en groupe est supérieure à la moyenne régionale (67 %), qui est elle-même nettement supérieure à la moyenne nationale (54 %).

Fig. 23

DIAGNOSTIC LOCAL DE SANTE Cartographie des cabinets médicaux Pays de Pont-Château - Saint-Gildas-des-Bois

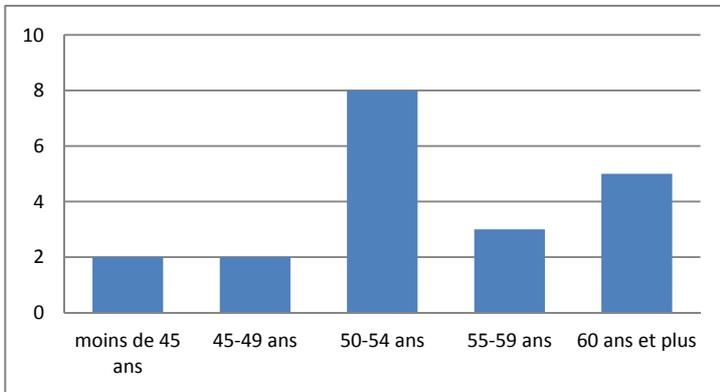


► Sur le plan démographique, la situation est préoccupante, en l'absence de nouvelles installations pour remplacer les médecins qui cessent leur activité libérale : 5 médecins sont âgés de 60 ans ou plus (un sur quatre).

Parmi les 13 médecins ayant répondu à l'enquête téléphonique menée dans le cadre de cette étude, 5 envisagent de cesser leur activité libérale au cours des cinq prochaines années (38 %).



Fig. 24 - Effectif de médecins généralistes libéraux au 1^{er} janvier 2012
Pays de Pont-Château - Saint-Gildas-des-Bois

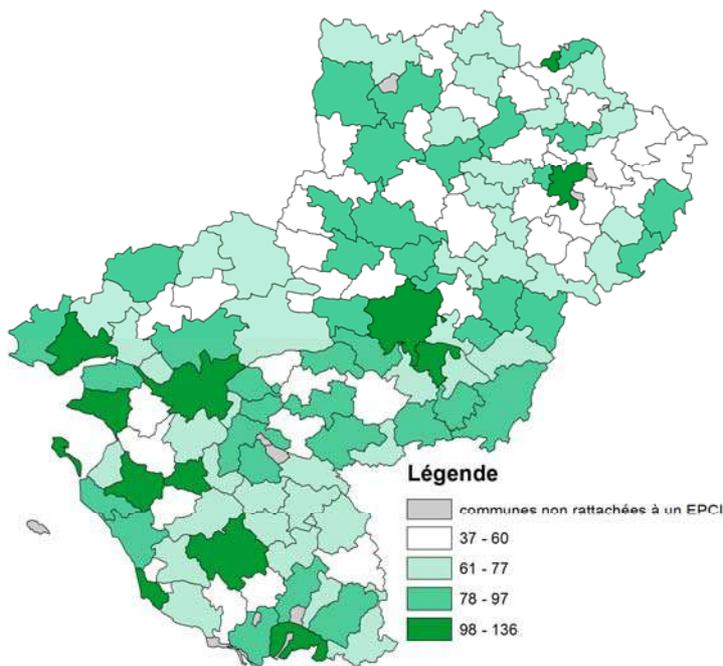


Source : Drees / ASIP-Santé, répertoire RPPS, 2012

UNE DENSITE NETTEMENT INFÉRIEURE A LA MOYENNE NATIONALE

► Le nombre de médecins pour 100 000 habitants est de 107 au plan national, 101 dans la région et 114 en Loire-Atlantique, au 1^{er} janvier 2012. La Loire-Atlantique a donc une densité de généralistes supérieure de 6,5 % à la densité nationale. A titre de comparaison, on dénombre respectivement 80 et 82 médecins pour 100 000 habitants en Mayenne et en Sarthe.

Fig. 25 - Densité de médecins généralistes libéraux et mixtes par EPCI au 1^{er} janvier 2012
Pays de la Loire



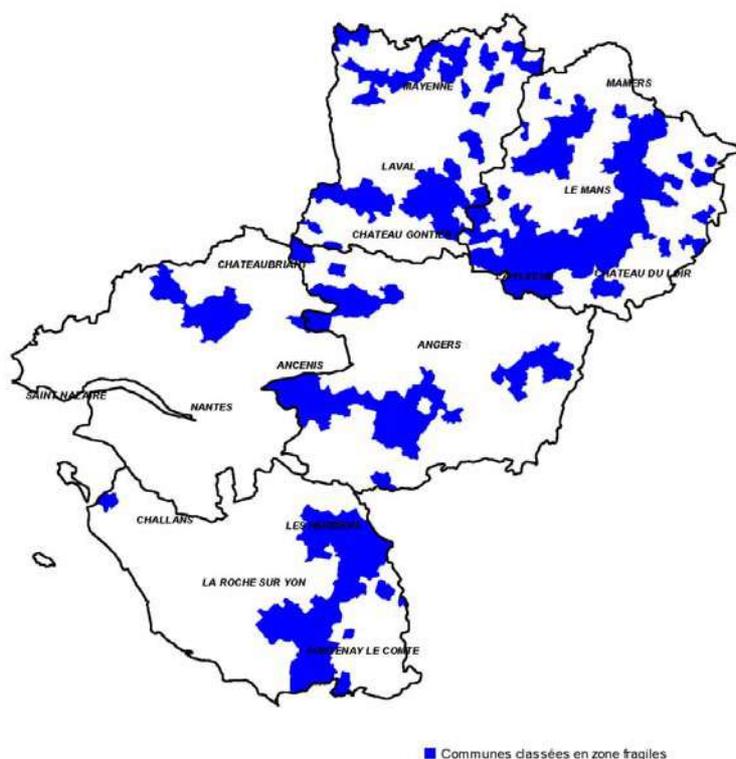
Sources : Drees / ASIP-Santé, répertoire RPPS, 2012 - Insee (RP2010)

► Mais cette forte densité concerne surtout la métropole nantaise, le Pays de Pont-Château faisant partie au contraire des zones de faible densité médicale, avec un ratio de 63 médecins pour 100 000 habitants (au 1^{er} janvier 2012), inférieur de 41 % au taux national (fig. 25). Au moment du diagnostic, la densité de généralistes était en recul pour le Pays de Pont-Château, avec moins de 60 médecins pour 100 000 habitants¹⁷.

Malgré cet indicateur défavorable, les communes du Pays de Pont-Château ne sont pas considérées comme zones éligibles au titre des aides publiques¹⁸. Le territoire a une densité médicale qui correspond en effet à la valeur limite pour être considérée comme *zone fragile* (fig. 26).

Par ailleurs, le territoire de Pont-Château est entouré de zones considérées comme relativement bien couvertes. Ce constat doit être relativisé dans la mesure où les deux Communautés d'agglomération de la Carène et de Cap-Atlantique accueillent l'été une clientèle touristique qui amplifie la demande de soins de premier recours.

Fig. 26 - Communes classées en zones fragiles
Pays de la Loire



Source : ARS Pays de la Loire

► Un nouvel indicateur a été mis au point par le ministère de la santé (Drees-Irdes) pour évaluer la densité médicale : l'APL, pour accessibilité potentielle localisée¹⁹. Cet indicateur tient compte non seulement de l'effectif des médecins

¹⁷ Population au 1^{er} janvier 2010.

¹⁸ Dans ces zones, qui sont déterminées par l'ARS, les tarifs des actes médicaux sont majorés de 20 %.

¹⁹ Drees, Séries « *Etudes et recherche* » n° 124, décembre 2012.

implantés sur le territoire mais également de ceux qui ont un cabinet dans les communes proches. L'indicateur prend en compte également le niveau d'activité des praticiens. Par ailleurs, le calcul de cet indicateur est effectué par une méthode de standardisation, qui neutralise les effets de la structure par âge de la population (les taux de recours au médecin généraliste augmentent avec l'âge).

Au moment de la rédaction de ce rapport, cet indicateur n'était pas rendu public.

► Dans le territoire de Pont-Château, la médecine générale est la seule réponse en matière de soins de proximité, en l'absence d'établissement de santé et de structure d'urgences. Or les indicateurs de densité médicale, comme les nouveaux indicateurs APL, ne prennent pas en compte l'environnement sanitaire du territoire dans les comparaisons qui sont effectuées. La demande de soins est pourtant majorée dans les territoires qui ne bénéficient pas d'une offre de santé de proximité alternative à la médecine générale.

UNE ACTIVITE MOYENNE SENSIBLEMENT PLUS ELEVEE QU'AU PLAN REGIONAL

► Au total, les habitants de la Communauté de communes ont bénéficié en 2010 de 123 000 consultations, visites et actes techniques de médecins généralistes (soit 3,9 actes par habitant et par an). Près de neuf habitants du Pays de Pont-Château sur dix (87 %) ont consulté un médecin généraliste en 2010, taux supérieur à la moyenne départementale et régionale (79 %) ²⁰.

L'activité des médecins généralistes de la Communauté de communes est, en moyenne, de 5 500 actes par an, + 15 % par rapport à la moyenne régionale (4 800).

Au sein de la Communauté de communes, certains médecins ont une activité particulièrement élevée, avec en moyenne 6 500 actes par praticien, moyenne très nettement supérieure à la moyenne régionale. Lors de notre enquête, deux médecins ont déclaré effectuer plus de 7 000 actes par an.

Ce taux de recours plus élevé traduit sans doute le fait que la médecine générale est plus sollicitée que dans des territoires comparables en l'absence de soins de second recours de proximité ; l'éloignement des autres spécialistes, des services d'urgences et des services hospitaliers renforce la demande de soins auprès de la médecine de premier recours.

EMPLOI DU TEMPS ET PERCEPTION DE LA CHARGE DE TRAVAIL

► Les médecins ²¹ déclarent travailler en moyenne 8,5 demi-journées par semaine. Trois médecins sur 13 ont déclaré travailler tous les samedis, neuf « occasionnellement » et un « jamais ».

Lors d'une journée entière au cabinet, les médecins quittent leur cabinet entre 19h et 22h. 62 % quittent leur cabinet après 20 h.

²⁰ Données issues de Carto santé.

²¹ Parmi ceux ayant répondu à l'enquête.

Face à la charge de travail qui est lourde, quatre médecins constatent une forte solidarité entre confrères (*très fortement ou beaucoup*) et six *moyennement, peu ou pas du tout*²².

Six médecins (soit près de la moitié des médecins qui ont répondu à la question) considèrent « *très fortement ou beaucoup* » que la « *charge de travail est devenue insupportable* ». Neuf sur douze considèrent qu'ils ont « *peu ou pas du tout la reconnaissance des autorités sanitaires* ».

Les professionnels interrogés n'ont pas tous la même perception de l'adéquation de l'offre à la demande de soins, les réalités pouvant aussi être différentes selon les zones du territoire. A la question « *selon vous, y-a-t-il suffisamment de médecins dans votre zone de patientèle ?* », les réponses positives (6) et négatives (7) sont pratiquement aussi nombreuses.

Plus de la moitié des médecins déclarent avoir refusé d'être médecin traitant pour de nouveaux patients en 2012.

► Les médecins qui exercent en groupe échangent avec leurs confrères du même cabinet pour coordonner leurs absences pendant les congés. En revanche, il n'y a pas de coordination avec les médecins exerçant dans les autres cabinets médicaux du territoire.

Une forte proportion de médecins généralistes déclarent par ailleurs des difficultés pour trouver un remplaçant lorsqu'ils prennent des congés.

► En ce qui concerne les relations avec les usagers, la très grande majorité des praticiens (10/12) déclarent rencontrer « *peu ou pas du tout* » « *d'agressivité de certains patients* ».

FORMATION DES ETUDIANTS

► Un seul médecin généraliste a déclaré avoir accueilli des étudiants en médecine (étudiants de deuxième cycle ou de troisième cycle). Toutefois, parmi ceux qui n'accueillent pas d'étudiants, une forte proportion est prête à en accueillir.

Parmi les praticiens qui n'accueillent pas d'étudiants aujourd'hui, huit sur 12 déclarent être prêts à en accueillir.

RESEAU PROFESSIONNEL

► Pour exercer leur activité, les médecins généralistes s'appuient sur un vaste réseau de correspondants, professionnels de santé mais aussi membres des institutions sociales et médico-sociales. Les médecins généralistes ont été interrogés sur la manière dont ils perçoivent la coopération avec ces différents acteurs.

Un point fort du territoire est le fait de disposer d'une offre de soins de proximité en cardiologie, à laquelle les médecins font largement appel.

²² En réponse à la question « *la charge de travail est lourde mais il y a une forte solidarité entre confrères* ».

La quasi-totalité des médecins ont adressé un patient au centre de soins de suite et de réadaptation de Bodio en 2012.

Les contacts avec les services de médecine du travail sont également importants (la quasi-totalité des médecins en font état).

Les médecins généralistes ont recours au service d'hospitalisation à domicile du centre hospitalier de Saint-Nazaire (69 % des médecins).

De même, 77 % des médecins ont été en contact avec les assistants sociaux en 2012. Les contacts avec les médecins de santé scolaire ou la PMI semblent moins fréquents.

SOINS A DOMICILE

► Au cours des vingt dernières années, l'organisation des soins hospitaliers s'est beaucoup transformée.

L'évolution des thérapeutiques et des modalités de prise en charge, l'augmentation continue de la demande de soins, et les contraintes économiques ont modifié les « usages » de l'hôpital.

La traduction la plus immédiate de ces changements est le raccourcissement des durées de séjour. De nombreux patients quittent l'hôpital mais ils ont besoin encore d'un suivi, une surveillance, voire des soins techniques lourds. Les professionnels de santé de premier recours sont donc amenés à prendre en charge, au domicile, des situations cliniques nouvelles.

Mais toute la mesure de ce changement n'a pas été prise en compte, à la fois dans la préparation des sorties d'hospitalisation pour les personnes les plus fragiles (en terme d'âge, de problème de santé, d'isolement ou de précarité) mais aussi dans la coordination des interventions au domicile.

Or, les soins à domicile reposent sur un savoir-faire très spécifique basé sur une grande adaptabilité aux situations individuelles (chaque domicile est différent) et sur le travail en réseau, les interventions des professionnels au domicile devant s'ajuster à celles des intervenants habituels, de l'entourage, dans un environnement économique contraint.

De nombreux professionnels de santé interviennent au domicile des patients (médecins généralistes, masseurs-kinésithérapeutes, pharmaciens, pédicures...). Les plus fortement impliqués sont les infirmiers libéraux, le service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), et l'hôpital à domicile.

INFIRMIERS LIBERAUX : 9 CABINETS PRINCIPAUX

► La Communauté de communes est particulièrement bien couverte en matière de soins infirmiers avec 9 cabinets principaux, dont 3 disposent d'un cabinet secondaire (fig. 27).

Toutes les communes, sauf Sévérac, disposent d'un cabinet infirmier. Dans cette commune, les soins infirmiers sont principalement pris en charge par les professionnels de Guenrouët et Saint-Gildas-des-Bois.

Deux cabinets sont pluriprofessionnels (Guenrouët, Saint-Gildas-des-Bois). Au total, 21 infirmiers libéraux exercent dans la Communauté de communes parmi lesquels 8 sont âgés de moins de 45 ans, et deux de plus de 60 ans.

► La densité d'infirmiers s'élève à 65 professionnels pour 100 000 habitants (79 en Loire-Atlantique, 80 en Pays de la Loire), soit moins de la moitié de la moyenne nationale (139 infirmiers pour 100 000 habitants).

Fig. 27

DIAGNOSTIC LOCAL DE SANTE
Cartographie de l'offre de soins à domicile
Pays de Pont-Château - Saint-Gildas-des-Bois

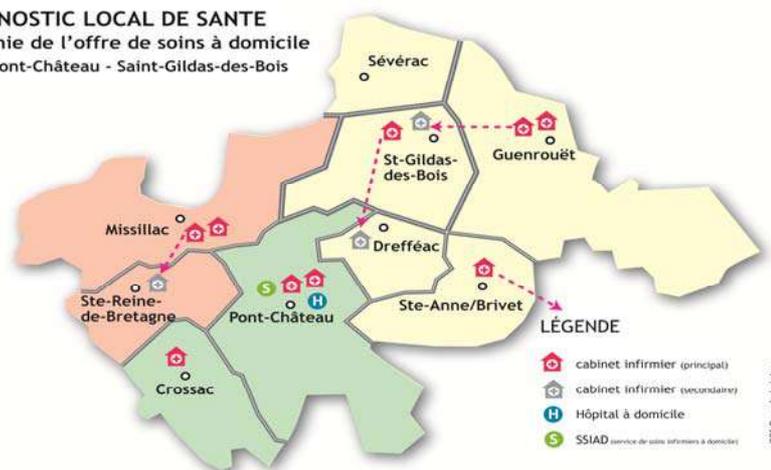
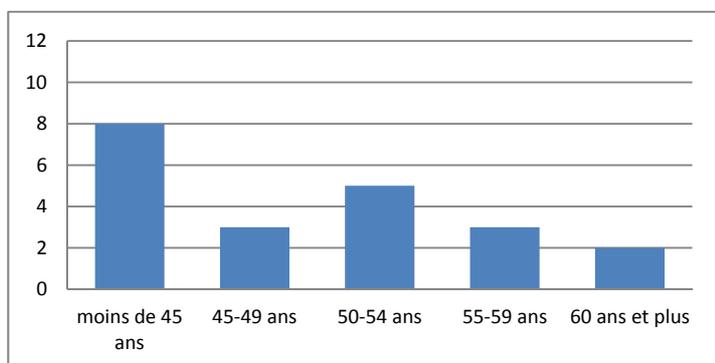


Fig. 28 - Effectif d'infirmiers libéraux au 1^{er} janvier 2012
Pays de Pont-Château - Saint-Gildas-des-Bois



Source : DREES / ASIP-Santé, répertoire RPPS, 2012

► Les infirmiers libéraux assurent des soins à domicile, sept jours sur sept, toute l'année. Cette forte exigence en termes de disponibilité de temps, implique un travail en équipe, et un « partage » des patientèles au sein du même cabinet. La

quasi-totalité des professionnels présents sur le territoire exercent donc en cabinet de groupe.

Parmi les 15 infirmiers ayant répondu à l'enquête, pratiquement tous ont déclaré avoir travaillé le dimanche au cours du mois de janvier (dont 10 au moins deux fois).

Contrairement aux cabinets médicaux, les infirmiers ne disposent pas de secrétariat et gèrent eux-mêmes leurs rendez-vous.

Fig. 29 - Nombre d'infirmiers en activité dans le Pays de Pont-Château, par secteur géographique (2012)²³

Secteur géographique	Nombre d'infirmiers	Nombre de cabinets principaux	Nombre de cabinets secondaires*	Nombre total de cabinets
Secteur ouest	4	2	1	3
Secteur centre	7	3	-	3
Secteur est	10	4	2	6
Total	21	9	3	12

Source : ORS

*présents sur la Communauté de communes

► Deux cabinets (avec deux infirmiers chacun) sont installés dans le secteur **OUEST**, dont l'un dispose d'une antenne à Sainte-Reine-de-Bretagne, les locaux étant partagés avec des masseurs-kinésithérapeutes.

Deux cabinets de groupe sont implantés à Pont-Château (avec respectivement deux et quatre infirmiers). Un infirmier exerce à Crossac.

Dans le secteur **EST**, on dénombre 4 cabinets : un à Saint-Gildas-des-Bois (quatre infirmiers) au sein de la maison médicale, avec un cabinet secondaire à Drefféac, deux à Guenrouët : un cabinet de quatre infirmiers, avec une antenne à Saint-Gildas-des-Bois²⁴, et un infirmier dans la maison médicale, un à Sainte-Anne-sur-Brivet, avec un cabinet secondaire à Campbon.

ACTIVITE DES INFIRMIERS DU TERRITOIRE

► Les infirmiers du territoire ont effectué 165 000 actes en 2010, qui se répartissent entre trois types d'actes :

- les actes infirmiers de soins (AIS),
- les actes médicaux infirmiers (AMI),
- la démarche de soins infirmiers (DSI).

Les plus fréquemment pratiqués sont les actes techniques, cotés en AMI (injection, chimiothérapie, prélèvements sanguins etc.) qui sont prescrits exclusivement par un médecin.

²³ SNIR, infirmiers APE

²⁴ Le cabinet de Guenrouët qui dispose d'une antenne à Saint-Gildas-des-Bois est un ancien centre de soins congrégationniste qui est devenu associatif en 1979. Les religieuses sont devenues salariées de l'association gestionnaire du centre et ont continué à contribuer au fonctionnement du centre jusqu'au milieu des années 1990. Le centre de soins a installé son siège à Guenrouët. Comme beaucoup de centres de soins infirmiers, celui de Guenrouët a connu des difficultés économiques et l'association a été dissoute. Les infirmières ont alors abandonné leur statut de salarié, pour continuer à travailler en groupe mais avec un statut libéral.

