

# Diagnostic local de santé 2018

Communauté de communes

## Châteaubriant-Derval





### **Auteurs**

Sandrine David, Clara Galland, Marie-Cécile Goupil, Françoise Lelièvre, Dr Anne Tallec

### **Financement**

Cette étude a été financée par la Conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA) des Pays de la Loire.

### **Citation suggérée**

ORS Pays de la Loire. 2019. Diagnostic local de santé 2018. Communauté de communes Châteaubriant-Derval. 103 p.

### **Remerciements**

L'Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire tient à remercier ici toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce diagnostic et tout particulièrement,

- Jean-Michel Leray (CRSA), Morgane Chrétien, Yves Mathieu (Missions Publiques) et l'ensemble des professionnels du collectif Acteurs santé pour leur dynamisme et aide précieuse dans la réalisation de cette étude,
- les professionnels du Conseil départemental de Loire-Atlantique, du Registre des tumeurs de Loire-Atlantique/Vendée, du Centre régional de coordination des dépistages des cancers des Pays de la Loire, du Réseau « Sécurité Naissance - Naître Ensemble », du CHS de Blain et du CH Châteaubriant-Nozay-Pouancé pour la mise à disposition de données statistiques, ainsi que la validation et l'enrichissement des analyses présentées,
- les professionnels et habitants rencontrés pour leur disponibilité, leur intérêt et leur participation à cette démarche.

L'ORS Pays de la Loire autorise l'utilisation et la reproduction des résultats de cette étude sous réserve de la mention des sources et de ne pas poursuivre une des finalités interdites du SNDS, mentionnées à l'Art. L. 1461-1 de la Loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016.

ISBN 978-2-36088-003-4 ISBN NET 978-2-36088-004-1

©Crédit photo : Brian A. Jackson/Shutterstock

Février 2019

# SOMMAIRE



<b>PRÉAMBULE</b>	<b>5</b>
<b>1 Caractéristiques démographiques et socioéconomiques</b>	<b>6</b>
1.1 Description du territoire	7
1.2 Évolution de la population	8
1.3 Solde naturel, solde migratoire	10
1.4 Structure de la population	11
1.5 Projections de population	12
1.6 Composition des ménages et familles	12
1.7 Formation, insertion professionnelle	13
1.8 Chômage, revenus, pauvreté	15
<b>2 État de santé des habitants : vue d'ensemble et principaux problèmes</b>	<b>17</b>
2.1 Vue d'ensemble de l'état de santé	19
2.1.1 Mortalité générale, mortalité prématurée	19
2.1.2 Maladies chroniques	23
2.1.3 Hospitalisations en médecine, chirurgie, obstétrique	25
2.2 Maladies de l'appareil circulatoire	28
2.3 Diabète	30
2.4 Maladies de l'appareil respiratoire	33
2.5 Cancers	34
2.6 Santé mentale, troubles mentaux et du comportement, suicides	38
2.7 Conséquences sur la santé de la consommation excessive d'alcool	44
2.8 Conséquences des accidents	47
<b>3 Offre et recours aux soins de ville</b>	<b>50</b>
3.1 Médecins généralistes	52
3.2 Autres médecins spécialistes	56
3.3 Chirurgiens-dentistes	60
3.4 Infirmiers	62
3.5 Masseurs-kinésithérapeutes	64
3.6 Pharmaciens et pharmacies	65
3.7 Autres professionnels de santé libéraux	67
3.8 Laboratoire d'analyses médicales	67
3.9 Imagerie médicale	67
3.10 Les coopérations interprofessionnelles	68
3.10.1 Maison de santé pluriprofessionnelle	68
3.10.2 Centre de santé	68
3.10.3 Équipes de Soins Primaires - Clap	69
3.10.4 Asalée, dispositif de coopération médecin généraliste-infirmier	69
3.10.5 Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)	69