Les AIS sont principalement des soins d'hygiène (nursing, prévention d'escarres...). Enfin, les actes de DSI²⁵ sont relativement peu pratiqués.

► L'enquête effectuée auprès des infirmiers du territoire témoigne de la diversité des actes pratiqués par ces professionnels (voir ci-dessous).

Exemples d'actes pratiqués par les infirmiers du territoire

Surveillance de chimiothérapies
Dialyses péritonéales
Perfusions sur cathéters veineux
Alimentations entérales ou parentérales
Aspirations trachéales
Pansements de stomies ou de trachéotomies
Lavements évacuateurs, extractions de fécalomes,
Entretien et mise en place de sondes urinaires
Vaccinations antigrippales
Instillations oculaires
Suivis de malades psychiatriques...

L'essentiel de leur activité se déroule **au domicile** des patients, et notamment des personnes âgées dépendantes.

En cabinet, les infirmiers effectuent notamment des prélèvements sanguins, qui sont ensuite déposés dans les pharmacies. Le laboratoire d'analyse de biologie médicale de Pont-Château vient également chercher ces prélèvements dans certains cabinets. Cette coopération « laboratoire de biologie médicale-pharmacien-infirmier » doit être soulignée car elle témoigne de la capacité d'auto-organisation des professionnels, qui rendent ainsi un service précieux à la population, en leur évitant de se rendre à Pont-Château, pour un prélèvement sanguin.

16 % DES HABITANTS ONT EU RECOURS A UN INFIRMIER EN 2010

► 16 % des habitants du territoire ont eu recours aux soins infirmiers en 2010. Cette proportion est beaucoup plus faible que pour les soins médicaux (87 %). Ce taux varie fortement selon les communes (de 13 % à 25 %), témoignant de la diversité des besoins de soins et des modalités d'intervention des infirmiers sur le territoire.

Fig. 30 - Consommation d'actes infirmiers par les habitants des cantons de Pont-Château et Saint-Gildas-des-Bois²⁶ en 2010

	Nombre de bén. actes AIS	Nombre d'actes cotés en AIS	Nombre de bén. actes AMI	Nombre d'actes cotés en AMI
Cantons de Pont-Château et de St-Gildas-des-Bois	157	26169	6265	124007
Loire-Atlantique	5745	1266270	140141	3543596

Source : Carto santé
 Unités : en milliers

²⁵ Plus de détails sur les actes cotés DSI sont données dans le chapitre « coopération interprofessionnelle ».

²⁶ Ces effectifs comprennent les neuf communes de la Communauté de communes, ainsi que les communes de Besné et de Saint-Joachim.

Environ 6 300 personnes résidant dans les cantons de Pont-Château et de Saint-Gildas-des-Bois ont bénéficié de soins infirmiers en 2010, essentiellement pour des actes techniques. 157 personnes ont bénéficié de soins d'hygiène (AIS), soins de longue durée, qui peuvent être effectués pendant plusieurs mois.

RESEAU PROFESSIONNEL

► Les infirmiers ont un réseau professionnel étendu : médecins généralistes et pharmaciens sont les professionnels de santé avec lesquels ils sont le plus fréquemment en contact.

Lors de l'enquête téléphonique, les infirmiers font état également d'échanges (au cours du mois de janvier 2013) avec le SSIAD, l'HAD, les aides à domicile mais également les assistants sociaux. En revanche, les contacts avec le CLIC apparaissent peu fréquents.

UN SERVICE DE SOINS INFIRMIERS A DOMICILE (SSIAD) DE 68 PLACES

► Le SSIAD de Pont-Château a été initié par des professionnels de santé libéraux qui sont à l'origine de sa création. Le conseil d'administration de l'association qui gère le SSIAD a depuis été remodelé et comprend quatre personnes²⁷.

Le SSIAD a la même couverture territoriale que la Communauté de communes, à l'exception de la commune de Sévérac, qui est rattachée au SSIAD de Saint-Nicolas-de Redon.

Il dispose d'une autorisation pour 60 places pour personnes âgées et 8 places supplémentaires pour personnes de moins de 60 ans en situation de handicap. Le SSIAD a bénéficié d'une extension de 10 places au 1^{er} octobre 2011.

L'admission s'effectue sur prescription médicale, les patients étant pris en charge à 100 % par l'assurance maladie.

► Son taux d'occupation est de 97 % en 2011, avec 99 personnes prises en charge sur l'année pour 28 entrées nouvelles. Une soixantaine de personnes de plus de 60 ans sont prises en charge en moyenne chaque jour.

Le SSIAD a en permanence une liste d'attente de plusieurs dizaines de personnes.

Le « GMP » qui mesure le niveau de dépendance moyen des patients est de 700, ce qui témoigne du niveau de dépendance élevé des personnes prises en charge : 8,9 % sont en GIR1, 39,6 % GIR 2, 19,8 % en GIR 3, et 31,7 % en GIR 4.

► Le service emploie essentiellement des aides-soignants et des aides médico-psychologiques (AMP), pour 12,8 ETP, qui effectuent des toilettes (matin et soir) au domicile des personnes âgées dépendantes ou handicapées, sept jours sur sept.

Le SSIAD est animé par trois infirmiers, une coordinatrice temps plein, et deux adjointes (1,1 ETP), et dispose d'un secrétariat (1,1 ETP).

²⁷ Présidente : Mme CORBILLE Elisabeth, Vice présidente : Mme LEGENTILHOMME Nathalie, Secrétaire : Mme LEBOLE Chantal, Trésorière : Mme GUIGNARD Véronique.

Le SSIAD s'appuie également sur des infirmiers libéraux pour effectuer des soins techniques, en complément des interventions des aides-soignants. Leurs actes sont alors intégrés dans le prix de journée du SSIAD (33 euros par jour), qui reverse ensuite leurs honoraires aux infirmiers libéraux.

HOSPITALISATION A DOMICILE : UNE ACTIVITE EN REcul

► L'hôpital à domicile²⁸ qui intervient dans le secteur de Pont-Château est un service hospitalier rattaché au centre hospitalier de Saint-Nazaire. Il dispose d'une antenne à l'hôpital de Bodio. Ce service a pris en charge (pour l'ensemble de son territoire d'intervention) 284 patients en 2012, dont 14 dans le territoire de Pont-Château.

Son activité est en recul, le nombre de personnes prises en charge dans le secteur de Pont-Château ayant été divisé par deux par rapport à 2011.

LES AUTRES COMPOSANTES DES SOINS DE PREMIER RECOURS

OFFICINES

► Le pharmacien est le professionnel de santé auquel la population a le plus souvent recours. Sur le plan de l'accès aux soins, les officines proposent le tiers-payant ce qui dispense les patients de l'avance de frais.

Les pharmaciens d'officine sont des acteurs essentiels de la prise en charge à domicile des personnes les plus dépendantes, un certain nombre d'entre eux assurant le portage des médicaments au domicile. Par ailleurs, les officines organisent la mise à disposition de matériels médicaux (fauteuils, lits médicalisés, matelas anti-escarres...).

Au total, la Communauté de communes dispose de 11 officines : toutes les communes sont couvertes, sauf Drefféac.

Contrairement à la médecine générale, l'implantation des officines pharmaceutiques est fortement encadrée, la création d'un nouvel établissement étant agréée par l'Agence régionale de santé. L'évaluation des besoins s'effectue sur des bases essentiellement démographiques.

Au plan national, le nombre d'officines diminue, l'équilibre économique de certains établissements n'étant plus assuré.

²⁸ L'hôpital à domicile (HAD) assure au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Les soins en HAD se distinguent de ceux dispensés par un SSIAD par leur complexité et la fréquence des actes. Chaque structure d'HAD est encadrée par un médecin coordinateur et un cadre de santé. Les intervenants peuvent être salariés ou libéraux. L'hospitalisation se fait en lien étroit avec le médecin traitant du patient.

CHIRURGIENS-DENTISTES

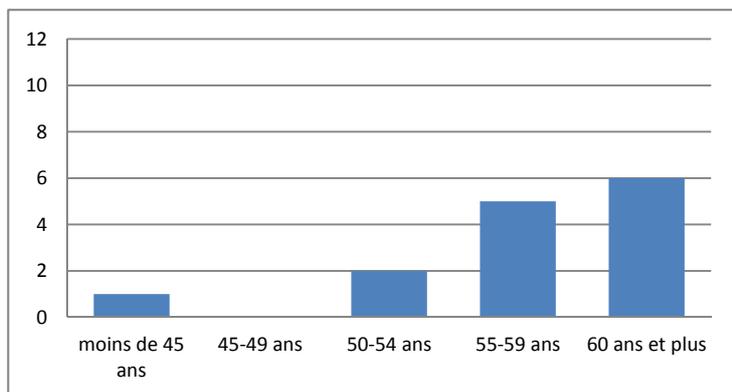
► Les chirurgiens-dentistes sont la profession de santé pour laquelle la situation démographique est la plus préoccupante sur la Communauté de communes.

Selon les données du RPPS au 1^{er} janvier 2012, parmi les 14 praticiens en activité, 43 % sont âgés de plus de 60 ans. Quatre ou cinq départs à la retraite vont donc intervenir au cours des cinq prochaines années.

► La densité des chirurgiens-dentistes s'élève à 44 professionnels pour 100 000 habitants contre 63 en Loire-Atlantique et 50 en Pays de la Loire : elle est inférieure de plus de 20 % à la moyenne nationale (57).

► 29 % des habitants de la Communauté de communes ont consulté un chirurgien-dentiste en 2010. Cette proportion est très proche de la moyenne départementale et régionale. Elle varie de 26 % à 32 % selon les communes.

Fig. 31 - Effectif des chirurgiens-dentistes libéraux au 1^{er} janvier 2012
Pays de Pont-Château - Saint-Gildas-des-Bois



Source : Drees / ASIP-Santé, répertoire RPPS, 2012

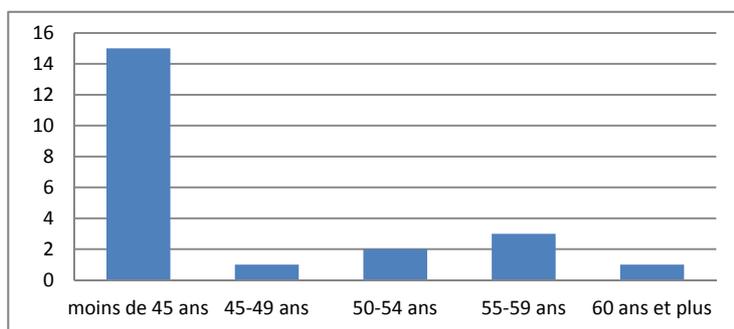
Contrairement à la situation régionale, la majorité des professionnels exercent en cabinet individuel. A Pont-Château, les praticiens exercent tous dans un cabinet individuel. Cette organisation est peu attractive pour les jeunes praticiens. Comme les médecins, les jeunes chirurgiens-dentistes privilégient l'exercice en groupe, pour un meilleur confort de vie, mais aussi pour partager certaines charges, les frais liés à une nouvelle installation étant conséquents. Dans ce contexte, le remplacement des professionnels n'est pas assuré à court terme.

MASSEURS-KINESITHERAPEUTES

► La situation démographique des masseurs-kinésithérapeutes n'a rien de commun avec celle des médecins généralistes ou des chirurgiens-dentistes. Parmi les 22 professionnels en activité, 15 sont âgés de moins de 45 ans. Ces professionnels ont un cabinet principal ou secondaire dans huit des neuf communes du territoire, la plupart exerçant en groupe.

► La densité des masseurs-kinésithérapeutes, qui s'élève à 69 professionnels pour 100 000 habitants (99 en Loire-Atlantique, 77 en Pays de la Loire), est inférieure de près de 25 % à la moyenne nationale (91).

Fig. 32 - Effectif des masseurs-kinésithérapeutes libéraux au 1^{er} janvier 2012
Pays de Pont-Château - Saint-Gildas-des-Bois



Source : Drees/ ASIP-Santé, répertoire RPPS, 2012

► 13 % des habitants ont consulté un masseur-kinésithérapeute en 2010. Cette proportion est proche de la moyenne départementale et régionale.

PRISE EN CHARGE DES PATHOLOGIES MENTALES

MEDECINE GENERALE ET SANTE MENTALE

► La prise en charge des problèmes de santé mentale repose sur de nombreux professionnels, et en particulier sur les médecins généralistes.

En fonction de l'état de santé du patient et de ses besoins de soins, les généralistes peuvent orienter leurs patients vers les psychiatres libéraux, les psychologues libéraux, et la psychiatrie publique.

Les généralistes du Pays de Pont-Château ont tous eu recours à des psychiatres libéraux ou au CMP de Pont-Château et se déclarent relativement satisfaits (*très satisfaits* ou *plutôt satisfaits*) de leurs relations avec ces professionnels.

69 % des médecins ont également fait appel à des psychologues libéraux²⁹, implantés à Pont-Château.

LA PSYCHIATRIE PUBLIQUE EN LOIRE-ATLANTIQUE

► En Loire-Atlantique, l'ensemble des structures de *psychiatrie publique* sont fédérées au plan départemental au sein du **Syndicat interhospitalier (SIH) en santé mentale**. Ce syndicat rassemble à la fois des établissements publics de santé et des structures associatives « Les Apsyades » (ex. OCHS³⁰) qui disposent de centres de consultations et de soins sur tout le département (33 000 consultations en 2011 pour l'ensemble du département)³¹.

²⁹ Les actes des psychologues libéraux ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie.

³⁰ OCHS : Office central de l'hygiène sociale

³¹ Source : SAE

La psychiatrie publique est organisée territorialement en secteurs psychiatriques avec un découpage géographique distinct :

- pour la prise en charge des enfants et des adolescents (pédo-psychiatrie),
- pour la prise en charge des adultes (au-delà de 16 ans).

L'établissement de référence pour les habitants du Pays de Pont-Château est le CHU de Nantes (service du Dr Gloanec) en ce qui concerne la **pédopsychiatrie**, et le centre hospitalier de Blain (Pôle ouest, service du Dr Goetz) pour la psychiatrie adultes.

DANS LA COMMUNAUTE DE COMMUNES

Il n'y a pas d'intervenant libéral dans le territoire (en dehors des psychologues), les unités de soins dépendent donc toutes de la psychiatrie publique.

STRUCTURES POUR ENFANTS ET ADOLESCENTS

- ▶ Les « Apsyades » proposent une consultation médico-psychologique pour enfants et adolescents, en addictologie, pédopsychiatrie... avec des consultations de psychologues (trois psychologues, dont un analyste, pour moins de 2 ETP) et de psychiatres. La file active actuelle comprend 330 patients mais le délai pour obtenir un rendez-vous est de 5 à 6 mois actuellement.
- ▶ Plusieurs professionnels rencontrés lors de la préparation du diagnostic ont témoigné de la difficulté à répondre aux besoins de soins psychiatriques pour les enfants ou les adolescents sur le territoire.

STRUCTURES POUR ADULTES

- ▶ En ce qui concerne les adultes (au-delà de 16 ans), le centre hospitalier spécialisé de Blain couvre plusieurs secteurs géographiques, le secteur de Pont-Château étant rattaché au **Pôle ouest**, qui est lui-même divisé en trois sous-secteurs : Pont-Château/Guéméné-Penfao/Savenay. Le sous-secteur de Pont-Château correspond au territoire de la Communauté de communes avec, en sus, les communes de Besné, Quilly et Prinquiau.

Deux unités de soins sont implantées dans la Communauté de communes :

- l'hôpital de jour de géro-psycho-geriatrie de Saint-Gildas-des-Bois,
- le Centre médico-psychologique, le centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) et l'hôpital de jour à la Cafetais à Pont-Château.
- ▶ Le **CMP** de Pont-Château est ouvert au public, cinq jours par semaine, du lundi au vendredi, de 9h à 17h15 (fermeture avec astreinte téléphonique de 12h45 à 13h30). Un accueil infirmier est proposé tous les après-midi. Le premier contact repose sur un infirmier, qui évalue et oriente ensuite le demandeur vers la réponse adaptée. Les professionnels du CMP se réunissent tous les mardis matins pour coordonner leurs réponses et solliciter éventuellement l'intervention d'un psychiatre. L'équipe du CMP comprend également un psychologue et une assistante sociale.

Cette organisation assez spécifique repose sur une étroite collaboration entre médecins psychiatres et infirmiers, les infirmiers assurant le premier contact, avec les patients comme avec les médecins généralistes. Cette organisation peut désorienter certains professionnels qui sont plus familiers d'une relation directe, de pair à pair, comme pour les autres spécialités.

Le CMP a pris en charge une file active de 756 patients en 2012, dont 540 résidant dans la Communauté de communes. Son activité est en croissance (+ 30 % entre 2010 et 2012). 4 300 consultations ont été effectuées en 2011 par des infirmiers, des psychiatres, des aides médicopsychologiques, des psychologues, et des assistants sociaux.

► Le CHS de Blain dispose, sur le site de Blain, de deux unités d'hospitalisation « plein temps » (59 habitants de la Communauté de communes hospitalisés en 2012).

ACCOMPAGNEMENT DE PATIENTS VIVANT DANS DES LOGEMENTS AUTONOMES

► Le CMP propose également un accompagnement thérapeutique à des personnes souffrant de pathologies mentales lourdes, et qui vivent dans des logements dits « protégés », en centre-ville, avec des interventions dans la journée d'infirmiers et d'aides médico-psychologiques (AMP).

Par ailleurs, le Pôle Ouest a initié et soutient un projet de création d'un GEM³² sur le nord ouest du département. Une association a été constituée mais elle est actuellement à la recherche d'un local sur Pont-Château, comme il en existe à Savenay et à Plessé.

PARTENARIAT

► Le CHS de Blain a développé un partenariat important avec les structures médico-sociales, des conventions ayant été signées avec des EHPAD et des foyers pour handicapés, pour un appui infirmier aux équipes soignantes et le suivi psychiatrique de certains résidents.

Des consultations de psychiatres sont également proposées dans certains établissements. Mais la démographie défavorable des psychiatres et des restrictions de moyens ont conduit à réduire ces déploiements à l'extérieur de l'institution.

► D'autres actions de partenariat sont menées avec les assistants sociaux du territoire, la gendarmerie... mais aussi dans le cadre la Maison des adolescents (un groupe de professionnels se réunit plusieurs fois par an, associant l'Aide sociale à

³² Des groupes d'entraide mutuelle (GEM) ont vu le jour depuis une vingtaine d'années en France pour faciliter l'insertion sociale des personnes vivant dans la communauté avec un handicap psychique, afin de leur proposer et de les associer à la mise en œuvre d'activités sociales : ateliers thématiques (peinture/informatique/photo/cuisine/théâtre/relaxation...), réunions festives, sorties culturelles, loisirs, voyages ou toute autre activité spécifique entrant dans le cadre de leur projet d'entraide. Les GEM bénéficient de fonds publics, et des locaux sont mis à leur disposition, avec un personnel d'encadrement salarié (dénommé « animateurs »). Les activités sont largement portées par les adhérents eux-mêmes. Les GEM ne sont pas des lieux de soins : il n'y a ni psychiatre, ni psychologue, ni thérapeute.

l'enfance, la psychiatrie, le milieu scolaire...). Ces échanges peuvent contribuer à agir, lorsque c'est possible, en amont des situations de crise.

SAINT-NAZAIRE : PRINCIPAL POLE D'ATTRACTION HOSPITALIER

7 300 HOSPITALISATIONS PAR AN

► Au cours de la période 2008-2010, 7 300 séjours ont été comptabilisés pour les habitants de la Communauté de communes en moyenne chaque année : 59 % ont eu lieu à Saint-Nazaire, les établissements mutualistes et le centre hospitaliers étant depuis 2012 regroupés sur la Cité sanitaire.

Fig. 33 - Répartition du nombre de patients domiciliés dans le Pays de Pont-Château hospitalisés en établissement de court séjour selon l'établissement (moyenne 2008-2010)

Ensemble des hospitalisations		Hospitalisations chez les 75 ans et plus	
Centre hospitalier Saint-Nazaire	34 %	Centre hospitalier, Saint-Nazaire	49 %
C.H.U. Nantes	14 %	C.H.U. Nantes	10 %
Polyclinique de l'Océan, Saint-Nazaire*	12 %	Polyclinique de l'Europe	8 %
Polyclinique de l'Europe, Saint-Nazaire	9 %	Polyclinique de l'Océan*	6 %
Polyclinique de l'Atlantique, Saint-Herblain	5 %	Centre hospitalier, Redon	6 %
Centre hospitalier, Redon	4 %	Polyclinique de l'Atlantique, Saint-Herblain	5 %
Clinique du Jardin des plantes*, Saint-Nazaire	4 %	Clinique Sourdille, Nantes	4 %
Clinique Jules Verne, Nantes	3 %	Clinique Jules Verne, Nantes	4 %
Clinique Jeanne d'Arc, Nantes	2 %	Clinique Saint-Augustin, Nantes	2 %
Clinique Sourdille, Nantes	2 %	Clinique Océane, Vannes	1 %
Autres	11 %	Autres	5 %
Total	100 %	Total	100 %

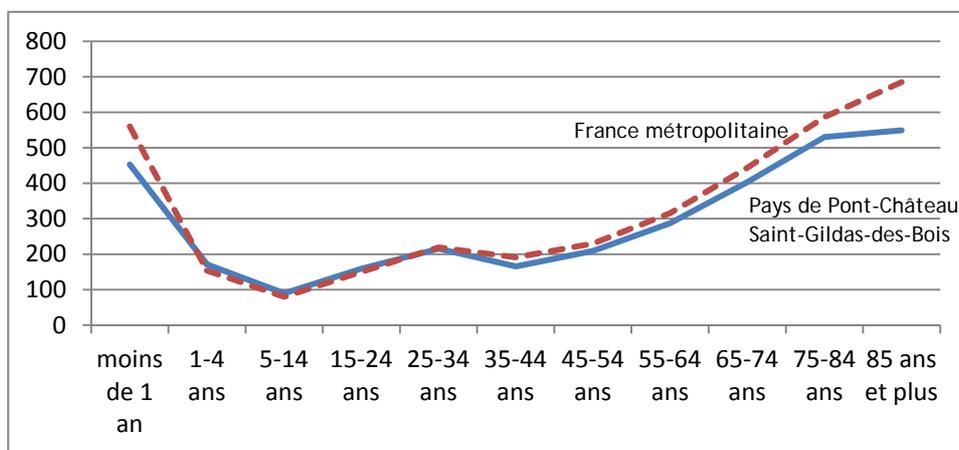
Source : PMSI (ATIH) - données domiciliées, exploitation ORS

*Ces établissements dépendent dorénavant du Pôle mutualiste.

► 34 % des admissions ont lieu au centre hospitalier de Saint-Nazaire, 14 % au CHU de Nantes, 12 % à la Polyclinique de l'Océan, 9 % à la Polyclinique de l'Europe et 5 % à la Polyclinique de l'Atlantique. 4 % des hospitalisations ont lieu au centre hospitalier de Redon, établissement le plus proche géographiquement pour les habitants de l'ouest du territoire.

Les établissements de recours sont différents pour les sujets âgés, une admission sur deux ayant lieu à Saint-Nazaire pour les 75 ans et plus. Pour ce groupe d'âge, près de 70 % des hospitalisations ont lieu dans les établissements publics (59 % des admissions ont lieu au centre hospitalier de Saint-Nazaire et au CHU de Nantes).

Fig. 34 - Taux de séjours dans les services de MCO pour 1 000 habitants (moyenne 2008-2010)
Pays de Pont-Château - Saint-Gildas-des-Bois, France métropolitaine



Source : PMSI (ATIH) - données domiciliées, exploitation ORS

► Les lieux d'hospitalisation sont également extrêmement variables selon le type de soins.

Pour la cataracte (330 hospitalisations par an), séjour chirurgical le plus fréquent dans la population, deux tiers des hospitalisations ont lieu dans la métropole nantaise, essentiellement dans les cliniques privées.

Pour les accouchements, les lieux de prise en charge sont différents : 44 % des accouchements ont eu lieu au centre hospitalier de Saint-Nazaire, 29 % à la clinique du Jardin des plantes (ces deux établissements étant maintenant implantés à la Cité sanitaire), 13 % à la Polyclinique de l'Atlantique au nord de la métropole nantaise. Enfin, 7,5 % des accouchements ont lieu à Redon.

► Les taux d'hospitalisation les plus élevés concernent les moins d'un an et les personnes âgées (fig. 34). Les 75 ans et plus (8 % de la population du territoire) représentent près de 19 % des hospitalisations.

A structure par âge comparable, le taux de séjours dans ces services des habitants du territoire est inférieur de 7 % à la moyenne nationale. Ce constat s'observe également au niveau régional (- 4 %).

ETABLISSEMENT DE BODIO

► La Communauté de communes dispose d'un établissement en « soins de suite et de réadaptation », associatif, avec 80 places autorisées en *SSR polyvalent*.

833 entrées ont été dénombrées en 2011, pour 27 000 journées d'hospitalisation, ce qui correspond à une durée moyenne de séjour de 33 jours.

La plupart des entrées s'effectuent par transfert après une hospitalisation en court séjour (à Saint-Nazaire essentiellement), les entrées directes en provenance du domicile étant peu fréquentes (6 % des entrées en 2011). L'établissement dispose d'une unité de *soins palliatifs*. Une *consultation mémoire*³³ est proposée

³³ Ce type de consultations concerne des personnes qui souffrent de problèmes cognitifs (démences notamment) et qui peuvent bénéficier d'un examen approfondi de leurs capacités dans ce domaine. Cette consultation a lieu une fois par semaine le vendredi matin.

dans l'établissement et assurée par un gériatre du centre hospitalier de Saint-Nazaire.

L'établissement est agréé pour effectuer des séances d'*Education thérapeutique*³⁴ autour des thématiques suivantes : prévention des chutes, stomatothérapie, addictologie...

Des locaux sont mis à disposition du centre hospitalier de Saint-Nazaire, pour la structure d'*hospitalisation à domicile* mais la convention de mise à disposition des locaux n'a pas été renouvelée en 2013.

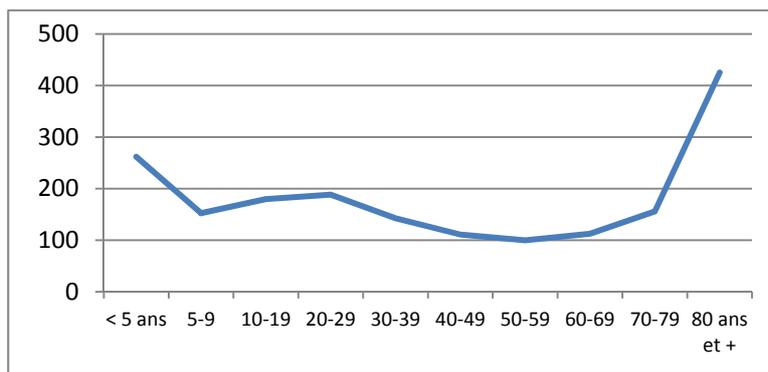
L'établissement emploie 109 personnes en 2011 (86 ETP)³⁵ ainsi que quatre praticiens hospitaliers (3,2 ETP).

► L'établissement fait état de problèmes importants pour organiser la « sortie » de certains de ses patients qui ne peuvent retourner à domicile après une hospitalisation, en l'absence de solutions en aval.

RECOURS AUX URGENCES

► On dénombre 5 500 recours (moyenne 2010-2011) des habitants du Pays de Pont-Château aux urgences du centre hospitalier de Saint-Nazaire, du CHU de Nantes, et du centre hospitalier de Redon, qui sont les principaux recours de la population du territoire³⁶. L'essentiel de ces recours (78 %) ont eu lieu au centre hospitalier de Saint-Nazaire. Le taux de recours varie fortement selon l'âge (fig. 35), avec deux situations extrêmes chez les plus jeunes, et chez les plus âgés. 12 % des passages concernent des patients âgés de 80 ans et plus (qui représentent un peu plus de 2 % de la population).

Fig. 35 - Taux de passages dans les structures d'urgences hospitalières pour 1 000 habitants Pays de Pont-Château - Saint-Gildas-des-Bois (moyenne 2010-2011)³⁷



Sources : CH Saint-Nazaire, CH Redon, CHU Nantes

³⁴ L'éducation thérapeutique désigne un ensemble de pratiques visant à permettre au patient d'acquérir et de renforcer ses compétences afin de pouvoir prendre en charge de manière active sa maladie, ses soins et sa surveillance, en partenariat avec les patients.

³⁵ Source : SAE.

³⁶ Ce dénombrement n'est pas exhaustif, les habitants de la Communauté de communes ayant également recours à d'autres structures.

³⁷ Ces résultats comprennent également la commune de Besné.

PERMANENCE DES SOINS (PDS)

- ▶ Les activités de soins sont organisées pour répondre aux besoins de la population 24 heures sur 24 heures, 365 jours par an, y compris le week-end et les jours fériés. Ce service rendu à la population représente une sujétion importante et nécessite une organisation spécifique.
- ▶ De nombreux professionnels contribuent à la mise en œuvre de ce service : médecins généralistes, et autres spécialistes, établissements de santé, odontologistes, infirmiers, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes, ambulanciers...
- ▶ Les infirmiers libéraux ne sont pas soumis à un régime de garde, mais doivent garantir la « continuité des soins ». En pratique, les infirmiers interrogés à l'occasion du diagnostic semblent avoir des pratiques différentes. Certains répondent aux appels la nuit et le week-end, voire se déplacent au domicile alors que d'autres orientent leurs patients vers le centre 15.
- ▶ Le présent document se limite à présenter l'organisation de la PDS ambulatoire des médecins généralistes, qui a connu les bouleversements les plus importants au cours des quinze dernières années.

LA MEDECINE GENERALE

- ▶ La permanence des soins ambulatoires se définit comme l'organisation de l'offre de soins³⁸ libérale pour répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés aux demandes de soins non programmés des patients :
 - tous les jours de 20 heures à 8 heures,
 - les dimanches et jours fériés de 8 heures à 20 heures,
 - en fonction de l'offre de soins existante : le samedi à partir de midi, le lundi lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié.

La PDS permet aux patients d'avoir accès, si besoin, à un médecin la nuit et le week-end aux heures de permanence des soins. La PDS permet d'éviter, autant que possible, le recours aux services d'urgence hospitaliers quand les soins relèvent d'une prise en charge ambulatoire.

La permanence des soins est une « mission de service public ».

La permanence des soins est une obligation déontologique assurée sur la base du volontariat par les médecins exerçant dans les cabinets médicaux, les maisons de santé, les pôles de santé, les centres de santé, les médecins exerçant dans les associations de permanence des soins.

³⁸ Articles L.6314-1 et suivants du Code de la Santé Publique

DES BOULEVERSEMENTS IMPORTANTS DEPUIS LE DEBUT DES ANNEES 2000

► Pendant longtemps, les patients ont eu accès sans limitation, la nuit et le week-end, au médecin de garde qui se déplaçait à leur domicile, sur simple appel téléphonique, l'organisation des gardes étant auto-organisée par la profession, avec l'appui du conseil de l'ordre.

Cette organisation a connu des difficultés importantes au début des années 2000, un certain nombre de praticiens effectuant fréquemment des gardes dans des zones de faible densité médicale, refusant de participer à ces astreintes.

Deux changements majeurs se sont alors produits :

- la participation aux gardes est devenue « volontaire »³⁹, le Code de déontologie ne faisant plus mention de cette obligation,
- la régulation des appels téléphoniques a été confiée au centre 15 (installé au sein du SAMU), qui oriente si nécessaire vers les médecins de permanence.

Dans ce contexte, le nombre d'interventions aux heures de permanence des soins a considérablement chuté, ce qui a constitué une amélioration sensible des conditions de travail des médecins généralistes, les gardes devenant beaucoup moins fréquentes. Environ 60 %⁴⁰ des médecins généralistes des Pays de la Loire effectuent des gardes, et, pour ceux qui y participent, le nombre de gardes effectuées est relativement réduit.

► Depuis la loi « hôpital, patients, santé, territoire » (HPST 2009), l'organisation de la permanence des soins est de la responsabilité directe de l'Agence régionale de santé, qui dispose d'un budget spécifique pour cette activité. Chaque ARS élabore un cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires, qui précise l'organisation propre à chaque territoire.

L'ORGANISATION A PONT-CHATEAU

► Le cahier des charges régional, élaboré par l'ARS des Pays de la Loire avec le concours des représentants des professionnels de santé, décrit l'organisation de la PDS dans chaque département de la région⁴¹.

Le département de Loire-Atlantique est divisé en deux zones ayant chacune leur organisation propre : les métropoles de Nantes et Saint-Nazaire d'un côté, et les autres communes de l'autre.

Dans les métropoles de Nantes et Saint-Nazaire, les gardes sont effectuées par les médecins en cabinet, au sein des CAPS ainsi que par les associations SOS médecins. La population peut avoir recours à SOS médecins, aux heures de permanence des soins, sans passer par le centre 15.

En dehors des deux métropoles, l'organisation des gardes a été confiée à l'association départementale de l'organisation de la PDS (ADOPS 44), qui reçoit un budget de l'ARS pour cette mission. Dans ces communes, tous les appels sont

³⁹ Un médecin peut toutefois être « réquisitionné » par le Préfet, si le tableau de garde est incomplet.

⁴⁰ Panel d'observation des conditions d'exercice des médecins généralistes des Pays de la Loire.

⁴¹ En ligne sur le site internet de l'ARS.

régulés par le centre 15, qui oriente si nécessaire les patients vers le CAPS (centre d'accueil et de permanence des soins).

L'organisation est différente selon les deux parties de la nuit : de 20 h à minuit, et de minuit à 8 heures.

De 20 heures à minuit, le département est découpé en 12 territoires, dont 10 dépendent de l'ADOPS, Nantes et Saint-Nazaire ayant une organisation spécifique.

Pour les habitants de la Communauté de communes, le tableau de garde est organisé par le CAPS de Pont-Château (secteur 44-9).

De minuit à 8 heures, le département (hors Nantes, Saint-Nazaire) est divisé en cinq territoires de « médecins mobiles », plus étendus que pour la période 20 h-minuit.

Les interventions du « médecin mobile » sont déclenchées par le médecin régulateur du centre 15 pour quatre sortes d'interventions : les visites administratives (décès, hospitalisations d'office, gardes à vue, alcoolémie...), les visites en EPHAD et HAD, les visites à l'hôpital local, les visites à domicile.

Les interventions auprès des habitants du Pays de Pont-Château dépendent du territoire 44-N-4 de Savenay.

CAPS

► Le CAPS de Pont-Château, créé en 2005, intervient, de 20 heures à minuit, sur la Communauté de communes de Pont-Château mais également sur celle de Loire et Sillon. 30 médecins participent aux gardes du CAPS, les médecins étant sollicités une quinzaine de fois dans l'année. Certaines de ces gardes sont effectuées par des médecins remplaçants.

La création du CAPS s'est effectuée avec le soutien de la commune de Pont-Château, qui lui loue des locaux.

Le CAPS reçoit un budget de l'ARS pour sa gestion, via l'ADOPS (12 000 euros en 2011) qui couvre les dépenses de secrétariat, le système d'information, le matériel, et l'indemnisation du temps médical consacré à l'organisation des gardes. Le loyer des locaux est supporté également par l'ARS. Le budget total s'élève à environ 23 000 euros.

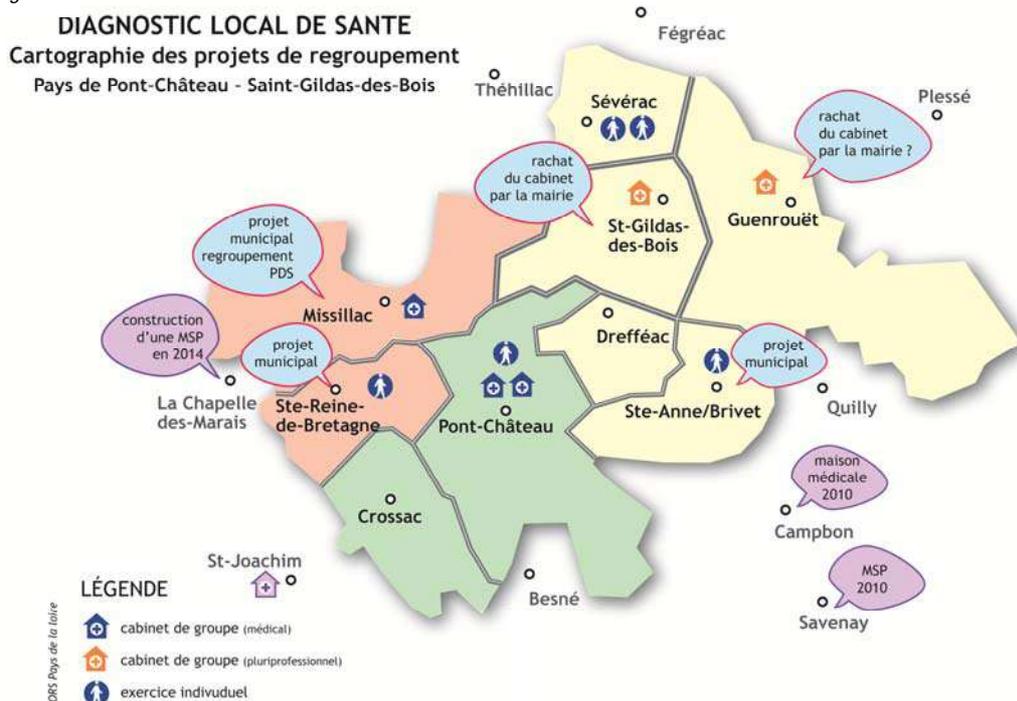
Les patients qui consultent au CAPS règlent directement les soins au médecin. 2 700 actes de garde ont été dénombrés en 2011.

MAISONS DE SANTE

CINQ PROJETS DE MAISONS DE SANTE

► Cinq communes portent actuellement un projet de construction ou de rénovation de maisons de santé sur leur territoire, deux dans le secteur EST, à Missillac et Sainte-Reine-de-Bretagne, et trois dans le secteur OUEST, à Guenrouët, Saint-Gildas-des-Bois, et Sainte-Anne-sur-Brivet.

Fig. 36



SECTEUR ouest

- Les professionnels de santé de Missillac exercent essentiellement en groupe :
- un cabinet de médecine générale, avec trois praticiens, dont un collaborateur⁴²,
 - un cabinet de chirurgiens-dentistes, avec trois praticiens,
 - deux cabinets infirmiers, avec deux infirmiers chacun,
 - un cabinet de masseurs-kinésithérapeutes,
 - un cabinet d'ostéopathes.

Les professionnels de santé ont envisagé, il y a quelques années, de construire et financer une maison de santé pluriprofessionnelle. Ce projet n'a pas abouti.

La commune de Missillac a pris l'initiative de proposer de construire une maison de santé sur un terrain situé à côté de la mairie. Un cabinet d'études a été

⁴² Fin 2012.

sollicité fin 2012 pour mener une étude technique et financière. Cette étude est en cours⁴³.

Une commission composée de huit élus et de quatre professionnels de santé en assure le suivi. Des sites de maisons de santé ont été visités.

Une fois les bases financières connues, le projet sera ensuite présenté au conseil municipal.

Le projet immobilier aurait deux composantes :

- une *maison de santé* de 612 m² qui serait construite par la commune, les locaux étant loués aux professionnels de santé concernés (médecins généralistes, infirmiers, chirurgiens-dentistes, masseurs-kinésithérapeutes, orthophoniste),
- un deuxième bâtiment contigu qui serait construit et financé par les ostéopathes (130 m²).

Au total, ce projet rassemblerait près d'une vingtaine de professionnels.

Le projet de maison de santé comprend également la construction d'un studio pour accueillir des médecins stagiaires.

Sa réalisation effective est subordonnée aux résultats de l'étude économique, à sa validation aussi bien par le conseil municipal que par les professionnels de santé eux-mêmes, et aux conclusions du diagnostic local de santé.

► La commune de **Sainte-Reine-de-Bretagne** dispose de plusieurs cabinets de professionnels de santé : un cabinet de médecin généraliste, un cabinet partagé entre plusieurs masseurs-kinésithérapeutes/ostéopathes et des infirmiers (cabinet secondaire du cabinet de Missillac), et un cabinet de chirurgien-dentiste.

La mairie dispose d'un terrain en plein bourg, situé à proximité immédiate de la pharmacie, et en face du cabinet infirmiers/kinésithérapeutes.

Une étude a été réalisée en 2012, pour la construction d'un bâtiment de 400 m² sur ce terrain avec logements et deux cabinets médicaux.

SECTEUR est

- La commune de **Guenrouët** dispose de deux cabinets de groupe :
- une maison médicale, sur la route de Quilly, propriété de professionnels de santé libéraux, au sein de laquelle exercent médecins généralistes (2), infirmier, chirurgien-dentiste, et masseur-kinésithérapeute,
 - un cabinet de soins infirmiers en centre bourg, qui dispose également d'une antenne à Saint-Gildas-des-Bois, installé dans des locaux municipaux loués par la mairie.