<b>4</b>	<b>Offre et recours aux établissements de santé</b>	<b>70</b>
4.1	Centre hospitalier de Châteaubriant-Nozay-Pouancé	71
4.2	Clinique Sainte-Marie	75
4.3	Hôpital à domicile (HAD)	77
4.4	Centre d'autodialyse	77
4.5	Offre de soins et d'accompagnement en psychiatrie	77
4.5.1	Psychiatrie adulte	77
4.5.2	Pédopsychiatrie	79
<b>5</b>	<b>Accompagnement des personnes âgées</b>	<b>80</b>
5.1	Centre local d'information et de coordination gérontologique (Clic)	82
5.2	Soins et accompagnement à domicile	82
5.2.1	Services de soins infirmiers à domicile (Ssiad)	82
5.2.2	Services d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad)	83
5.2.3	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (Maia)	83
5.2.4	Autres structures	84
5.3	Établissements pour personnes âgées	85
<b>6</b>	<b>Accompagnement des personnes en situation de handicap</b>	<b>86</b>
6.1	Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)	86
6.2	Offre en établissements d'accompagnement pour enfants en situation de handicap	87
6.3	Offre en établissements d'accompagnement pour personnes adultes en situation de handicap	88
<b>7</b>	<b>Opérateurs en prévention et promotion de la santé</b>	<b>89</b>
7.1	Approche transversale	89
7.2	Approche thématique	90
7.2.1	Addictions	90
7.2.2	Troubles mentaux et du comportement	90
7.2.3	Vie affective et sexuelle	91
7.2.4	Nutrition	91
7.3	Approche populationnelle	92
7.3.1	Santé de la mère et de l'enfant	92
7.3.2	Santé des jeunes	92
7.3.3	Santé des personnes au travail	93
<b>8</b>	<b>Éléments qualitatifs apportés par des entretiens auprès d'acteurs et de la population</b>	<b>94</b>
8.1	Méthode	94
8.2	Point de vue d'acteurs en charge de la protection maternelle et infantile	95
8.3	Point de vue d'acteurs en charge de la santé des élèves	96
8.4	Point de vue d'acteurs en charge de la santé des travailleurs	97
8.5	Point de vue de professionnels du centre médico-psychologique (CMP)	98
8.6	Point de vue d'acteurs en charge de l'accompagnement des personnes âgées	100
8.7	Point de vue des habitants de la Communauté de communes	101
	<b>INDEX DES SIGLES</b>	<b>103</b>



## PRÉAMBULE

Depuis 2015, la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) des Pays de la Loire mène, sur le secteur géographique de Châteaubriant-Derval, des réunions d'échanges et de concertation afin de contribuer à la réflexion des acteurs locaux sur les parcours de santé des habitants de ce territoire.

Pour enrichir cette dynamique, et avec la volonté de partager avec l'ensemble des acteurs locaux (professionnels de santé et du secteur médicosocial, élus...) une meilleure connaissance de leur territoire, la CRSA a confié à l'Observatoire régional de la santé (ORS) des Pays de la Loire la réalisation d'un diagnostic territorial de santé à l'échelle de la Communauté de communes de Châteaubriant-Derval.

Ce diagnostic vise à établir un état des lieux objectif et étayé de la situation sanitaire et sociale du territoire afin de contribuer à l'identification des besoins locaux de santé.

Il comprend une analyse croisée et approfondie de données quantitatives, issues de données publiques ou de systèmes d'information pour lesquels l'ORS dispose d'un accès spécifique (en particulier le Système national des données de santé). Cette analyse est enrichie et mise en perspective par des entretiens menés auprès d'une cinquantaine d'habitants et d'acteurs de la prévention et promotion de la santé du territoire.

En complément des séances de restitution des résultats déjà organisées sur le territoire, le présent rapport a pour finalité de mettre à la disposition de tous les éléments détaillés de ce diagnostic. Il est organisé selon les chapitres suivants :

- caractéristiques démographiques et socio-économiques
- état de santé
- offre et recours aux soins de ville
- offre et recours aux établissements de santé
- accompagnement des personnes âgées
- accompagnement des personnes en situation de handicap
- opérateurs en prévention et promotion de la santé
- éléments qualitatifs apportés par des entretiens auprès d'acteurs et de la population.

### ENCADRÉ 1.

L'état de santé des individus et des populations résulte de la combinaison et de l'interaction de nombreux facteurs, tout au long de la vie.

Ces facteurs, désignés sous le terme « déterminants de santé », sont multiples et de différentes natures

#### ► facteurs individuels

- sexe, âge, patrimoine génétique, origine ethnique...
- compétences psychosociales
- habitudes de vie et comportements (alimentation, activité physique, alcool, tabac prise de risque...),
- niveau d'éducation, emploi, revenus...