Les professionnels de santé ont proposé à la mairie de racheter les locaux actuels qui seraient ensuite loués aux professionnels. La mairie a réservé sa décision, dans l'attente des conclusions du diagnostic local de santé.

⁴³ Informations recueillies le 8 février 2013

Une commission municipale a été instituée pour examiner la viabilité économique de ce projet.

► La commune de **Saint-Gildas-des-Bois** dispose de plusieurs cabinets de groupe :

- la maison médicale, sur la route de Pont-Château, propriété de professionnels de santé libéraux, au sein de laquelle exercent des médecins généralistes, des infirmiers, des chirurgiens-dentistes, un masseur-kinésithérapeute,
- une antenne du cabinet infirmier de Guenrouët, installée dans des locaux municipaux loués par la mairie (espace Lampridic),
- un cabinet avec un orthophoniste et un masseur-kinésithérapeute,
- un cabinet de deux ostéopathes.

Les locaux de la maison médicale ne sont plus aux normes, et nécessitent une rénovation importante. En l'absence de projet alternatif, la mairie a racheté ces locaux fin janvier 2013. Les études architecturales devraient être conduites en 2013, pour des travaux à effectuer en 2014.

L'objectif est de conforter l'offre médicale sur la commune, alors que le nombre de médecins semble insuffisant pour répondre aux besoins de soins de la population, des praticiens ayant pris leur retraite sans être remplacés.

► Deux cabinets de professionnels de santé sont implantés sur la commune de **Sainte-Anne-sur-Brivet** :

- un cabinet au sein duquel exercent, en location, un médecin généraliste, un médecin acupuncteur, et un ostéopathe,
- un cabinet au sein duquel exercent infirmiers, chirurgien-dentiste, et masseur-kinésithérapeute.

Une maison individuelle, utilisée il y a quelques années, comme cabinet médical, située en centre bourg, est en vente depuis la fin 2012. La mairie envisage d'acheter ce bâtiment pour en faire un local à destination de médecins généralistes et d'autres professionnels de santé, avec des possibilités d'extension.

L'ENVIRONNEMENT PROCHE

Les habitants du territoire font appel aux médecins installés sur la Communauté de communes mais également aux cabinets situés en proximité.

► A **Saint-Joachim** est installé un cabinet de groupe qui associe les quatre médecins implantés sur la commune.

► La commune de **La Chapelle-des-Marais** a lancé une opération foncière en plein cœur du bourg, afin de construire une maison de santé pour les médecins de la commune (et de logements sociaux), pour une livraison en 2015. L'opération a été confiée à l'Office public de l'habitat de Saint-Nazaire.

► La municipalité a construit une maison médicale en 2010 à **Campbon**, au sein de laquelle exercent quatre médecins généralistes, un cabinet infirmier, et un

masseur-kinésithérapeute. Les chirurgiens-dentistes exercent dans un cabinet distinct.

► La transformation la plus importante dans ce domaine est l'ouverture d'un pôle santé de 300 m² à Savenay, aux portes de l'hôpital local, en 2010. Le pôle dispose d'une salle de réunion et d'une salle pour les petites urgences. Comme pour le cabinet de Campbon, le maître d'ouvrage est la commune, les professionnels étant locataires du cabinet.

12 professionnels exercent en son sein début 2013 : six médecins dont un angiologue, quatre infirmiers, un podologue et un diététicien. Deux médecins supplémentaires vont les rejoindre dans les mois à venir (été 2013)... ce qui pose des problèmes d'aménagement de locaux. Parmi les six praticiens, quatre accueillent des étudiants en médecine (externes et internes).

Trois ans ont été nécessaires pour faire aboutir ce projet, qui a bénéficié de l'appui technique de l'hôpital local, avec lequel plusieurs généralistes collaboraient. La participation de l'hôpital local a été un élément facilitateur du projet.

L'OPINION DES PROFESSIONNELS

LES MEDECINS GENERALISTES

► Parmi les 13 médecins généralistes ayant répondu à l'enquête de l'ORS, 4 ont manifesté leur souhait de s'impliquer dans la création éventuelle d'une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP). Et, si une MSP était créée, 3 médecins supplémentaires ont exprimé le souhait de l'intégrer.

En ce qui concerne le financement des maisons de santé, 84 % des médecins ayant répondu à l'enquête considèrent que la construction des MSP est du ressort des collectivités publiques (commune, Communauté de communes, Conseil général, Conseil régional)⁴⁴. Comme financeur potentiel, l'Agence régionale de santé vient en deuxième position (54 %), devant l'assurance maladie. 4 médecins⁴⁵ considèrent que la construction des maisons de santé relève des professionnels de santé libéraux eux-mêmes.

LES INFIRMIERS

► De manière générale, les infirmiers ayant répondu à l'enquête de l'ORS ont exprimé plus d'intérêt que les médecins vis-à-vis des nouveaux projets de MSP. La majorité des infirmiers ayant répondu à l'enquête (8) se déclarent prêts à s'impliquer dans la préparation d'un projet de MSP. 3 infirmiers supplémentaires seraient prêts à intégrer ces structures après leur création.

Quant à la question du financement, leur opinion se rapproche de celle des médecins : les collectivités territoriales sont considérées comme le principal

⁴⁴ Le nombre total de réponses est supérieur à 100 %, les médecins pouvant choisir plusieurs financeurs.

⁴⁵ Parmi les 13 ayant répondu à l'enquête.

financeur potentiel. 3 infirmiers seulement considèrent que leur financement doit être assuré par les infirmiers libéraux.

LES ATTENTES DE LA POPULATION

180 CARTES POSTALES RECUEILLIES PAR L'ORS

► Pour recueillir les attentes de la population, une carte postale a été mise à disposition dans les officines, les mairies, les cabinets médicaux et infirmiers, et différents lieux publics, avec une urne dans laquelle la population pouvait déposer la carte postale.

Environ 180 cartes ont été ainsi recueillies et dépouillées par l'ORS. Il ne s'agit pas d'un sondage puisque les répondants ne peuvent être considérés comme représentatifs de la population du territoire, en termes d'âge, de sexe, de commune d'habitation. Ce document de communication avait pour but de faire connaître la démarche de la Communauté de communes, de sensibiliser la population à ces questions, et de recueillir ses attentes.

**Diagnostic local
de santé**



urgences
maladies

handicaps
personnes âgées
rééducation

nutrition
médicaments

médecins
activités physiques
accès aux soins

soins dentaires
problèmes sociaux

prévention
soins infirmiers
santé

Les élus de la Communauté de communes et les membres du Conseil de développement vous invitent à exprimer **vos attentes en matière de santé**

- Adressez-nous vos **remarques et suggestions** au verso de cette carte
- Venez participer à une **réunion d'information** le **jeudi 6 décembre 2012**, à 20h30 à Pont-Château (La Boule d'Or)


 Pays de
Pont-Château
Saint-Gildas-des-Bois
Communauté de Communes
www.cc-paysdepontchateau.fr

Par groupe d'âge, les réponses obtenues recouvrent à peu près la structure de la population de la Communauté de communes. Toutes les classes d'âge sont représentées.

Sur le plan géographique, les deux communes les plus « mobilisées » sont Pont-Château (30 % des cartes postales) et Sainte-Anne-sur-Brivet (25 %).

Selon vous, que faudrait-il améliorer en matière de santé ?

Je réside à Orsac Disfréac Guennepret Missillac Pont-Château
 St-Gildas-des-Bois Ste-Anne-sur-Brivet Ste-Herme-de-Bretagne Sévigné
 Autre

Votre âge Moins de 20 ans 20-49 ans 50-64 ans 65-79 ans 80 ans ou +

A retourner par courrier ou à déposer dans les cabinets médicaux, pharmacies, ou maillet avant le 31 décembre 2012

Pour en savoir plus : Tél. 02 40 45 07 94 - secretariat@cc-paysdepontchateau.fr

Les élus vous remercient de votre participation

Diagnostic local de santé
 Communauté de communes de
 Pont-Château - St-Gildas-des-Bois
 7 place de l'église
 BP 97
 44160 PONT-CHATEAU

Après dépouillement, les principaux sujets évoqués par les personnes ayant renseigné des cartes postales sont les suivants.

► La question de la **démographie médicale** est celle qui est le plus fréquemment avancée. La population qui s'est exprimée est en attente de réponses de proximité, pour la médecine générale, mais également pour les autres spécialités. Dans ce domaine, les attentes sont fortes.

Plusieurs personnes témoignent des délais pour obtenir parfois un rendez-vous, du fait que les médecins généralistes effectuent de moins en moins de visites à domicile.

► Dans certains cabinets médicaux, les **horaires d'ouverture** sont restreints dans la semaine. Un certain nombre de cabinets de soins ne sont pas accessibles aux personnes à mobilité réduite, ce qui est pointé dans plusieurs cartes postales. Certains médecins, surchargés, ne peuvent assurer un temps suffisant à leurs patients. Les consultations sont parfois considérées comme trop courtes. Plusieurs personnes souhaitent que les pharmacies soient ouvertes toute la journée, le samedi. Le remplacement des professionnels pendant les périodes de congés est également évoqué.

► Des propositions contradictoires sont émises à propos des projets de regroupements de **professionnels** au sein de maisons de santé. Certaines personnes le souhaitent et d'autres les récuse.

Les regroupements envisagés sont-ils compatibles avec la proximité immédiate, la création de maisons de santé aboutissant en général à concentrer l'offre de soins sur un nombre limité de communes.

► Le nouveau dispositif de **permanence des soins**, dont l'organisation a beaucoup évolué au cours des dernières années, est mal connu de la population. Certaines personnes expriment le souhait de bénéficier d'une « présence médicale et infirmier » la nuit et le week-end, ce qui n'est plus possible actuellement, sauf dans les zones couvertes par SOS médecins (métropoles nantaises et nazairiennes).

► Les **questions économiques** sont également présentes. Dans les officines, les patients ne font pas l'avance de frais. Mais, dans les cabinets de soins, au

laboratoire d'analyse de biologie médicale, ou en radiologie, la population fait l'avance de frais, et, plus globalement, le reste à charge, c'est-à-dire la somme qui reste à la charge de l'utilisateur, une fois les remboursements effectués (assurance maladie obligatoire et mutuelle), peut être important.

La couverture maladie universelle complémentaire facilite l'accès aux soins dans ce domaine. La situation peut être plus difficile pour les personnes qui se situent au-dessus des seuils pour bénéficier de cette protection.

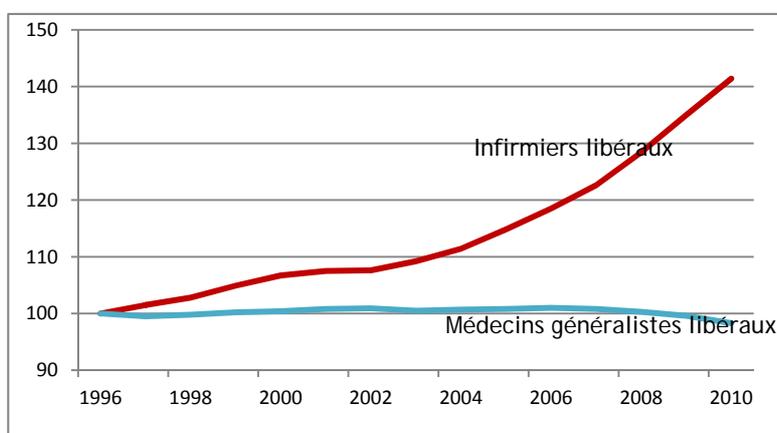
Les faibles remboursements des soins dentaires et optiques par l'assurance maladie et les mutuelles sont également évoqués.

- ▶ Au-delà des difficultés présentes, plusieurs personnes expriment également leur **satisfaction** par rapport à l'organisation existante.
- ▶ En revanche, les **questions de santé** proprement dites sont pratiquement absentes des attentes de la population exprimées dans les cartes postales.

LE NOMBRE DE MEDECINS GENERALISTES SE SITUE ACTUELLEMENT EN FRANCE AU NIVEAU DE 1996

- ▶ La situation de la démographie médicale est fortement questionnée dans ce diagnostic, et les élus locaux tentent d'y répondre par la création de maisons de santé. Mais les difficultés présentes ne concernent pas que le territoire de Pont-Château, et doivent être inscrites dans un contexte plus général.
- ▶ Selon l'assurance maladie, avec un effectif de 62 500⁴⁶, le nombre de **généralistes libéraux** se situe en 2010 en France pratiquement au même niveau qu'en 1996⁴⁷. Pendant cette période, la population française a gagné 5 millions d'habitants (+ 9 %). La densité de médecins généralistes est donc en baisse, avec 96 médecins pour 100 000 habitants en 2010 contre 104 en 1996.

Fig. 37 - Evolution des effectifs de médecins généralistes et d'infirmiers libéraux (APE)
France - 1996-2010 (base 100 en 1996)



Source : Snir

⁴⁶ SNIR, assurance maladie.

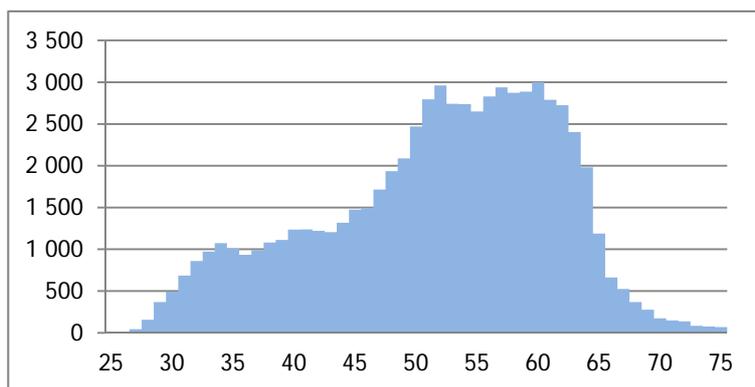
⁴⁷ La démographie des infirmiers libéraux suit une tendance inverse. Entre 2000 et 2010, leur effectif est passé de 50 000 à 67 000 (+ 33 %). L'effectif des infirmiers libéraux est maintenant supérieur à celui des médecins généralistes.

L'effectif de médecins généralistes libéraux a également commencé à diminuer depuis 2008-2009 (fig. 37) alors que le nombre total de médecins augmente (+ 17 % au cours de la période 2000-2012). Cette augmentation correspond essentiellement à une croissance des effectifs de médecins hospitaliers. Les jeunes médecins qualifiés en médecine générale préfèrent majoritairement se tourner vers une carrière hospitalière.

► La démographie des médecins généralistes est très préoccupante, le quart des médecins généralistes⁴⁸ étant âgé de 60 ans ou plus (16 000 praticiens, fig. 38). Les générations aux âges de partir en retraite comprennent un peu moins de 3 000 médecins alors que les jeunes générations qui les remplacent comprennent moins de 1 000 médecins.

Selon les résultats du Panel d'observation des conditions d'exercice en médecine générale effectué fin 2011, 30 % des praticiens en exercice envisagent au plan national de cesser leur activité au cours des cinq prochaines années, dont 23 % pour prendre leur retraite⁴⁹.

Fig. 38 - Répartition des médecins généralistes libéraux selon l'âge au 1^{er} janvier 2012
France



Source : Drees/ ASIP-Santé, répertoire RPPS, 2012

► Face à une demande de soins croissante, des effectifs stables ou en diminution, et une pyramide des âges défavorable, les médecins généralistes ont fait évoluer leurs pratiques.

Le nombre total d'actes (consultations, visites, actes techniques) est passé de 300 millions en 2000 à 282 en 2010 (- 18 millions), baisse qui s'explique essentiellement par une chute des visites⁵⁰ dont le nombre a été divisé par deux (de 64,7 millions à 28,7 millions). Celles-ci ne représentent plus que 11 % des actes en 2010, contre 23 % en 2000. Pendant la même période, le nombre d'actes techniques infirmiers remboursés par l'assurance maladie a doublé.

⁴⁸ RPPS.

⁴⁹ Source : Panel d'observation des conditions d'exercice en médecine générale.

⁵⁰ Evolution fortement encouragée par l'assurance maladie.

SYNTHESE

LE PAYS DE PONT-CHATEAU DISPOSE DE NOMBREUX ATOUTS POUR ACCUEILLIR DE JEUNES PRATICIENS

Pour attirer de jeunes praticiens sur son territoire, le Pays de Pont-Château - Saint-Gildas-des-Bois dispose d'atouts importants.

► L'effectif de population augmente de 2 % par an, chiffre qui témoigne du dynamisme du territoire, proche de grands centres urbains mais aussi de zones de villégiature.

► Qu'ils soient médecins généralistes, infirmiers ou masseurs-kinésithérapeutes la très grande majorité des professionnels du Pays de Pont-Château exercent en groupe, ce qui correspond aux attentes de la plupart des jeunes professionnels qui souhaitent s'installer.

De nombreux infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes se sont installés au cours des dix dernières années dans le Pays de Pont-Château, le territoire étant attractif pour des professionnels de santé.

► Un autre atout est l'existence d'une offre de soins de second recours, certes limitée mais qui est stratégique pour des médecins généralistes, avec l'existence en particulier d'un cabinet de cardiologie, et la présence d'un établissement de santé de soins de suite et de réadaptation (SSR).

DES SIGNES DE FRAGILITE POUR LES GENERALISTES ET LES CHIRURGIENS-DENTISTES

► L'offre de soins présente cependant des signes de fragilité : la démographie des médecins généralistes, et plus encore celle des chirurgiens-dentistes sont particulièrement préoccupantes, en l'absence de nouvelles installations.

La moitié des médecins généralistes ont déclaré ne plus prendre de nouveaux patients comme médecin traitant. Le territoire de Pont-Château fait partie des Communautés de commune de faible densité médicale, avec 63 médecins généralistes pour 100 000 habitants contre une moyenne de 107 au plan national.

L'absence d'établissement de santé de court séjour induit une charge supplémentaire pour les praticiens du territoire.

Il est donc prioritaire aujourd'hui d'attirer de nouveaux praticiens pour remplacer ceux qui vont cesser leur activité au cours des prochaines années.

UNE SITUATION DEFAVORABLE SUR LE PLAN DEMOGRAPHIQUE

► La situation démographique des psychiatres est très défavorable au plan national, et la baisse des effectifs va se poursuivre. Dans ce contexte, le centre hospitalier de Blain, dont dépendent plusieurs unités de soins de psychiatrie adultes du territoire, rencontrent des difficultés pour recruter de nouveaux praticiens.

LA QUESTION DU FINANCEMENT DES MAISONS DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLES EST DEVENUE CENTRALE

► Il y a quelques années, lorsqu'ils cessaient leur activité, les médecins généralistes (co) propriétaires de leur cabinet cédaient en général leur part dans la société immobilière dont ils étaient actionnaires, et « vendaient » également leur clientèle au nouvel installé.

Aujourd'hui, les médecins qui partent à la retraite n'ont pas la certitude de pouvoir vendre leur part de SCI, en l'absence de remplaçants, ou parce que les jeunes médecins qui veulent exercer la médecine générale ne souhaitent pas commencer leur carrière en immobilisant des moyens financiers et en se fixant sur un territoire. Dans de nombreux cas, les « clientèles » n'ont qu'une faible valeur économique, étant donné la situation de la démographie médicale.

Dans ces conditions, le modèle économique historique des cabinets médicaux doit évoluer. Des solutions de location doivent être proposées, aussi bien pour de jeunes installés que pour des praticiens plus avancés dans leur carrière.

UNE RESPONSABILITE NOUVELLE POUR LES ELUS LOCAUX

► Jusqu'à présent, les maires étaient relativement peu mobilisés autour des problématiques de soins, en dehors des communes disposant d'un établissement de santé sur leur territoire⁵¹.

La politique de santé est une responsabilité de l'Etat, et sa mise en œuvre dépend de l'Agence régionale de santé (ARS), qui décline ses orientations dans le projet régional de santé, arrêté en 2012 dans les Pays de la Loire.

La loi HPST (juillet 2009) a introduit la possibilité de signatures de contrats locaux de santé entre les collectivités territoriales et les ARS.

Les difficultés actuelles en matière de démographie médicale incitent également les élus locaux à investir ce nouveau champ d'action. De multiples projets de maisons de santé pluriprofessionnelles voient ainsi le jour, sans que les élus aient la certitude que les professionnels de santé rejoignent ces maisons.

De plus, étant donné la situation démographique générale, les collectivités territoriales qui souhaitent attirer de jeunes médecins se trouvent en compétition les unes par rapport aux autres, les praticiens pouvant négocier les conditions d'accueil les plus avantageuses.

La création d'une MSP ne s'improvise pas, la partie « immobilière » du projet ne représentant qu'une des dimensions à prendre en compte. Un accompagnement⁵² peut faire gagner plusieurs mois, voire plusieurs années.

⁵¹ Les maires ont toutefois des responsabilités qui touchent à l'ordre public, dans le cas d'une demande d'hospitalisation dans un établissement de soins psychiatriques sans le consentement du patient. Ils ont également des responsabilités en matière d'hygiène publique.

⁵² Des comités d'accompagnement territoriaux des soins de premier recours (CATS) ont été institués par l'ARS dans chaque département (dont la Loire-Atlantique), qui proposent un accompagnement aux professionnels de santé qui envisagent de développer un projet de MSP. La présence d'un établissement de santé sur le territoire peut aussi être un facilitateur, mettant à disposition sa logistique administrative, juridique...

Par ailleurs, ces regroupements de professionnels ont une dimension managériale qui est progressivement mieux prise en compte. Un cabinet de groupe avec moins de cinq professionnels de santé est simple à administrer. Au-delà d'une certaine taille, il devient nécessaire d'instituer des temps d'échange et de coordination qui mobilisent un temps non négligeable.

Ces projets peuvent recevoir un soutien financier du Conseil régional (investissement) ou de l'ARS (accompagnement) à condition toutefois qu'ils soient coordonnés entre eux, à l'échelle de la Communauté de communes. Ces projets doivent également s'appuyer sur un projet de santé territorial.

► Mais ces mutations ne sont pas sans conséquences, et le dialogue entre les élus et les professionnels de santé libéraux est parfois difficile. Le manque de disponibilité/temps des professionnels est souvent mis en avant.

Mais ces difficultés ont aussi une dimension culturelle. Certains praticiens craignent que la responsabilité des questions de santé (et en particulier des projets de MSP) leur échappe.

4 - ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES, ET/OU EN SITUATION DE HANDICAP

DES COMPETENCES PARTAGEES ENTRE LE CONSEIL GENERAL ET L'ARS...

- ▶ Les politiques en faveur des personnes âgées ou en situation de handicap relèvent au plan local de deux centres de décision différents, l'Agence régionale de santé (ARS) pour ce qui concerne l'organisation des soins (financements assurance maladie) et le Conseil général pour les aides individuelles (allocation personnalisée d'autonomie, prestation de compensation...), le financement de la dépendance et la coordination gérontologique.
- ▶ L'ARS comme le Conseil général élaborent chacun leur propre schéma de développement. Le schéma gérontologique du Conseil général de Loire-Atlantique⁵³ a été voté par l'assemblée départementale le 14 juin 2011, et celui en faveur des personnes handicapées⁵⁴ en 2009. Le Projet régional de santé (PRS), arrêté par l'ARS en 2012, se décline en un schéma régional de l'offre médico-sociale. Le PRIAC (programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie) 2010-2013 arrête les priorités de développement de l'offre et effectue une programmation des équipements à mettre en œuvre sur la période.
- ▶ L'évaluation des besoins d'aide dépend des Conseils généraux pour les personnes âgées et de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) pour les personnes handicapées. Les MDPH ont été instituées en 2006 de manière à proposer un guichet unique d'information aux personnes handicapées, enfants et adultes, quel que soit le type de handicap. Les MDPH répondent à des demandes nombreuses et diverses, qui couvrent aussi bien l'accueil en milieu scolaire d'enfants handicapés, que la reconnaissance de travailleurs handicapés pour des actifs qui nécessitent une reconversion suite à un problème de santé, ou l'admission dans un établissement spécialisé pour personnes handicapées.
- ▶ Les structures pour enfants handicapés (SESSAD, IME) sont financées par l'assurance maladie (autorisation ARS) de même que les Maisons d'accueil spécialisées (MAS) qui accueillent les adultes les plus lourdement handicapés. Les budgets des foyers d'hébergement relèvent quant à eux du Conseil général.
- ▶ Les EHPAD et les foyers médicalisés pour personnes handicapées ont une double source de financement (assurance maladie+Conseil général).
- ▶ Pour coordonner les politiques publiques dans ce domaine, la loi de juillet 2009 (dite loi hôpital, patients, santé, territoires), qui a instauré les ARS, a institué deux *commissions de coordination des politiques publiques de santé*, associant les services de l'Etat, les collectivités territoriales et leurs groupements et les organismes de sécurité sociale : la commission de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile, et la commission des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux⁵⁵.

⁵³ Plan d'action 2011-2016.

⁵⁴ Plan départemental 2009-2014.

⁵⁵ La loi ne précise pas les missions de ces commissions.

... QUI RECOUVRENT PARTIELLEMENT DES CHAMPS PROFESSIONNELS DISTINCTS

► Cette dissociation entre le « sanitaire », piloté par l'ARS, et le « social », piloté principalement par les Conseils généraux, n'est pas seulement institutionnelle. Le « sanitaire » et le « social » sont deux champs professionnels distincts, qui ont chacun leur identité propre, avec des modes d'organisation profondément différents⁵⁶.

Sur le terrain, la prise en charge des personnes âgées ou handicapées relève, dans de nombreux cas, aussi bien de professionnels de santé (libéraux ou non), dont les actes sont remboursés par l'assurance maladie, que d'acteurs sociaux ou médico-sociaux, dont les interventions sont pour partie financées par le Conseil général.

LES PERSONNES AGEES DEPENDANTES

VIEILLISSEMENT DEMOGRAPHIQUE : UNE SITUATION COMPARABLE A LA MOYENNE FRANÇAISE

► L'indice de vieillissement⁵⁷ du territoire s'élève à 60, il est proche de la moyenne départementale (59) mais inférieur à la moyenne nationale (69). Cet indice a diminué entre 1999 et 2009 (67 en 1999), témoignant d'un léger rajeunissement de la population.

Drefféac, Crossac et Ste-Anne-sur-Brivet présentent les indices de vieillissement les plus faibles (inférieurs à 50) alors que St-Gildas-des-Bois et Guenrouët ont les indices les plus élevés (environ 80), supérieurs à la moyenne nationale. Ces disparités sont notamment liées à l'implantation des maisons de retraite et des foyers de vie pour personnes handicapées âgées dans ces communes.

► La population âgée de **75 ans et plus** représente 8,1 % de la population dans le Pays de Pont-Château, 8,8 % de la population au plan national et 8 % en Loire-Atlantique. Ce pourcentage varie de 7,5 % dans le secteur de Pont-Château/Crossac à 8,7 % dans le secteur Saint-Gildas-des-Bois/Guenrouët.

Selon le recensement de la population, 32 % des 75 ans et plus vivent seules à leur domicile (38 % en Loire-Atlantique, 39 % en France), 21 % sont en EHPAD (13 % en Loire-Atlantique, 9 % en France), 4 % vivent dans une Communauté religieuse.

L'effectif des 75 ans et plus est passé de 1955 à 2 532 entre 1999 et 2009 (+ 29 %).

► Les personnes âgées de **85 ans et plus** représentent 2,2 % de la population du Pays de Pont-Château (2,2 % en Loire-Atlantique et 2,4 % en France). Leur effectif n'a pas augmenté entre 1999 et 2009 (673 habitants).

⁵⁶ Cette question fait l'objet d'un développement plus important dans le chapitre « coopération interprofessionnelle ».

⁵⁷ Indice de vieillissement : nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans

Fig. 39 - Effectif de la population âgée de 75 ans ou plus (2009)

Pays de Pont-Château - Saint-Gildas-des-Bois, Loire-Atlantique, Pays de la Loire, France

	Population	75 ans et +	% 75 ans et +	% 85 ans et +	75-79 ans	80-84 ans	85-89 ans	90-94 ans	95 ans et +
Missillac	6 843	574	8,4	2,1	240	189	93	35	17
Pont-Château	12 182	907	7,5	2,0	371	288	169	55	24
Guenrouët, Saint-Gildas-des-Bois	12 110	1052	8,7	2,3	444	327	189	71	21
TOTAL CC	31 135	2532	8,1	2,2	1 055	804	451	161	62
Loire-Atlantique	1 266 358	101 692	8,0	2,2	41 810	32 610	19 167	5 730	2 375
Pays de la Loire	3 539 048	321 407	9,1	2,5	130 713	102 350	61 443	18 688	8 214
France	62 465 709	5 515 244	8,8	2,4	2 255 888	1 749 619	1 052 261	322 088	135 388

Source : RP2009 (Insee)

► En 2010, 2,3 % des personnes âgées de 60 ans et plus bénéficient du **minimum vieillesse**. Ce taux est proche de la moyenne départementale (2,2 %) mais inférieur à la moyenne nationale (3,0 %).

LE TAUX DE BENEFICIAIRES DE L'APA EST SUPERIEUR DE 39 % PAR RAPPORT AU TAUX NATIONAL

► L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est la principale aide légale délivrée aux personnes âgées en perte d'autonomie. On dénombre au plan national 1,2 million de bénéficiaires de l'APA en 2011⁵⁸, pour 5,8 millions de personnes âgées de 75 ans ou plus : 733 000 bénéficiaires vivent à domicile (61 %) et 470 000 en institution (39 %).

Cela représente un ratio de 20,8 bénéficiaires de l'APA pour 100 personnes âgées de 75 ans et plus, indicateur qui témoigne de l'ampleur des besoins d'aides des personnes âgées dans leur vie quotidienne. Un peu moins de la moitié des bénéficiaires sont en GIR4 (44,5 %), groupe de dépendance le moins élevé, 20 % en GIR3, 26,6 % en GIR2 et 9 % en GIR1. Environ 109 000 personnes sont en GIR1, 17,4 % vivant à domicile.

Fig. 40 - Répartition des bénéficiaires de l'APA selon le lieu de vie, taux de bénéficiaires (2011)
France, Loire-Atlantique, Pays de Pont-Château - Saint-Gildas-des-Bois

	France	Loire-Atlantique	Pont-Château Saint-Gildas-des-Bois
Domicile	61 %	43 %	39 %
Etablissement	39 %	57 %	61 %
Total	100 %	100 %	100 %
Taux de bénéficiaires	21 %	19 %	29 %

Sources : Conseil général, Drees

⁵⁸ Suivi trimestriel APA de la Drees.

En Loire-Atlantique, 19 366 personnes perçoivent l'APA en 2011 : 10 990 résidant en établissement (56,7 %) et 8 376 résidant à domicile (43,3 %). Le taux de bénéficiaires (19 %) est proche du taux national.

► 732 personnes bénéficient de l'APA fin 2010 dans le Pays de Pont-Château : près de 61 % sont en établissement (446), et 39 % vivent dans un domicile indépendant (286).

Le taux de bénéficiaires (29 pour 100 personnes âgées de 75 ans et plus) est supérieur de 39 % au taux moyen national.

Comme on peut le constater dans le tableau ci-dessus (fig. 40), la proportion de bénéficiaires selon le lieu de vie est très différente en Loire-Atlantique (et à Pont-Château) en comparaison à la moyenne française. Alors qu'en France, la majorité des personnes âgées dépendantes vivent à leur domicile, on observe la proportion inverse dans le département, la majorité des bénéficiaires de l'APA vivant en institution. Ce constat est encore plus marqué à Pont-Château.

Cette singularité est à rapprocher du fort taux d'équipement en structure d'accueil pour personnes âgées.

► Au cours des trois dernières années, les services du Conseil général (délégation territoriale de Saint-Nazaire) ont reçu en moyenne 290 demandes d'APA à domicile chaque année, dont 58 % de premières demandes. Une demande sur trois est une demande de révision (à cause de l'évolution des besoins de la personne), et 9 % sont de simples renouvellements. 76 % des demandes ont fait l'objet d'un avis favorable.

LES SOINS D'HYGIENE

► Le dénombrement des personnes ayant bénéficié de soins d'hygiène est un autre indicateur pour appréhender l'importance des besoins d'aides des personnes âgées dépendantes dans le Pays de Pont-Château⁵⁹.

92 personnes ont bénéficié de l'intervention du SSIAD pour des soins d'hygiène en 2011, et 157 personnes ont bénéficié de soins d'hygiène réalisés par des infirmiers libéraux en 2010⁶⁰.

Les infirmiers prennent donc en charge un plus grand nombre de personnes mais vraisemblablement pour des périodes plus courtes que le SSIAD.

► Selon les résultats de l'enquête effectuée auprès des médecins généralistes du territoire, les praticiens prescrivent des toilettes aussi bien auprès du SSIAD

⁵⁹ Une définition plus précise des « soins d'hygiène » est effectuée dans le chapitre coopération interprofessionnelle.

⁶⁰ Le périmètre est un petit peu plus large que celui de la Communauté de communes (les cantons de Pont-Château et de Saint-Gildas-des-Bois). Par ailleurs, les actes cotés en AIS ne correspondent pas tous à des soins d'hygiène. Est ainsi cotée en AIS4 la prise de médicaments.

(91 % des généralistes), que des infirmiers libéraux (73 %), ou des aides à domicile (63 %) ⁶¹.

La collaboration des médecins généralistes avec le *SSIAD* est jugée « *très ou plutôt satisfaisante* » dans 92 % des cas.

UN TAUX D'EQUIPEMENT EN EHPAD SUPERIEUR DE 50 % A LA MOYENNE DEPARTEMENTALE

► Les EHPAD (établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes) ont trois sources de financement : le budget hébergement, qui est le plus important (supporté par les familles), le budget soins (financé par l'assurance maladie et décidé par l'ARS), et enfin le budget dépendance, à la charge du Conseil général.

Les tarifs journaliers des EHPAD étant compris entre 50 et 57 euros dans le Pays de Pont-Château, les dépenses d'hébergement représentent un budget mensuel pour le résident compris entre 1 500 et 1 710 euros, qui peut être majoré du ticket modérateur pour la partie financée par le Conseil général (environ 5 euros par jour). Lorsque ces dépenses sont trop lourdes pour le résident ou sa famille, celles-ci peuvent être prises en charge au titre de l'aide sociale (Conseil général).

Une *clé de répartition* fixe de manière forfaitaire la participation du Conseil général et de l'ARS : le poste de médecin coordinateur, les emplois d'infirmiers, ainsi que 70 % des postes d'aides-soignants ou d'AMP sont financés par le budget soins. Le budget « dépendance » couvre 30 % des postes d'aides-soignants ou d'AMP, et le poste de psychologue (Conseil général). Le poste de directeur et les dépenses d'hôtellerie sont à la charge du budget « hébergement ».

Les directeurs d'EHPAD signent tous les cinq ans une convention tripartite avec l'ARS et le Conseil général, avec un certain nombre d'objectifs de qualité à atteindre, qui détermine la part relative de ces trois budgets. Cette convention est basée notamment sur deux indicateurs, le GMP ⁶² (GIR moyen pondéré) et le Pathos (PMP, pathos moyen pondéré). Le GMP est un indicateur de mesure du niveau de dépendance moyen des résidents (à l'aide de la grille AGGIR) alors que le PMP évalue le niveau de besoins de soins des résidents, en complément.

Ce mode de tarification, dont la mise en place s'est effectuée pratiquement sur une dizaine d'années, a permis de renforcer les moyens en personnel soignant des EHPAD : médecin coordinateur ⁶³, infirmiers, aides-soignants.

⁶¹ Le total des réponses est supérieur à 100, un médecin généraliste pouvant prescrire selon les cas à différents professionnels.

⁶² GIR moyen pondéré, qui mesure le niveau de dépendance moyen des résidents, mesuré à l'aide de la grille AGGIR. Dans les établissements qui n'accueillent que des personnes très dépendantes (GIR1 et 2), le GMP est proche de 900.

⁶³ Chaque EHPAD emploie un médecin coordinateur, qui est en général un médecin généraliste libéral qualifié en gériatrie, chargé d'établir le projet de soins et de préparer l'admission des nouveaux résidents. Pour leurs soins courants, les résidents sont suivis par leur médecin traitant.

Dans la mesure où les personnes qui rentrent en établissement sont de plus en plus âgées, avec, souvent, une autonomie réduite, les EHPAD deviennent des structures de plus en plus « médicalisées ».

13 000 PLACES D'ACCUEIL DANS LE DEPARTEMENT

► Au plan national, on dénombre 586 000 places d'EHPAD et unités de soins de longue durée, ce qui correspond à un taux de 10,5 places pour 100 personnes âgées de 75 ans et plus. La Loire-Atlantique dispose de 13 000 places d'accueil pour personnes âgées dépendantes (EHPAD et USLD), soit un taux d'équipement de 16,5 places pour 100 personnes âgées de 75 ans et plus en 2005⁶⁴.

UN TAUX D'EQUIPEMENT SUPERIEUR DE 50 % A LA MOYENNE DEPARTEMENTALE

► Le Pays de Pont-Château dispose de sept EHPAD⁶⁵ qui ont une capacité globale d'accueil de 589 places d'hébergement permanent, ce qui correspond à un taux d'équipement de 23 places pour 100 personnes âgées de 75 ans et plus. Selon le schéma départemental, les Pays de « Pont-Château - Saint-Gildas-des-Bois » et « Loire et Sillon » disposent du plus fort taux d'équipement du département.

Fig. 41 - Structures d'accueil des personnes âgées dépendantes dans le Pays de Pont-Château - Saint-Gildas-des-Bois (début 2013)

Etablissements		Capacité d'accueil hébgt	Tarif journalier 2012	Aide sociale	Unités pour personne désorientées	GMP 2012	PMP ⁶⁶	Acc. de jour	Hébg. temp.
OUEST	Maison St-Charles (Missillac)	128	55,08	100 %	14 places en juillet 2013	646	173	-	-
	Les Ajoncs (Ste-Reine-de-Bretagne)*	54	51,86	100 %	15	534	125	-	1
CENTRE	La Châtaigneraie (Pont-Château)	95	52,72	100 %	15	598	127	2	3
	Le Prieuré (Pont-Château)	80	48,72	100 %	-	523	146	-	1
EST	Le chêne de la Cormière (Guenrouët)**	60	51,87	100 %	17	632	151	-	-
	La Sainte-Famille (St-Gildas-des-Bois)	85	56,76	100 %	-	651	141	-	-
	Michelle Guillaume (St-Gildas-des-Bois)***	87	50,35	100 %	9	545	135	-	3
Capacité totale EHPAD		589	-	100 %	56	-	-	2	8
Al'Fa Répit (accueil de jour)		-	30	-	-	-	-	10	-

*l'établissement gère également un foyer de vie pour personnes handicapées vieillissantes de 6 places.

**une extension est en cours de construction, pour porter la capacité de l'établissement à 80 places début 2014, dont une place en hébergement temporaire.

***établissement accueillant essentiellement des religieuses de la Communauté de Saint-Gildas-des-Bois.

⁶⁴ Schéma départemental 2011-2016.

⁶⁵ Etablissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes.

⁶⁶ Pathos moyen pondéré qui évalue le niveau de soins moyen dont ont besoin les résidents.

L'EHPAD Michelle Guillaume, installé à Saint-Gildas-des-Bois accueille majoritairement des religieuses de la congrégation de Saint-Gildas-des-Bois. Si l'on retire cet établissement de l'offre globale, la capacité totale d'accueil est alors de 502 places, soit un taux d'équipement qui reste très important de près de 20 places pour 100 personnes âgées.

Dans la mesure où le taux d'équipement de Cap Atlantique, CARENE est inférieur de moitié à celui des Communautés de communes Pont-Château/Loire et Sillon, un certain nombre de demandes non couvertes dans la zone nazairienne se tournent naturellement vers les zones les plus proches.

Par ailleurs, l'offre peut être « abondante » sur le plan quantitatif mais ne pas correspondre aux besoins de la population âgée.

► Malgré ce taux d'équipement élevé, l'établissement de soins de suite et de réadaptation de Bodio indique retarder des sorties de son établissement par l'absence de solutions en aval. Un certain nombre de professionnels de santé considèrent que le nombre de places en EHPAD est insuffisant.

En effet, avec la tarification en vigueur, un directeur d'EHPAD n'est pas incité à accueillir les résidents les plus dépendants. Son budget soins est en effet fixé en fonction du GMP et s'il doit remplacer un résident autonome qui décède par une personne très dépendante (GIR1 ou GIR2), il peut mettre en péril l'équilibre interne des collectifs de travail, à cause de la charge supplémentaire pour les personnels.

Les GMP des établissements implantés sur le territoire peuvent être considérés comme « peu élevés » et ne correspondent pas forcément aux besoins qui s'expriment aujourd'hui.

► L'ensemble de ces structures délivrent aux personnes âgées dépendantes une grande diversité de services :

- l'hébergement permanent qui est l'activité principale des EHPAD avec une prestation intégrée (hébergement+aides à l'autonomie+soins),
- l'accompagnement des personnes désorientées dans des unités spécialisées,
- l'hébergement temporaire,
- l'accueil de jour.

► Les EHPAD ne sont pas les seules formules d'accueil à destination de personnes âgées qui cherchent à vivre dans un environnement sécurisé. Différents projets d'habitat intermédiaire ont déjà vu le jour ou sont envisagés.