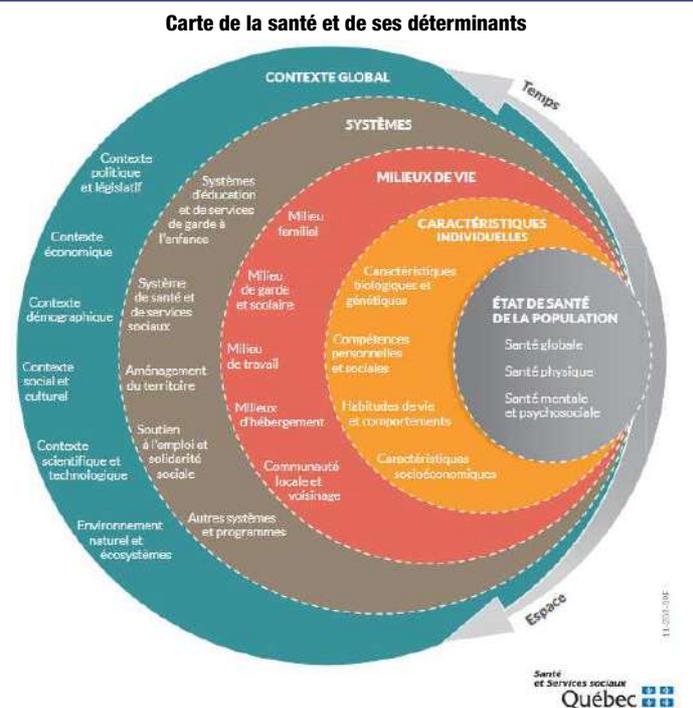
#### ► milieux de vie

famille, école, travail, habitat, quartier, voisinage, services de proximité, environnement (air, eau...)

► systèmes développés par les pouvoirs publics  
santé et services sociaux, aménagement du territoire (transport, espaces/services publics...), services d'aide à l'emploi

#### ► contexte global

économique, social, environnemental, culturel...



Jobin L, Pigeon M, Anctil H. (2012). La santé et ses déterminants. Mieux comprendre pour mieux agir. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. 26 p.



# 1 Caractéristiques démographiques et socioéconomiques

## L'essentiel

Après une longue période de stabilité voire de léger déclin démographique, la Communauté de communes de Châteaubriant-Derval connaît une augmentation de sa population depuis le début des années 2000. Cette tendance est à l'origine sur la période 2010-2015 d'une progression annuelle moyenne de la population de 200 habitants par an. Elle résulte principalement d'un solde naturel positif, mais également d'un léger excédent migratoire. Toutefois, la situation semble évoluer sur les années très récentes, avec la baisse du nombre de naissances.

La transformation du profil de la pyramide des âges du territoire entre 1999 et 2015 permet d'enrichir ce constat, montrant une nette progression des effectifs de population âgée de 40 à 65 ans et de moins de 15 ans. Il s'agit notamment des jeunes couples qui sont venus s'installer dans la première décennie des années 2000 et leurs enfants. Cette pyramide montre également une échancrure très marquée entre 15 et 30 ans, illustrant la baisse des naissances observée, comme au plan national, au cours des années 1985-1995 et le départ des jeunes adultes pour les études ou le début de la vie professionnelle. Enfin, la Communauté de communes connaît, comme au plan national, une augmentation importante des personnes âgées, l'effectif des 80 ans et plus ayant doublé depuis 1999.

Le territoire se caractérise par un taux élevé de familles nombreuses, et par une progression importante du nombre de familles monoparentales sur les années récentes. Il présente, par ailleurs, le taux de mesures relevant de l'aide sociale à l'enfance le plus élevé des intercommunalités du département.

Les ouvriers représentent un tiers des actifs de la Communauté de communes, et y sont surreprésentés par rapport aux moyennes départementale et nationale, de même que les agriculteurs exploitants. À l'inverse, les professions intermédiaires et les cadres y sont sous-représentés. Cette situation va de pair avec un moindre niveau de diplôme. Le taux de chômage dans le territoire (environ 7 %), proche du taux départemental, est inférieur à la moyenne nationale (9 %).

Le niveau de vie médian des habitants de la Communauté de communes est nettement inférieur aux moyennes départementale (- 15 %) et nationale (- 10 %). La proportion de personnes vivant sous le seuil de pauvreté y dépasse 14 %, proportion proche de la moyenne nationale mais supérieure à la moyenne départementale (10 %).

*Ce chapitre offre une description des caractéristiques démographiques et sociales des habitants de la Communauté de communes de Châteaubriant-Derval. Il intègre évolutions et comparaisons territoriales.*

*Les données présentées sont principalement issues de bases données/travaux gérés par l'Insee :*

- recensements de la population, et plus particulièrement du dernier recensement de 2015 dont les données détaillées ont été publiées courant 2018,
- données d'état civil concernant les naissances et décès,
- projections de population,
- taux de chômage localisé,
- niveaux de revenus, taux de pauvreté (base Filosofi),
- bénéficiaires de la CMU-C (régime général, Cnam).

*Sont en outre mobilisées dans ce chapitre des données relatives aux bénéficiaires du RSA transmises par la Cnaf et la CCMSA, ainsi que des données d'aide sociale à l'enfance mises à disposition par le Conseil départemental de Loire-Atlantique.*

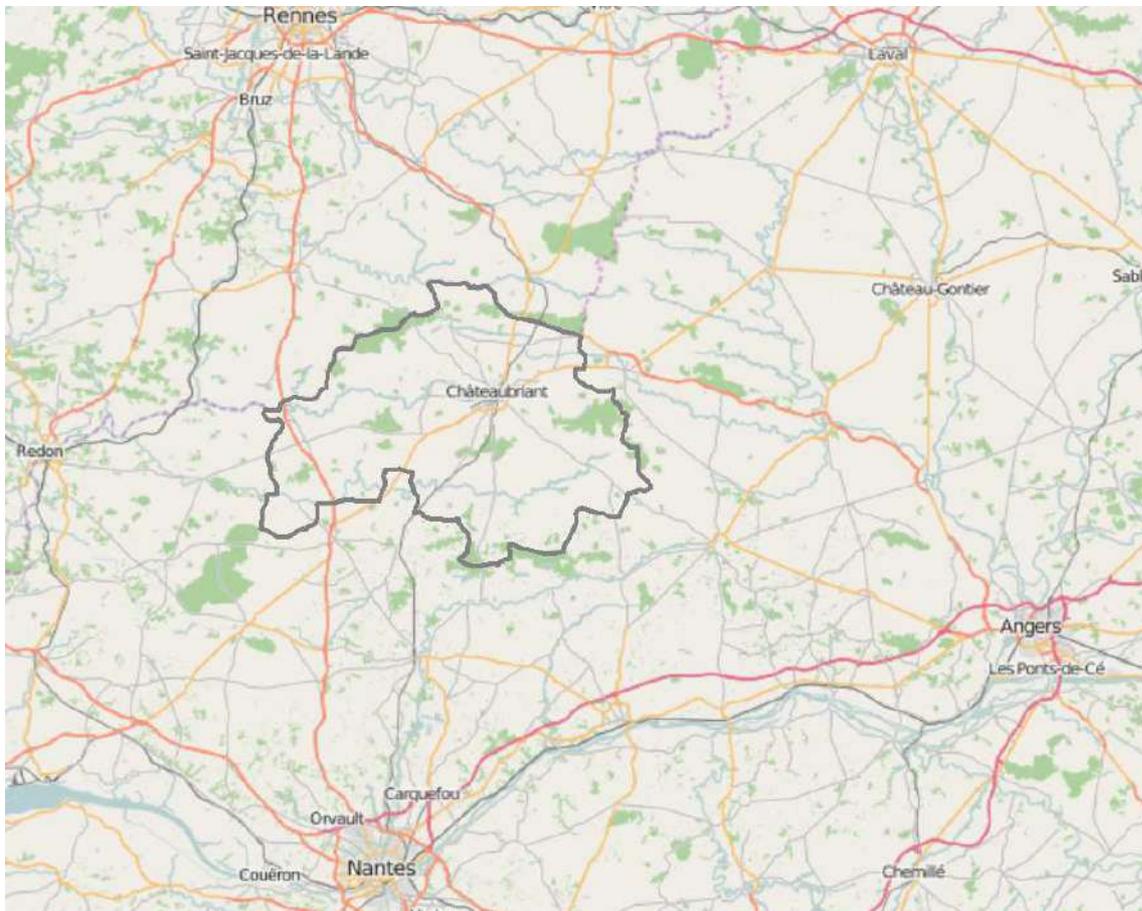


## 1.1 Description du territoire

### Un territoire vaste, composé de 26 communes

- ▶ La Communauté de communes (CC) de Châteaubriant-Derval se situe au nord du département de la Loire-Atlantique (44). Elle est née de la fusion en janvier 2017 des deux Communautés de communes, celle du Castelbriantais et celle du secteur de Derval.