Le présent diagnostic n'ignore pas l'intérêt de ces structures. Toutefois, nous avons fait le choix de ne pas les intégrer dans cette réflexion, ces structures ne relevant pas d'une approche médico-sociale. La création de ces équipements peut naturellement s'inscrire plus largement dans un Plan local de l'habitat (PLH).

ACCUEIL DES PERSONNES DESORIENTEES

► La réforme de la tarification des EHPAD a également permis d'améliorer la prise en charge des personnes désorientées, et s'est traduite par la création de petites unités d'accueil spécialisées.

Cinq EHPAD dispose ainsi d'une unité de ce type dans le territoire, pour une capacité totale de 62 places, avec l'ouverture au milieu de l'année 2013, de 14 places à la Maison Saint-Charles de Missillac, ce qui représente près de 11 % des places d'hébergement.

Tous les établissements accueillent des personnes souffrant de démences mais elles ne disposent pas toutes d'unités spécialisées. La demande est forte dans ce domaine et les créations de places sont contingentées.

ACCUEIL DE JOUR

► L'accueil de jour permet d'accueillir, à la journée, des personnes, souvent désorientées, pour leur proposer des activités occupationnelles ou des soins, afin également d'offrir un peu de temps libre aux aidants ou à l'entourage.

Un seul EHPAD dispose de places d'accueil de jour, l'établissement de la Chataigneraie.

L'essentiel de l'offre repose sur une structure dédiée « Al' Fa Répit⁶⁷ », installée à Drefféac. Cette structure attire une clientèle qui va bien au-delà du territoire de Pont-Château. Parmi les 66 bénéficiaires en 2012 (pour 2 642 journées réalisées), un sur quatre était domicilié dans la Communauté de communes.

Comme les EHPAD, l'accueil de jour a une triple source de financement, pour l'hébergement à la journée, les soins et la dépendance. Par ailleurs, le prix de journée de l'établissement intègre les frais de transport.

Le fonctionnement de l'association repose sur une forte implication des bénévoles, estimée à près de 4 000 heures de participation. Un bénévole est présent chaque jour d'ouverture.

AIDE AUX AIDANTS

► L'association « Al' Fa Répit » anime également une plate-forme d'aide aux aidants, pour le nord-ouest du département, en réponse à un appel à projets de l'ARS (2011).

HEBERGEMENT TEMPORAIRE

► Il n'existe pas sur le territoire de structure dédiée à l'hébergement temporaire des personnes âgées dépendantes. En revanche, plusieurs établissements d'hébergement proposent quelques places destinées à des accueils temporaires : huit au total.

⁶⁷ Alzheimer Famille Répit

L'offre actuelle correspond-elle aux besoins du territoire ? Faut-il favoriser dans ce domaine quelques places réparties entre plusieurs établissements dont ce n'est pas l'activité principale, ou, au contraire, proposer une structure dédiée à cette activité très spécifique ?

SYNTHESE

ATOUTS

► Le Pays de Pont-Château a bénéficié du développement important de l'offre d'équipements et de services en faveur des personnes âgées dépendantes depuis une quinzaine d'années.

On dénombre près de 600 places d'accueil en EHPAD, ce qui correspond à un taux d'équipement de 23 places pour 100 personnes âgées de 75 ans et plus. 730 personnes bénéficient de l'APA, dont la majorité (61 %) vivent en établissement.

Les aides APA ont favorisé l'émergence d'une offre de services adaptée.

Grâce aux moyens nouveaux mobilisés, les EHPAD ont renforcé leurs équipes pour mieux répondre aux besoins d'accueil d'une clientèle de plus en plus dépendante, et les accueils se sont diversifiés : hébergement permanent ou temporaire, accueil de jour, unités spécialisées pour personnes souffrant de démences, hébergement temporaire...

Une unité spécialisée d'accueil de jour et une plate-forme d'aide aux aidants complètent ce dispositif. Le territoire bénéficie également de la présence d'un hôpital de jour de géronto-psychiatrie qui dépend du CHS de Blain.

Le partenariat de la psychiatrie avec les EHPAD est également à souligner.

SSIAD et infirmiers offrent des prestations complémentaires au domicile des personnes âgées dépendantes, pour des soins d'hygiène mais aussi pour des soins infirmiers plus techniques, même si ces actes de soins constituent une « zone grise » partagée entre plusieurs professions, avec des modes de financement différents.

Enfin, le CLIC répond depuis 2009 aux demandes d'information de la population.

FRAGILITES

► L'offre de structures d'hébergement est abondante, si l'on considère le nombre de places, mais ne correspond pas forcément aux besoins de la population. L'accueil de personnes autonomes en EHPAD s'effectue sans doute sans difficultés. Mais qu'en est-il de la prise en charge des personnes les plus dépendantes ?

► Malgré l'importance des services existants, il n'existe pas de structure d'hébergement temporaire dédiée. Or, ce type de services est complémentaire des structures d'hébergement et des services à domicile.

► Dans les EHPAD, la part la plus importante du prix de journée reste à la charge des familles, et bien des retraites ne permettent pas de couvrir ces frais, situation qui n'a rien de spécifique au Pays de Pont-Château.

PERSPECTIVES

► Les politiques en faveur des personnes âgées dépendantes sont décidées et mises en œuvre par le Conseil général de Loire-Atlantique et l'Agence régionale de santé. Les évolutions dans ce domaine s'inscrivent donc dans le cadre des

orientations décidées par ces deux institutions (Projet régional de santé, schéma gériatrique...). Des appels d'offres sont régulièrement publiés pour la mise en place de nouveaux dispositifs auxquels les acteurs du territoire peuvent répondre.

Le renouvellement des conventions tripartites (EHPAD/ARS/Conseil général) peut également être l'occasion de faire évoluer le contenu des projets des établissements.

L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES HANDICAPEES

LES DEMANDES REÇUES PAR LA MDPH

► La Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) est l'instance chargée de centraliser l'ensemble des demandes, de tous types, concernant l'accompagnement des personnes handicapées. La MDPH est un Groupement d'intérêt public, présidé par le président du Conseil général.

La MDPH évalue les demandes d'aides, les décisions relevant de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), qui siège en son sein.

Fig. 42 - Nombre de demandes et de décisions accordées par la MDPH de Loire-Atlantique en 2012
Pays de Pont-Château - Saint-Gildas-des-Bois, Loire-Atlantique

Type de demandes	Demandes	Accords
Aides individuelles		
AEEH	74	68
AAH	167	129
Aides humaines (AVS)	29	30
PCH, ACTP	127	82
Orientation vers des structures adaptées		
Orientation scolaire	22	20
Transport scolaire	29	30
Etablissement, service médico-social	110	97
Cartes		
Carte invalidité	197	89
Carte stationnement	130	93
Carte priorité	147	103
Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)	215	220
Reconversion professionnelle	313	251
TOTAL Communauté de communes	1 440	1 115
TOTAL Loire-Atlantique	78 573	75 129

Source : MDPH Loire-Atlantique

► Les MDPH traitent un nombre considérable de demandes au cours d'une année : près de 80 000 en 2012 pour l'ensemble du département. Une grande majorité de ces demandes reçoivent une réponse positive.

Ce volume très important de demandes est à rapporter au fait qu'un certain nombre de décisions de la MDPH sont revues annuellement, comme les aides humaines ou les orientations scolaires.

Le nombre de demandeurs « réels » est sensiblement moins élevé, une même personne pouvant effectuer plusieurs demandes simultanées pour une aide humaine, une carte d'invalidité... Selon les classes d'âge, le nombre de demandes par bénéficiaire est compris entre 2,2 et 2,6. A titre d'exemple, un enfant peut ainsi bénéficier d'une allocation (AEEH), d'une aide humaine (AVS), et de

l'accompagnement d'un service spécialisé (SESSAD). Il en est de même pour les adultes qui peuvent solliciter la MDPH pour une aide financière (AAH), et une aide à la compensation (prestation de compensation).

► Au cours des trois dernières années, la MDPH a reçu environ 1 300 demandes en moyenne chaque année pour l'ensemble des communes du Pays de Pont-Château pour 622 bénéficiaires distincts. Le nombre de demandes est en augmentation constante (comme au plan départemental), + 15 % entre 2010 et 2012.

Il faut noter le volume très important de demandes de « macarons » (474 en 2012) et de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (215 demandes RQTH en 2012) qui concernent, pour partie, des situations de reconversion professionnelle.

Fig. 43 - Evolution du nombre de demandeurs et de bénéficiaires entre 2010 et 2012 auprès de la MDPH Loire-Atlantique
Pays de Pont-Château - Saint-Gildas-des-Bois

	2010	2011	2012	Evolution 2010-2012
Demandeurs	594	672	651	+ 9,6 %
Bénéficiaires	595	644	627	+ 5,4 %

Source : MDPH Loire-Atlantique

LES ENFANTS HANDICAPES

► Les parents qui sont confrontés à des situations de handicap ne peuvent trouver sur le territoire de la Communauté de communes l'ensemble des réponses adaptées aux besoins de leur enfant, tant les situations sont diverses selon le type (handicap visuel, auditif, cognitif...) mais aussi la gravité de ce handicap.

Au sein du Pays de Pont-Château - Saint-Gildas-des-Bois, les parents doivent pouvoir cependant trouver les accompagnements nécessaires dans trois domaines :

- le diagnostic,
- la scolarisation,
- les aides.

LE DIAGNOSTIC

► Une des difficultés des parents qui découvrent dans les premières années de la vie les retards de développement de leur enfant, est de s'orienter dans l'organisation sanitaire et médico-sociale.

Sur le plan diagnostic, la population a recours aux spécialistes libéraux et hospitaliers. Les familles comme les professionnels de terrain peuvent s'appuyer également sur des centres ressources (CAMPS, centre de ressources autisme, maladies rares...) implantés dans les agglomérations nantaises ou nazairiennes.

Mais leurs prérogatives sont en général peu connues des professionnels de terrain⁶⁸.

► **Les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP)** ont pour objet le dépistage, la cure ambulatoire et la rééducation des enfants de premiers et deuxièmes âges qui présentent des déficits sensoriels, moteurs ou mentaux, en vue d'une adaptation sociale et éducative dans leur milieu naturel et avec la participation de celui-ci. Ils interviennent auprès d'enfants de 0 à 6 ans et de leurs familles pour le dépistage précoce des déficiences motrices, sensorielles ou mentales et exercent des actions préventives.

Ils peuvent être spécialisés ou polyvalents avec des sections spécialisées. Ils assurent également, soit au cours des consultations, soit à domicile, une guidance familiale dans les soins et l'éducation spécialisée requis par l'enfant.

► **Les Centres Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP)** assurent pour les enfants de 3 à 18 ans le dépistage et la rééducation de troubles neuro-psychologiques (difficultés psychomotrices, orthophoniques, troubles de l'apprentissage) ou de troubles du comportement susceptibles d'une thérapeutique médicale, d'une rééducation médico-psychologique ou d'une rééducation psychothérapeutique ou psycho-éducative.

► Le centre de **KERBUN** géré par l'APAJH à Saint-Nazaire accueille et accompagne dans son CAMSP et CMPP un certain nombre d'enfants et familles du territoire de la Communauté de communes, respectivement 15 enfants et 18 enfants en 2011.

Les enfants, et leurs familles se déplacent ou utilisent des taxis pour des prises en charges rééducatives qui peuvent comprendre parfois 3 séances par semaine. Ces déplacements génèrent parfois fatigue et mobilisation importante pour les enfants et leurs familles.

► **Le Centre Régional de Ressources pour la personne avec Autisme (CRERA)**

- reçoit pour des bilans approfondis des enfants, des adolescents et des adultes présentant un autisme/troubles envahissants du développement (TED)
- conseille les familles et leur présente les structures et professionnels accompagnant les personnes avec autisme/TED.

Le CRERA des Pays de la Loire est organisé autour de 2 sites, un accueil au CHU d'Angers pour les moins de 15 ans, un accueil à Sésame autisme à Saint-Herblain pour les plus de 15 ans.

Ce centre joue un rôle important, car le diagnostic précoce des difficultés de l'enfant et la mise en œuvre de solutions adaptées au plus tôt sont primordiales dans le développement des capacités de l'enfant.

⁶⁸ Constat recueilli lors de l'enquête auprès des médecins généralistes.

LA SCOLARISATION

► La scolarisation des enfants handicapés est un droit mis en exergue par la loi n° 2005-102 relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Cette loi pose comme principe la priorité donnée à une scolarisation en milieu dit « ordinaire », le recours aux établissements et services médico-sociaux étant considéré de façon subsidiaire.

Fig. 44 - Effectif d'enfants handicapés dans le Pays de Pont-Château - Saint-Gildas-des-Bois (2011-2012)

	Effectifs élèves scolarisés	Dont élèves en situation de handicap	% d'élèves handicapés
1 ^{er} degré	4 403	64	1,5 %
2 nd degré	2 578	50	1,9 %

Source : Rectorat de l'Académie de Nantes

► La loi confie aux Maisons départementale des personnes handicapées (MDPH), qui dépendent des Conseils généraux, la responsabilité d'accompagner le parcours de formation de l'élève. Les modalités de scolarisation d'un élève handicapé peuvent prendre des formes variées en application de son projet personnalisé de scolarisation. Cette scolarisation peut se dérouler dans des classes ordinaires, dans des classes d'inclusion scolaire (CLIS ou UPI) ou dans des unités d'enseignement des établissements et services médico-sociaux.

► D'après les données transmises par le Rectorat, environ 114 enfants en situation de handicap étaient scolarisés dans les établissements du premier et du second degré implantés sur la Communauté de communes, soit moins de 2 % des effectifs scolarisés.

► Pour les aider pendant leur scolarisation, les enfants peuvent bénéficier de l'aide d'un **auxiliaire de vie scolaire (AVS)**. Les demandes d'AVS sont adressées à la MDPH de Loire-Atlantique, installée au nord de Nantes (forum d'Orvault).⁶⁹

► Quels que soient les modalités de scolarisation retenues et les aménagements nécessaires à cette scolarisation, un **enseignant référent**⁷⁰ est désigné par l'Education nationale auprès de chaque élève handicapé afin d'assurer la permanence des relations avec l'élève, sa famille et l'équipe de suivi de la scolarisation. Pour le territoire de la Communauté de communes de Pont-Château - Saint-Gildas-des-Bois, l'enseignant référent est situé au collège Quéral de Pont-Château.

► Le territoire comporte des dispositifs adaptés : 2 CLIS pour le primaire et 1 ULIS pour l'enseignement secondaire. Une deuxième ULIS doit ouvrir en septembre 2014 au collège de la Fontaine à Missillac.

Les Classes d'intégration scolaire (CLIS) sont implantées dans des établissements scolaires du premier degré. Leur effectif est limité à 12 élèves. Les enseignants réalisent

⁶⁹ Il n'a pas été possible de rencontrer le médecin scolaire au moment de la réalisation du diagnostic.

⁷⁰ Une présentation détaillée de la fonction d'enseignant référent est effectuée dans le chapitre 5 « coopération interprofessionnelle ».

des adaptations pédagogiques spécifiques liées aux situations de handicap pour faciliter les apprentissages.

Les Unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS) sont des dispositifs collectifs du second degré, au sein desquels certains élèves handicapés se voient proposer une organisation pédagogique adaptée à leurs besoins spécifiques.

Fig. 45 - Classes d'intégration scolaire et unités pour l'inclusion scolaire (2011-2012)

		Commune	Établissement
Ecoles publiques	CLIS TFC - TFV	Pont-Château	Queral
Collèges et lycées	ULIS TFC	Pont-Château	Queral

TFC : troubles des fonctions cognitives ou mentales (dont les troubles spécifiques du langage écrit et de la parole) - TFV : troubles de la fonction visuelle

LES ETABLISSEMENTS ET SERVICES MEDICO-SOCIAUX 0-20 ANS

► Lorsque la scolarisation en milieu scolaire ordinaire ne répond pas aux besoins des enfants et adolescents, des établissements et services médico-sociaux mettent en œuvre des accompagnements adaptés. Ces établissements et services, publics ou privés, sont structurés pour répondre aux besoins spécifiques des enfants et adolescents handicapés.

Le territoire de Redon-Pont-Château-Saint-Gildas-des-Bois⁷¹ ne dispose d'aucun équipement, ni service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), ni institut spécialisé (IME, ITEP...).

Les enfants handicapés qui habitent dans la Communauté de communes sont donc orientés par la MDPH vers des structures extérieures, installées à Saint-Nazaire et à Blain en Loire-Atlantique, mais aussi à Redon (Ille-et-Vilaine).

Fig. 46- Taux d'équipement en établissements et services médicalisés pour enfants handicapés, pour 1 000 jeunes de 0 à 19 ans inclus par territoire en Loire-Atlantique

Territoire	Population 0/19 ans *	SESSAD	IME	ITEP	IEAP	IEM	CAFS	Total
Ancenis	16 273	1,23	10,75	0,00	0,00	0,00	0,98	12,97
Châteaubriant-Derval-Nozay	15 397	0,78	4,03	0,00	0,00	0,00	1,30	6,11
Divatte Sèvre Clisson	26 641	0,00	2,33	0,68	0,00	0,00	0,00	3,00
Guérande presque-île	15 295	3,53	6,28	2,42	2,29	1,63	0,00	16,15
Machecoul Grandlieu Legé	17 393	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Nantes métropole	157 900	5,03	2,41	1,24	0,44	1,63	0,41	11,17
Nord Ouest Nantes	30 433	1,15	1,38	1,81	0,00	0,00	0,00	4,34
Pays de Retz sud estuaire	19 743	2,58	7,39	0,51	0,00	0,00	0,00	10,48
Redon-Pontchâteau-St-Gildas-des-Bois	12 902	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,24	1,24
St-Nazaire estuaire	30 098	3,09	5,78	0,90	0,00	0,00	0,00	9,77
Loire-Atlantique	342 075	3,10	3,33	1,00	0,30	0,83	0,34	8,90
Pays de la Loire	937 347	3,41	3,78	0,82	0,31	0,44	0,23	8,98

Source : Offre médico-sociale à destination des personnes en situation de handicap dans la région Pays de la Loire en 2012, ARS Pays de la Loire

* RP2009 (Insee)

⁷¹ Ce territoire est composé des neuf communes de la Communauté de communes, ainsi que des huit communes suivantes : Avessac, Conquereuil, Guémené-Penfao, Fégréac, Massérac, Pierric, Plessé et Saint-Nicolas-de-Redon.

LES SERVICES D'EDUCATION SPECIALE ET DE SOINS A DOMICILE (SESSAD)

► Les SESSAD sont des équipes pluridisciplinaires qui apportent un soutien spécialisé aux enfants et adolescents dans leur milieu ordinaire de vie et d'éducation. Ils peuvent intervenir sur tous les lieux de vie de l'enfant et de l'adolescent, et notamment en milieu scolaire.

Fig. 47 - Liste des SESSAD auxquels accèdent les enfants handicapés du Pays de Pont-Château

Service	Public accueilli	Tranche d'âge	Commune
SESSAD Clémence Royer - APAJH	déficients intellectuels légers et moyens avec ou sans troubles associés	3 à 18 ans	SAINT-NAZAIRE
SSEFIS -Jean Jaurès APAJH	déficience auditive	3 à 14 ans	SAINT-NAZAIRE
SESSAD Lucien -Desmonts APEI	déficients intellectuels présentant un retard mental moyen, avec ou sans troubles associés	3 à 14 ans	SAINT-NAZAIRE
SAAIS des Hauts Thébaudières	déficience visuelle		VERTOU
SESSAD jeunesse et avenir	déficience intellectuelle troubles du comportement autisme	6 à 20 ans	GUERANDE NOZAY
SESSAD Marie Moreau	troubles du comportement déficience intellectuelle légère avec troubles associés	3 à 12 ans 12 à 20 ans	SAINT- NAZAIRE
SESSD la Clarté APF	déficiences motrices	0 à 20 ans	REDON

Les listes d'attente des enfants en SESSAD sont importantes, et même si les enfants disposent d'accompagnement par des AVS sur le temps de scolarisation, ils ne peuvent avoir recours aux soins proposés dans le cadre des SESSAD.

Par ailleurs, le fait de ne pas disposer d'antennes de ces services au sein de la Communauté de communes implique des déplacements fréquents pour les enfants. Ces déplacements sont couverts financièrement par l'assurance maladie mais cela génère des temps de transport parfois importants (près de 2h aller-retour par jour pour certains), de la fatigue, et un éloignement du lieu de socialisation naturelle de l'enfant dans son environnement de vie.

LES ETABLISSEMENTS SPECIALISES

► Les établissements spécialisés proposent une éducation et un enseignement spécialisés prenant en compte les aspects psychologiques et psychopathologiques ainsi que le recours à des techniques de rééducation. Ainsi, on distingue :

- les instituts médico-éducatifs (IME) qui accueillent les enfants et les adolescents atteints de troubles des fonctions cognitives,
- les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) qui accueillent les jeunes souffrant de troubles de la conduite et du comportement,
- les établissements pour polyhandicapés qui s'adressent aux enfants et adolescents présentant des handicaps complexes, à la fois mentaux et sensoriels et/ou moteurs,
- les instituts d'éducation sensorielle (handicaps auditifs et visuels) qui portent des noms variables,
- les établissements pour enfants et adolescents présentant un handicap moteur qui sont souvent appelés IEM (instituts d'éducation motrice).

Le territoire ne compte pas d'établissement médico-social pour enfants en situation de handicap et les enfants handicapés trouvent un accueil principalement dans les établissements suivants.

Fig. 48 - Liste des établissements médico-éducatifs auxquels accèdent les enfants handicapés du Pays de Pont-Château - Saint-Gildas-des-Bois

Etablissement	Public accueilli	Tranche d'âge	Commune
IME Marie Moreau	déficients intellectuels légers et moyens	12 à 20 ans	SAINT-NAZAIRE
Lucien Desmots APEI	déficients intellectuels présentant un retard mental moyen, sévère ou profond avec ou sans troubles associés	6 à 20 ans	SAINT-NAZAIRE
IME la Rive ADAPEI 35	adolescents présentant des troubles du comportement	6 à 20 ans	REDON
ITEP Marie Moreau	enfants présentant des troubles du comportement	6 à 14 ans	SAINT-NAZAIRE

LES AIDES

► La principale aide en faveur des enfants handicapés et de leur famille est l'allocation d'éducation aux enfants handicapés (AEEH).

Environ 70 personnes bénéficiaient de l'AEEH dans le Pays de Pont-Château en 2010 (régime général)⁷². Cela représente un ratio de neuf bénéficiaires pour mille jeunes de moins de 20 ans, qui n'est pas différent du ratio national. Cela signifie que les familles du Pays de Pont-Château accèdent au moins autant à cette prestation qu'en moyenne en France.

ROLE DES SOIGNANTS

► Une forte proportion de médecins du territoire souhaitent être mieux informée des aides apportées aux personnes en situation de handicap ou à leur famille, que ce soit en termes d'aides individuelles ou de centre-ressource (missions et fonctionnement).

LES ADULTES HANDICAPES

LES AIDES INDIVIDUELLES

► 168 personnes percevaient la prestation de compensation en 2011, et 17 l'allocation compensatrice tierce personne (ACTP).

Le taux de bénéficiaires de l'AAH est de 2,4 % (413 bénéficiaires), comme au plan national (2,3 %).

⁷² Le nombre de bénéficiaires de la MSA n'est pas connu : il est inférieur à 5.

LES ETABLISSEMENTS ET SERVICES POUR ADULTES HANDICAPES

- ▶ Pour l'offre d'accueil et d'hébergement pour les adultes en situation de handicap il faut distinguer :
 - l'offre médicalisée qui relève de la compétence de l'ARS (pour les SSIAD notamment) ou d'une double compétence, ARS et Conseil général (maison d'accueil spécialisée, foyer d'accueil médicalisé).
 - l'offre d'hébergement non médicalisée qui relève de la compétence exclusive du Conseil général (foyers de vie, foyers d'hébergement pour adultes travaillant en ESAT, services d'accompagnement à la vie sociale).

STRUCTURES « MEDICALISEES »

- ▶ Les maisons d'accueil spécialisées (MAS) et les foyers d'accueil médicalisés (FAM) assurent l'hébergement, les soins médicaux et paramédicaux, les aides à la vie courante et les soins d'entretien, des activités de vie sociale pour des adultes qui présentent une situation complexe de handicap avec altération de leurs capacités de décision et d'action dans les actes essentiels de la vie quotidienne.
- ▶ Les établissements et services d'aide par le travail (ESAT) proposent une activité à caractère professionnel, et offrent un soutien médico-social et éducatif et visent à favoriser un épanouissement personnel et une intégration sociale. Ces établissements relèvent de la compétence de l'ARS.
- ▶ Il n'existe pas d'hébergement médicalisé pour adultes handicapés sur le territoire de la Communauté de communes en 2011.

Toutefois, le foyer de la Madeleine à Pont-Château a reçu l'autorisation en mars 2012 pour ouvrir un foyer d'accueil médicalisé de 20 places, dont l'ouverture est programmée en juin 2014.

Concernant les établissements sous compétence de l'ARS, le territoire compte un ESAT de grande capacité (111 places).

Par ailleurs, le SSIAD de Pont-Château dispose d'une autorisation de 9 places pour personnes handicapées, en sus des places d'accueil pour personnes âgées dépendantes.

Fig. 49 - Taux d'équipement pour 1 000 habitants âgés de 20 à 59 ans (hors structures sous compétence exclusive des Conseils généraux)

Territoire	MAS	FAM	SAMSAH	SSIAD PH	TE Hors ESAT	ESAT	TE avec ESAT
Ancenis	1,70	0,00	0,00	0,41	2,11	3,95	6,07
Châteaubriant-Derval-Nozay	0,00	0,00	0,00	0,37	0,37	5,40	5,77
Divatte Sèvre Clisson	1,04	0,19	0,00	0,13	1,36	4,53	5,989
Guérande presque île	1,35	0,90	0,00	0,16	2,40	6,74	9,15
Machecoul Grandlieu Legé	0,67	0,32	0,00	0,35	1,33	1,87	3,20
Nantes métropole	0,59	0,34	0,19	0,14	1,26	2,74	4,00
Nord Ouest Nantes	2,10	1,82	0,00	0,31	4,23	3,75	7,97
Pays de Retz sud estuaire	2,97	7,59	0,00	0,28	10,85	2,57	13,42
Redon-Pont-Château St-Gildas-des-Bois	0,00	0,00	0,00	0,38	0,38	4,47	4,84
St Nazaire estuaire	0,00	0,00	0,00	0,17	0,17	3,50	3,67
Loire-Atlantique	0,87	0,81	0,09	0,20	1,97	3,39	5,36
Pays de la Loire	1,02	0,79	0,22	0,15	2,17	3,67	5,84
France	0,64	0,51	0,15	0,18	1,48	3,26	4,74

Source : Offre médico-sociale à destination des personnes en situation de handicap dans la région Pays de la Loire en 2012, ARS Pays de la Loire

STRUCTURES NON MEDICALISEES

► Contrairement à la situation en matière de structures médicalisées, le Pays de Pont-Château est plutôt bien pourvu en structures d'hébergement non médicalisées pour adultes handicapés (fig. 50).

Fig. 50 - Offre non médicalisée en faveur des adultes handicapés par territoire (financement exclusif Conseil général)

Territoire	Population 20/59 ans*	Foyer de vie	SAVS	Foyer d'hébergement	Total
Ancenis	29 338	2,73	0,89	0,92	4,53
Châteaubriant-Derval-Nozay	28 164	3,55	0,99	3,02	7,56
Divatte Sèvre Clisson	47 880	2,40	0,00	1,13	3,53
Guérande presque île	31 148	3,76	1,28	1,86	6,90
Machecoul Grandlieu Legé	31 543	1,81	0,00	0,63	2,44
Nantes métropole	315 186	1,23	1,26	1,04	3,54
Nord Ouest Nantes	52 310	3,75	0,97	1,36	6,08
Pays de Retz sud estuaire	37 008	5,94	0,00	0,68	6,62
Redon-Pont-Château St-Gildas-des-Bois	24 850	6,60	0,00	1,49	8,09
St Nazaire estuaire	59 477	0,50	1,38	1,03	2,91
Loire-Atlantique	656 903	2,23	0,95	1,17	4,35
Pays de la Loire	1 785 023	2,26	1,14	1,34	4,72

Source : Offre médico-sociale à destination des personnes en situation de handicap dans la région Pays de la Loire en 2012, ARS Pays de la Loire

* RP 2009 - Insee

Fig. 51 - Liste des foyers de vie et de foyers d'hébergement implantés sur la Communauté de communes de Pont-Château - Saint-Gildas-des-Bois

	Liste des établissements	Capacité d'accueil
OUEST	Foyer de vie "Les Ajoncs" (Sainte-Reine-de-Bretagne)	6
CENTRE	Foyer de vie La Madeleine (Pont-Château)*	91
	Foyer d'hébergement Coët Rozic (Pont-Château)	37
EST	Foyer de vie La Source (Saint-Gildas-des-Bois)	42
	Foyer de vie du Rouet (Guenrouët)	24

* L'établissement dispose d'une annexe à Missillac et d'une autre à Sainte-Reine-de-Bretagne.

► Les SAVS assurent des missions d'assistance ou un accompagnement pour tout ou partie des actes essentiels de l'existence, ainsi qu'un accompagnement social en milieu ouvert et un apprentissage à l'autonomie.

Aucun SAVS n'est implanté dans le Pays de Pont-Château. Il existe cependant des SAVS en proximité (le SAVS de Saint-Nazaire géré par l'APEI, et celui de Savenay).

SYNTHESE

ATOUTS

► Depuis 2005, l'organisation de l'accueil des enfants en situation de handicap en milieu scolaire a connu des adaptations importantes. Chaque enfant bénéficie de l'accompagnement d'un enseignant référent pour faciliter son parcours de scolarisation. Des auxiliaires de vie scolaire (AVS) apportent une aide concrète aux enseignants et aux enfants dans les classes. Des CLIS et des ULIS ont été créées pour un accueil adapté.

114 enfants en situation de handicap sont scolarisés dans les écoles de la Communauté de communes, soit un peu moins de 2 % des effectifs.

► Le Pays de Pont-Château dispose de plusieurs structures d'hébergement pour l'accueil de personnes adultes en situation de handicap. Le CHS de Blain (pôle Ouest) a développé un partenariat avec ces établissements.

FRAGILITES

► De manière générale, les besoins d'accompagnement des enfants ou des adultes handicapés sont relativement mal appréhendés. Cette méconnaissance s'explique notamment par l'extrême diversité des situations de handicap, selon l'âge, le type de handicap, la gravité des situations.

► L'une des fragilités du territoire est l'absence de structure de proximité pour l'accompagnement des enfants en situation de handicap.

PERSPECTIVES

► Le système d'information de la MDPH a connu des évolutions importantes au cours des dernières années qui pourraient faciliter une meilleure connaissance des besoins à l'échelle des territoires. Les statistiques du Rectorat sur la scolarisation des enfants handicapés peuvent également alimenter la réflexion dans ce domaine.

► Les politiques en faveur des personnes en situation de handicap sont décidées et mises en œuvre par le Conseil général de Loire-Atlantique et l'Agence régionale de santé. Les évolutions dans ce domaine s'inscrivent donc dans le cadre des orientations décidées par l'ARS et le Conseil général (Projet régional de santé, schéma départemental...). Des appels d'offres sont régulièrement publiés pour la mise en place de nouveaux dispositifs auxquels les acteurs du territoire peuvent répondre.

5 - LA COOPERATION INTERPROFESSIONNELLE

LE CHOC DES CULTURES

102

UNE PROBLEMATIQUE ANCIENNE

► Cet état des lieux témoigne de l'importance du nombre de professionnels intervenant auprès des personnes les plus fragiles, et en particulier auprès des personnes âgées dépendantes ou en situation de handicap : professionnels de santé libéraux, personnels soignants des établissements de santé ou des unités de soins, travailleurs sociaux, intervenants des services d'aides...

Pour le seul territoire de Pont-Château, huit groupes d'acteurs différents peuvent être identifiés, dont un certain nombre sont susceptibles d'intervenir simultanément auprès des mêmes patients :

- a. professionnels de santé libéraux, pharmaciens,
- b. établissements et services de soins : SSIAD, HAD, Bodio,
- c. services de prévention : Protection maternelle et infantile, médecine du travail, santé scolaire,
- d. équipes APA du Conseil général et de la MDPH, chargées de l'attribution et de la gestion des aides,
- e. assistants sociaux du Conseil général, de l'assurance maladie, et des caisses d'allocations familiales,
- f. établissements d'accueil de personnes âgées dépendantes, accueil de jour,
- g. services d'aides,
- h. foyers de vie et d'hébergement des personnes handicapées, services d'accompagnement, enseignant référent.

A lui seul, le premier groupe des intervenants libéraux représente plus de 130 personnes dans la Communauté de communes.

Dans la majorité des cas, « l'auto-régulation » et le simple ajustement entre les professionnels (et l'entourage) permettent de résoudre les problèmes les plus courants. Les enquêtes effectuées auprès des médecins généralistes et infirmiers libéraux dans le cadre de cette démarche, et plus généralement à l'occasion du Panel d'observation des conditions d'exercice en médecine générale, mettent en lumière l'importance des échanges entre professionnels. Grâce à leurs compétences, les professionnels possèdent une large autonomie et détiennent un pouvoir substantiel sur la réalisation de leur travail, pour coordonner leurs interventions par « ajustement mutuel »⁷³.

Mais qu'en est-il de la coopération autour des situations les plus difficiles lorsque plusieurs professionnels interviennent simultanément auprès de la même personne ?

⁷³ La coordination dans le champ sanitaire et social, Enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles - Centre de gestion des Mines Polytech - Marie-Aline Bloch. Fondation Paul Bonnetot - Février 2011, p.23.

► Dans ce domaine, Pierre DE HAAS, président de la fédération nationale des maisons et pôles de santé (FFMPS), distingue quatre niveaux de coopérations :

- la coordination informelle par ajustement mutuel,
- la coopération formalisée : des professionnels de terrain s'accordent pour coordonner leurs interventions autour de situations précises,
- la coopération protocolisée : les professionnels de santé mettent en œuvre en commun un protocole donné, établi par une autorité scientifique (HAS par exemple), ou dans le cadre d'un accord contractualisé avec l'assurance maladie ou l'Agence régionale de santé,
- le modèle ESPREC (Equipe de Soins de Premier REcours en suivi de cas Complexe) qui vise à répondre aux besoins de coordination des cas complexes avec la désignation d'un « référent », sur le modèle des « case manager ».

► La question n'est pas nouvelle puisqu'elle était déjà pointée dans le rapport « Laroque », il y a cinquante ans, qui soulignait la nécessité d'une meilleure intégration des soins et des services sociaux⁷⁴.

« Des services d'aide médicale à domicile devraient être organisés très largement au profit plus spécialement des personnes âgées :

- *sous la forme d'abord de l'hospitalisation à domicile prolongeant l'action de l'hôpital à l'égard de la personne âgée revenue dans son cadre habituel,*
- *sous la forme aussi de services de soins à domicile assurés à partir de centres publics et privés et au moyen tant de médecins que d'infirmières et d'assistantes sociales.*
- *La coordination de ces services avec celui de l'aide ménagère et, plus généralement, avec l'ensemble de l'action sociale au profit des personnes âgées devrait être confiée aux organes locaux et départementaux dont la commission a préconisé la création. »* (extrait du rapport Laroque).

Pour engager ce rapprochement, les initiatives se sont alors multipliées. Dans de nombreux cas, de nouveaux dispositifs ont été mis en place sans que l'on redéfinisse au préalable les prérogatives du dispositif précédent maintenu sur le terrain.

► Plus généralement, la coopération interprofessionnelle se heurte à un certain nombre de difficultés qu'il est essentiel d'identifier pour dépasser les clivages existants :

- concilier les « emplois du temps »,
- les zones grises,
- les identités professionnelles.

⁷⁴ La commission d'études des problèmes de la vieillesse, présidée par Pierre Laroque, a élaboré un rapport resté célèbre « Politique de la vieillesse », édité en 1962. A cette époque, l'effectif des 75 ans et plus était de près de 2 millions, contre 5,5 millions aujourd'hui.

CONCILIER LES « EMPLOIS DU TEMPS »

► Un problème récurrent rencontré par les CLIC est la difficulté à associer les professionnels de santé libéraux à leurs activités. « *On invite les libéraux aux réunions mais ils ne viennent pas* »... fait remarquer un intervenant pendant les réunions préparatoires au diagnostic.

Il est ainsi difficile de mobiliser les professionnels de santé libéraux pour des réunions de coordination autour de situations individuelles mais aussi pour s'impliquer dans de nouveaux projets (maisons de santé pluriprofessionnelles par exemple) qui nécessitent de longues réunions de préparation en sus du temps professionnel.

Ces difficultés, qui n'ont rien de spécifique au territoire de Pont-Château, se heurtent à des problèmes d'emplois du temps et de revenus.

Selon le Panel d'observation des conditions d'exercice en médecine générale, la durée de travail hebdomadaire d'un médecin généraliste est de 57 heures au plan régional. Une forte proportion d'entre eux finissent leur journée de travail au-delà de 20 heures. 10 % des médecins généralistes déclarent travailler 71 heures ou plus par semaine.

Les infirmiers interrogés dans le cadre du diagnostic ont tous déclaré avoir travaillé au moins un dimanche au cours du mois de janvier 2013.

Par ailleurs, les professionnels de santé libéraux sont rémunérés « à l'acte », et un intervenant libéral qui vient à une réunion n'est pas indemnisé pendant cette absence. Aller à une réunion, c'est une perte de revenus. Ce n'est pas le cas pour le salarié.

Pour contourner cet obstacle dans le domaine de la cancérologie, la participation des médecins libéraux aux réunions de coordination pluridisciplinaire (RCP) qui rassemblent les différents professionnels de santé impliqués dans la prise en charge d'une personne avec un cancer est indemnisée.

LES ZONES GRISES

► La coopération entre les acteurs se heurte parfois également au fait que certaines activités, considérées comme « *zones grises*⁷⁵ », sont partagées entre plusieurs professionnels. C'est le cas en particulier des soins d'hygiène, aussi appelées « toilettes ».

La toilette est considérée par beaucoup de professionnels du secteur gérontologique comme un « marqueur » de la dépendance. En effet, le fait de « *renoncer* » à effectuer soi-même cet acte intime (laver son corps), et à « *déléguer* » cette tâche (deux fois par jour, sept jours sur sept) à un professionnel (ou à l'entourage) « *signe* » la perte d'autonomie, situation qui est souvent associée à d'autres limitations d'activités mentales ou cognitives.

⁷⁵ Référence bibliographique.

Trois types de professionnels effectuent des toilettes auprès des personnes âgées ou handicapées : les infirmiers libéraux (avec une cotation de l'assurance maladie spécifique⁷⁶), les aides-soignants des Services de soins infirmiers à domicile, et les aides à domicile (la « toilette » fait partie du décret de compétences des auxiliaires de vie sociale).

Certes, ces professionnels qui n'ont pas le même niveau de qualification rendent un service différent lorsqu'ils effectuent cet acte, qui peut être accompagné de soins plus techniques. Mais, sur le terrain, en fonction des situations locales, les trois modes d'intervention coexistent.

L'accès à l'une ou l'autre filière s'effectue en fonction de la connaissance des familles, des informations délivrées par les professionnels de terrain... et de la plus ou moins grande disponibilité des intervenants de terrain. Lorsqu'il n'y a plus de place en SSIAD, les patients peuvent se retourner vers les infirmiers libéraux... qui n'effectuent pas tous des toilettes. Les médecins « prescrivent » également l'intervention des aides à domicile. Comme l'a fait remarquer un intervenant de terrain lors de la préparation du diagnostic local de santé de Pont-Château « *on bricole...* ».

La situation paraît d'autant plus inégalitaire que le coût supporté par le patient varie selon le type d'intervenants. Lorsque les soins sont effectués par un infirmier libéral ou des aides-soignants du SSIAD pour des patients en affection longue durée (ALD), les soins sont couverts à 100 % par l'assurance maladie, sans avance de frais. Lorsque ces aides sont délivrées par des aides à domicile, le Conseil général couvre une partie de la dépense dans le cadre de l'APA, en fonction du revenu du demandeur.

LES IDENTITES PROFESSIONNELLES

► La coopération interprofessionnelle se heurte aussi au « choc » des cultures avec des professionnels qui ont des identités « métiers » fortes.

Coopérer autour d'un patient nécessite de connaître l'autre, de partager parfois des informations confidentielles (secret professionnel), de dévoiler éventuellement sa pratique, de clarifier les rôles de chacun... avec des professionnels qui n'ont ni la même formation, ni les mêmes modes de rémunération, ni le même niveau de revenus.

La formation initiale ne prépare pas au choc des cultures et des identités métiers, qu'il est nécessaire pourtant de dépasser pour organiser une coopération effective quand différents professionnels interviennent simultanément auprès de la même personne.

⁷⁶ Les soins d'hygiène sont cotés AIS3, soit 7,95 euros +2,3 euros pour le déplacement. Les toilettes plus importantes sont cotées le double. Le dimanche, les soins sont majorés de 8€.

COORDINATION GERONTOLOGIQUE : UNE RESPONSABILITE DEPARTEMENTALE...

► D'après le code de l'action sociale et des familles, la politique de coordination gérontologique dépend des Conseils généraux, qui autorisent et financent (partiellement) les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) qui couvrent le territoire.