- ▶ Avec une superficie de 880 km<sup>2</sup>, elle présente la particularité d'être la plus vaste des dix-sept intercommunalités du département de Loire-Atlantique, devant Nantes Métropole, ainsi que celle comptant le plus grand nombre de communes (26 au total).
- ▶ La Communauté de communes de Châteaubriant-Derval est un territoire à dominante rurale, avec pour ville-centre Châteaubriant<sup>1</sup>.
- ▶ Ce territoire est limitrophe à deux départements, l'Ille-et-Vilaine (35) et le Maine-et-Loire (49), et est relativement proche du sud-ouest de la Mayenne (20-30 km). Il se situe au cœur du triangle formé par les trois grandes agglomérations : Nantes (environ 70 km), Rennes (60 km) et Angers (80 km) **[Fig1]**.

**Fig1 Situation géographique de la Communauté de communes de Châteaubriant-Derval**



© OpenStreetMap (and) contributors, CC-BY-SA

<sup>1</sup> Selon le découpage en unités urbaines établi par l'Insee, l'ensemble des communes de l'EPCI sont classées en communes rurales, à l'exception de Châteaubriant.



## 1.2 Évolution de la population

### Plus de 44 000 habitants en 2015

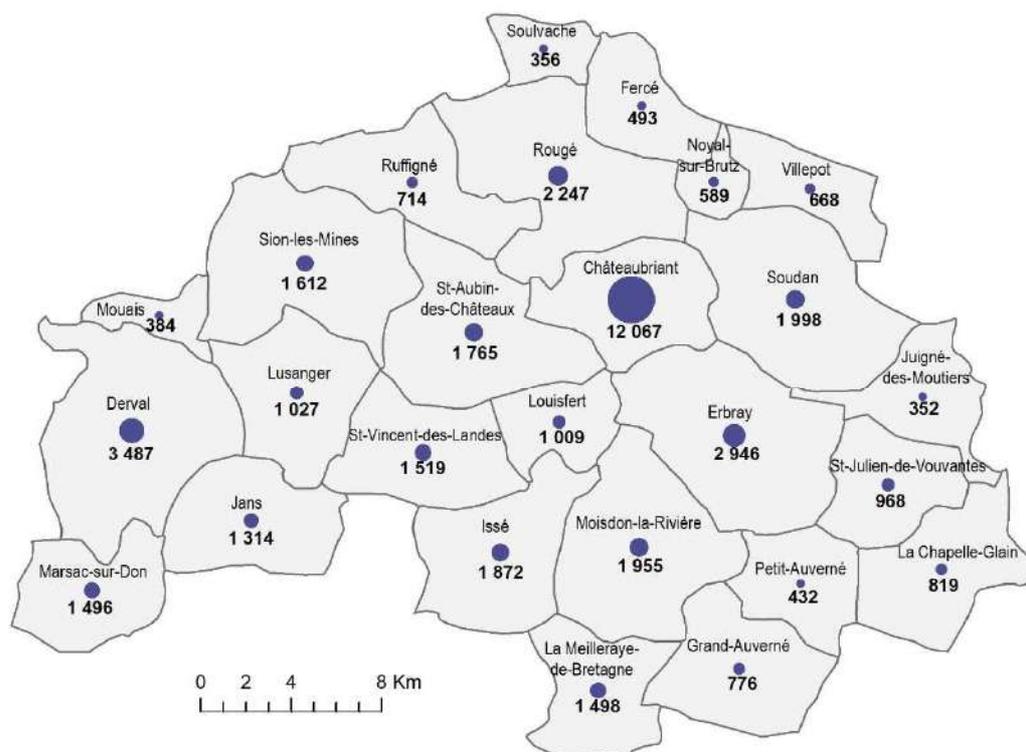
► La Communauté de communes de Châteaubriant-Derval compte 44 363 habitants au 1<sup>er</sup> janvier 2015<sup>2</sup>, ce qui représente 3 % de la population de Loire-Atlantique [Fig3].