Le département définit et met en œuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées. Il coordonne, dans le cadre du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale..., les actions menées par les différents intervenants, définit des secteurs géographiques d'intervention et détermine les modalités d'information du public. Le département met en œuvre ces compétences... en s'appuyant notamment sur les CLIC... Le département veille à la cohérence des actions respectives des CLIC, des équipes médico-sociales APA... et des établissements et services impliqués dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

(Article L113-2 code de l'action sociale et des familles).

Les CLIC ont été créés au début des années 2000, pour répondre aux besoins de coordination à l'échelle locale.

Potentiellement, les missions des CLIC peuvent être très étendues, qui reposent sur des savoir-faire différents :

- l'information du public,
- l'action individuelle, pour la réponse aux demandes d'aide et de soutien
- la mise en réseau des acteurs,
- l'organisation d'actions collectives auprès de la population (prévention du vieillissement...),
- l'observation (analyse des besoins de la population).

Selon les territoires, les CLIC répondent à des missions différentes, en fonction de leur cahier des charges et des moyens qui leur sont alloués. Les CLIC ont en général un double financement, du Conseil général, des communes dans lesquelles ils sont installés, ainsi que des caisses de retraite (CARSAT...).

► Toutefois, les départements ne disposent pas de tous les leviers d'action dans ce domaine dans la mesure où l'organisation des soins relève de l'ARS.

► D'autres initiatives ont ainsi vu le jour en matière de coordination gérontologique comme les réseaux gérontologiques financés par l'assurance maladie (relativement peu nombreux) et, plus récemment, les MAIA nées dans le cadre des plans Alzheimer.

L'article L.113-3 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), est ainsi rédigé.

Les institutions et les professionnels de santé intervenant dans le secteur social, médico-social et sanitaire, sur un même territoire, auprès des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ou en perte d'autonomie coordonnent leurs activités au sein de maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer.

UN ENSEIGNANT REFERENT ACCOMPAGNE LA SCOLARISATION DES ENFANTS HANDICAPES

► Un modèle de coopération interprofessionnel original a vu le jour dans le domaine du handicap de l'enfant, suite à la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées⁷⁷.

Chaque enfant en situation de handicap bénéficie de l'accompagnement d'un enseignant référent, personne-ressource de l'Éducation nationale chargée de le suivre tout au long de son parcours scolaire, qui est en général affecté dans l'une des écoles ou l'un des établissements scolaires de son secteur d'intervention.

L'enseignant référent "intervient après décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH)", qui siège au sein de la Maison départementale des personnes handicapées. Il est l'interlocuteur privilégié de l'enfant et de sa famille, quel que soit le lieu de scolarisation (dans une classe, à domicile, en milieu hospitalier, dans un établissement médico-éducatif...).

► L'enseignant référent a également la possibilité de réunir **l'équipe de suivi de scolarisation**, si nécessaire, qui a été instituée par la loi de 2005 également, afin de faciliter la coopération entre les différents intervenants aussi bien éducatifs que sociaux ou sanitaires.

► Les premiers enseignants référents ont pris leur fonction à la rentrée scolaire 2006-2007. A la rentrée 2011, l'Académie de Nantes compte 79 enseignants référents sur l'ensemble de la région (dont un tiers en Loire-Atlantique), chacun pouvant suivre en moyenne près de 200 élèves handicapés⁷⁸.

LA SITUATION DANS LE PAYS DE PONT-CHATEAU

LES ORIENTATIONS DU SCHEMA DEPARTEMENTAL

► Le Conseil général de Loire-Atlantique apporte un soutien significatif au fonctionnement des CLIC du département, avec 19 centres financés en 2012, dont l'action est mutualisée au sein d'un groupe de travail départemental.

Lors du dernier schéma gérontologique (2011), le Conseil général a réaffirmé son investissement dans ce domaine, et la nécessité de renforcer la coordination des acteurs par les CLIC, et plus généralement, l'animation du réseau gérontologique.

L'élaboration d'un référentiel qualité est envisagée.

⁷⁷ Décret n° 2005-1752 du 30 décembre 2005.

⁷⁸ Source : Rectorat d'académie

LE CLIC DE PONT-CHATEAU

ORGANISATION

► Le CLIC de Pont-Château - Saint-Gildas-des-Bois a été mis en place assez récemment, en septembre 2009, à l'initiative du Conseil général et de la Communauté de communes.

Il est organisé sous forme d'une *association loi 1901*, et est présidé par le maire de Pont-Château. Son conseil d'administration comporte des élus, des professionnels de santé libéraux, des EHPAD, des représentants des usagers... Le Conseil général n'y est pas représenté.

Depuis 2013, son *périmètre* d'intervention a été élargi à la Communauté de communes « Loire et Sillon », ce qui a entraîné un élargissement de son conseil d'administration⁷⁹ à des représentants de ce Pays.

MISSIONS

► Un **contrat d'objectif** a été signé entre le CLIC et le Conseil général pour la période 2011-2013, qui détermine ses principales orientations. Son contenu va être renégocié en 2013 pour la période 2014-2016.

La principale mission du CLIC est de proposer un lieu d'accueil et d'écoute où les personnes peuvent exposer leurs inquiétudes, obtenir des informations, des conseils sur les aides possibles et les dossiers à constituer : aides financières, amélioration de l'habitat... sur les services existants (aides à domicile, téléalarme, portage des repas, aides matérielles), les établissements, accueils de jour... afin d'orienter les personnes vers les réponses appropriées.

Le CLIC se rend également au domicile des personnes pour évaluer leurs besoins d'aides et les aider dans leurs démarches pour constituer des dossiers de demandes.

Le CLIC est *ouvert au public* du lundi au vendredi, de 9h à 12h. L'après-midi est réservée aux visites à domicile. 230 personnes ont été vues au CLIC en 2011, auxquelles il faut ajouter 270 visites à domicile.

MOYENS

► Le CLIC emploie trois personnes en 2013 (2,4 ETP), une personne supplémentaire ayant été recrutée suite à l'extension de son périmètre d'intervention.

⁷⁹ Président : Bernard CLOUET, Vice-président : Frédéric MARAVAL (médecin), Communauté de communes de Savenay : Mr CHAUVEAU et Mme MASSONNET, Trésorier : Joseph-Marie BERTON (directeur de maison de retraite), Secrétaire : Marie-France SALLIOT (usager), Autres membres : Patricia BERTIN, Christine LELIEVRE, Philippe BELLLOT, Sylvain ROBERT (élus), Thierry BOUARD (pharmacien), Theresa Royer (infirmière), Martine REGARDIN (podologue), Monique MAZERY (ADMR), Jacqueline CORBILLE (SSIAD), Evelyne DUFOUR-FREMIN (directrice Bodio), Jeannine THOBY (usager UDAF), Charles ROGER (usager AROPA) et Joseph PECOT (usager).

Son financement est partagé entre le Conseil général (50 %), la Communauté de communes (40 %) et les caisses de retraite (CARSAT, MSA), 10 %, pour un budget total d'environ 100 000 euros par an.

PARTENARIAT, COMMUNICATION

► De manière générale, le CLIC est bien repéré par les différents acteurs, notamment par les médecins généralistes. En revanche, la collaboration est jugée moins satisfaisante avec les infirmiers libéraux, qui ont peu de contacts avec lui.

Le CLIC dispose d'une page d'information sur le *site internet* de la Communauté de communes.

LES OUTILS COOPERATIFS

► Le développement de la coopération interprofessionnelle passe par la diffusion d'outils dits « coopératifs » permettant de faciliter les échanges entre professionnels.

Six types d'outils susceptibles de faciliter ces échanges ont été identifiés :

- évaluations des besoins d'aide et de compensation,
- fiches de liaison au domicile,
- réunions de coordination autour de cas complexes,
- MAIA,
- démarche de soins infirmiers,
- préparation des admissions et des retours à domicile après une hospitalisation.

EVALUATIONS DES BESOINS D'AIDE ET DE COMPENSATION

► L'attribution d'une aide (aide à la scolarisation, aide financière, prestation de compensation, APA...) marque le plus souvent le point de départ d'une prise en charge, ou constitue une étape importante dans le parcours social et médicosocial de la personne.

A cette occasion, des contacts sont noués entre les équipes APA et MDPH du Conseil général et les professionnels de terrain (certificats médicaux pour les médecins généralistes), au moment de la constitution du dossier de demande, pour la décision et la définition du plan d'aide, puis pour le suivi de la personne.

L'attribution de ces aides obéit à un parcours administratif distinct pour les personnes âgées dépendantes (délégation territoriale de Saint-Nazaire du Conseil général), et pour les personnes handicapées (maison départementale des personnes handicapées).

Les travaux préparatoires au Diagnostic local de santé ont montré que ces circuits administratifs étaient mal connus des professionnels. Une plus grande **formalisation** pourrait permettre aux différents professionnels de mieux situer leur rôle aux différentes étapes de ce suivi (avant, pendant, après). La question

du retour d'information aux professionnels qui ont contribué à l'évaluation des besoins doit également être prise en compte.

FICHES DE LIAISON AU DOMICILE

► Un *groupe de travail* a été constitué au sein de la délégation territoriale de Saint-Nazaire du Conseil général, à l'initiative du CLIC de Guérande, pour concevoir une fiche de liaison renseignée par les différents intervenants au domicile. Ce document doit permettre aux professionnels ainsi qu'à l'entourage de disposer des coordonnées et du planning de passage au domicile de chacun d'entre eux.

Les professionnels de santé libéraux ont été invités à s'associer à cette démarche mais ne font pas partie pour le moment du groupe de travail.

Plusieurs services d'aide (ADMR, ADAR...) du Pays de Pont-Château ont déjà instauré un outil similaire, plutôt à un usage interne. Chaque association utilise pour le moment son propre modèle.

Les infirmiers libéraux, comme les médecins généralistes déclarent renseigner en général ces documents lorsqu'ils existent.

REUNIONS DE COORDINATION AUTOUR DES CAS COMPLEXES

► La prise en charge des personnes âgées dépendantes ne relève pas, dans la grande majorité des cas, d'une coordination institutionnelle. Les situations les plus courantes trouvent une réponse à travers les liens directs qui se nouent entre la famille, l'entourage et les professionnels, qui se coordonnent par « ajustement mutuel ».

En revanche, pour certaines situations *complexes*, la « bonne volonté » ne suffit plus et une coordination plus formalisée est nécessaire. C'est le cas en général quand l'entourage est défaillant, ou pour des problèmes sanitaires et sociaux lourds et cumulés.

Dans certains territoires, le CLIC organise ainsi des réunions de coordination autour de cas individuels avec les intervenants libéraux et salariés. L'organisation de ce type de réunions soulève toutefois la question de la disponibilité et du temps d'indemnisation et de la disponibilité des professionnels de santé libéraux et des aides à domicile.

Ce type d'initiative n'a pas été institué dans la Communauté de communes.

MAIA

► La création des MAIA est une des mesures du Plan Alzheimer. Initialement présentées comme des « maisons » dans ce plan, le projet initial des MAIA a évolué. Après deux années d'expérimentation, les MAIA ont commencé à se déployer à partir de 2011.

Les MAIA visent à développer un réseau intégré de partenaires pour les soins, les aides et l'accompagnement des malades qui vivent à domicile, avec une logique de « gestionnaire de cas ». Les maisons pour l'autonomie sont financées par les ARS, qui planifient leur implantation par le biais d'appel d'offres. Un cahier des charges a été élaboré au plan national⁸⁰.

Une MAIA est en cours de déploiement dans le territoire de la délégation de Saint-Nazaire du Conseil général.

La mise en place de ce nouveau dispositif nécessite toutefois de redéfinir au préalable les missions des autres acteurs sur le terrain, et en particulier celles du CLIC et de la plate-forme d'aide aux aidants qui sont financés par le Conseil général et par l'ARS pour des missions ayant des liens étroits avec celles de la MAIA.

DEMARCHE DE SOINS INFIRMIERS

► La convention entre l'assurance maladie et les syndicats d'infirmiers libéraux a institué une rémunération spécifique en matière de coordination des soins auprès des personnes âgées dépendantes, la *démarche de soins infirmiers (DSI)*.

La DSI vise à offrir aux patients en situation de dépendance un programme de soins personnalisés définis par l'infirmière libérale, réalisé en étroite collaboration avec le médecin traitant.

Ce programme est établi après un bilan des besoins du patient et de son environnement qui est transmis au médecin traitant qui le valide.

Avec la DSI, la surveillance clinique et la prévention sont reconnues comme des actes à part entière (progrès de la mobilité, prévention, conseils de régime alimentaire...).

Lorsque le patient ne nécessite pas de soins infirmiers, mais plutôt une aide à la vie quotidienne (habillage, toilette, etc.), l'infirmier accompagne la personne et son entourage dans leur recherche d'une aide à domicile et veille à ce que la solution trouvée soit adaptée⁸¹.

Depuis son lancement, cet acte est peu prescrit par les médecins généralistes.

PREPARATION DES ADMISSIONS ET DES RETOURS A DOMICILE APRES UNE HOSPITALISATION

⁸⁰ Bulletin officiel Santé, Protection sociale et Solidarité n°2011/10 du 15 novembre 2011

⁸¹ Source : Caisse nationale d'assurance maladie.

► Etant donné le raccourcissement des durées de séjour, la préparation des retours à domicile est une question primordiale pour les personnes les plus fragiles.

Plusieurs professionnels du domicile ont témoigné d'un dialogue insuffisant avec les services hospitaliers pour préparer ces retours. Certains services hospitaliers indiquent qu'ils reçoivent des patients, sans dossier d'admission du médecin traitant.

On ne dispose en réalité d'aucun bilan qualitatif des échanges entre les services hospitaliers et les intervenants du domicile. L'enjeu est pourtant considérable : plus de 1 500 hospitalisations dans un service de court séjour de personnes de plus de 75 ans habitant la Communauté de communes ont lieu chaque année. Une hospitalisation sur deux est prise en charge au centre hospitalier de Saint-Nazaire.

SYNTHESE

ATOUTS

- ▶ En matière de coopération interprofessionnelle, le Pays de Pont-Château dispose d'atouts importants.
- ▶ L'intercommunalité est aujourd'hui une réalité, bien identifiée par les professionnels. La légitimité de l'implication de la Communauté de communes dans ce domaine est renforcée par l'instauration des Territoires de santé de proximité (TSP)⁸² au sein desquels seront organisées et évaluées les actions visant à améliorer le parcours de soins du patient, et notamment des patients âgés.
- ▶ Dans la grande majorité des cas, la coopération et les échanges entre professionnels « fonctionnent » pour gérer les situations courantes.
- ▶ Un CLIC organise depuis 2009 l'évaluation des situations individuelles et un rapprochement des acteurs.

FRAGILITES

- ▶ Le diagnostic fait apparaître une méconnaissance relative des acteurs. Des pratiques innovantes connaissent une diffusion limitée alors qu'elles pourraient bénéficier de plus amples développements (éducation thérapeutique par exemple). De manière générale, les outils coopératifs sont peu développés.

FREINS

- ▶ Le frein le plus important pour favoriser la coopération interprofessionnelle est la difficulté à concilier les emplois du temps, et les incompréhensions qui naissent parfois à cause de l'incompatibilité des agendas (entre libéraux et salariés par exemple).
- ▶ Certains champs professionnels se recoupent et les limites d'interventions des différents professionnels ne sont pas toujours parfaitement définies.
- ▶ Deux sources de financement différentes sont mobilisées (assurance maladie, conseils généraux), avec des circuits de décision propres.

⁸² La communauté de communes de Pont-Château - Saint-Gildas-des-Bois a été retenue comme Territoire de santé de proximité par l'ARS.

AXES STRATEGIQUES

Suite à ce diagnostic détaillé, l'Observatoire régional de la santé propose un certain nombre d'axes stratégiques afin de poursuivre le développement de l'offre de soins et de répondre aux besoins de la population en matière de santé et d'accompagnement des personnes âgées ou en situation de handicap, à l'échelle de la Communauté de communes.

FAVORISER LE DEVELOPPEMENT DE L'OFFRE DE SOINS DE PREMIER RECOURS

Par la constitution d'un Pôle santé⁸³ entre les professionnels de santé du territoire

► Pour renforcer l'attractivité du Pays de Pont-Château et faciliter l'installation de jeunes praticiens, la priorité est de constituer un Pôle santé interprofessionnel. Le Pôle santé interprofessionnel rassemble des professionnels de santé exerçant aussi bien en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP⁸⁴) qu'en cabinet de groupe mono professionnel, en exercice individuel, ou en officine (pharmaciens), afin de développer en commun des actions de coopération interprofessionnelle : accueil des professionnels de santé en formation initiale, actions de formation continue communes à plusieurs professions, protocoles de coopération interprofessionnels, actions de prévention et d'éducation thérapeutique, organisation d'une réponse coordonnée en cas de crise sanitaire, partenariats avec les autres acteurs du territoire...

Un espace collaboratif (site internet) pourrait être créé, afin de mettre à disposition des membres du Pôle un annuaire de l'ensemble des intervenants sanitaires et sociaux du territoire, et différentes informations susceptibles d'être partagées entre professionnels (organisation de la permanence des soins, heures d'ouverture des cabinets, notamment pendant les congés, documents de liaison partagés...).

La constitution du Pôle peut également contribuer à améliorer les circuits d'information entre les professionnels de santé libéraux et ceux du Conseil général pour l'attribution des aides publiques.

En confortant les regroupements de médecins généralistes dans les communes où des cabinets de groupe sont déjà installés

► Seule l'organisation en groupe, associant plusieurs professionnels de santé, permet de garantir la continuité des soins aux patients, tout au long de l'année.

⁸³ Selon le Code de la santé publique, les Pôles santé sont « constitués entre des professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale » (L. 6323-4).

⁸⁴ Selon le Code de la santé publique, les « Maisons de santé sont constitués entre des professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux... Les professionnels médicaux et auxiliaires médicaux exerçant dans une maison de santé élaborent un projet de santé, témoignant d'un exercice coordonné et conforme aux orientations du schéma d'organisation des soins de l'ARS. Tout membre de la maison de santé adhère à ce projet de santé. Celui-ci est transmis pour information à l'agence régionale de santé. (L.6323-3).

Dans ce contexte, il est prioritaire de conforter les cabinets de groupe en médecine générale existants, à Pont-Château, Missillac, Saint-Gildas-des-Bois et Guenrouët, en lien avec des cabinets secondaires à Sainte-Reine-de-Bretagne et Sainte-Anne-sur-Brivet.

Parallèlement, il est nécessaire de maintenir une offre de soins de premier recours sur l'ensemble de la communauté de communes, avec l'implantation de cabinets infirmiers, de masseurs-kinésithérapeutes...

► La profession de chirurgien-dentiste est celle qui connaît l'évolution démographique la plus préoccupante. Les regroupements de professionnels de santé envisagés devront contribuer à conforter l'offre de soins existante.

Tout en essayant de contribuer au développement de l'offre de soins de second recours

► L'existence d'une offre de soins de second recours (cardiologie, psychiatrie, gynécologie médicale...) contribue à l'attractivité du territoire pour les professionnels de santé comme pour la population. Les différents acteurs doivent s'employer à développer l'offre existante.

POURUIVRE LE DEVELOPPEMENT DE LA COOPERATION INTERPROFESSIONNELLE, EN Y ASSOCIANT TOUS LES PROFESSIONNELS CONCERNES

► La coopération interprofessionnelle doit s'amplifier, notamment par la conception et la diffusion d'outils de coopération partagés entre professionnels de santé libéraux, intervenants sociaux, établissements de santé, dans le respect des règles déontologiques et de protection des libertés individuelles : messagerie sécurisée, fiche de liaison au domicile, fiches de liaison EHPAD-établissements de santé, fiche de liaison établissements de santé-domicile...

CONDUIRE DES ACTIONS DE SANTE REpondant AUX BESOINS DE SANTE DE LA POPULATION

► Le diagnostic local de santé a permis d'identifier des problématiques de santé spécifiques à la population du territoire. Des actions de prévention et d'éducation pour la santé pourront être conduites à l'initiative des professionnels de santé, dans le cadre du Pôle santé notamment, par la Communauté de communes (dans le cadre d'un contrat local de santé signé avec l'ARS) et/ou par les autres acteurs de santé.

**Communauté de communes
Pays de Pont-Château - St-Gildas-des-Bois**

7 place de l'Église - 44160 Pont-Château

Tél. 02 40 45 07 94 - Fax 02 40 45 07 99

secretariat@cc-paysdepontchateau.fr

www.cc-paysdepontchateau.fr

**Observatoire régional de la santé
des Pays de la Loire**

Hôtel de la Région - 1 rue de la Loire - 44 966 Cedex 9

Tél. 02 51 86 05 60 - Fax 02 51 86 06 61

accueil@orspaysdelaloire.com

www.santepaysdelaloire.com