► Avec environ 12 000 habitants, la commune de Châteaubriant concentre plus de 25 % des habitants du territoire.

Trois communes comptent entre 2 000 et 3 500 habitants. Derval, avec près de 3 500 habitants, est la deuxième commune la plus peuplée du territoire (8 %). La commune d'Erbray compte près de 3 000 habitants et Rougé un peu plus de 2 200 habitants.

**Fig2 Nombre d'habitants par commune**

Communauté de communes Châteaubriant-Derval (2015)



Source : RP 2015 (Insee)

Onze communes recensent entre 1 000 et 2 000 habitants : Issé, Jans, Louisfert, Lusanger, Marsac-sur-Don, La Meilleraye-de-Bretagne, Moisdon-la-Rivière, Saint-Aubin-des-Châteaux, Saint-Vincent-des-Landes, Sion-les-Mines, Soudan.

Onze communes comptent chacune moins de 1 000 habitants, dont cinq moins de 500 : La Chapelle-Glain, Fercé, Grand-Auverné, Juigné-les-Moutiers, Mouais, Noyal-sur-Brutz, Petit-Auverné, Ruffigné, Saint-Julien-de-Vouvantes, Soulvache, Villepot [Fig2].

<sup>2</sup> Population municipale officielle 2015, parue le 1er janvier 2018.



**Fig3 Évolution du nombre d'habitants**

Communauté de communes Châteaubriant-Derval, Loire-Atlantique, Pays de la Loire, France métrop. (1999, 2010, 2015)

	Nombre d'habitants 2015	Nombre d'habitants 2010	Nombre d'habitants 1999	Évolution brute 2010/2015	Évolution brute 1999/2015	TCAM 2010-2015	TCAM 1999-2015
La Chapelle-Glain	819	822	761	-3	+58	-0,1 %	+0,5 %
Châteaubriant	12 067	12 022	12 065	+45	+2	+0,1 %	+0,0 %
Derval	3 487	3 246	2 489	+241	+998	+1,4 %	+2,1 %
Erbray	2 946	2 940	2 349	+6	+597	+0,0 %	+1,4 %
Fercé	493	485	517	+8	-24	+0,3 %	-0,3 %
Grand-Auverné	776	805	681	-29	+95	-0,7 %	+0,8 %
Issé	1 872	1 827	1 776	+45	+96	+0,5 %	+0,3 %
Jans	1 314	1 098	991	+216	+323	+3,7 %	+1,8 %
Juigné-des-Moutiers	352	353	322	-1	+30	-0,1 %	+0,6 %
Louisfert	1 009	898	796	+111	+213	+2,4 %	+1,5 %
Lusanger	1 027	1 019	947	+8	+80	+0,2 %	+0,5 %
Marsac-sur-Don	1 496	1 447	1 200	+49	+296	+0,7 %	+1,4 %
La Meilleraye-de-Bretagne	1 498	1 345	1 028	+153	+470	+2,2 %	+2,4 %
Moisdon-la-Rivière	1 955	1 920	1 734	+35	+221	+0,4 %	+0,8 %
Mouais	384	388	259	-4	+125	-0,2 %	+2,5 %
Noyal-sur-Brutz	589	582	481	+7	+108	+0,2 %	+1,3 %
Petit-Auverné	432	433	386	-1	+46	-0,0 %	+0,7 %
Rougé	2 247	2 253	2 141	-6	+106	-0,1 %	+0,3 %
Ruffigné	714	719	602	-5	+112	-0,1 %	+1,1 %
Saint-Aubin-des-Châteaux	1 765	1 615	1 314	+150	+451	+1,8 %	+1,9 %
Saint-Julien-de-Vouvantes	968	924	879	+44	+89	+0,9 %	+0,6 %
Saint-Vincent-des-Landes	1 519	1 462	1 323	+57	+196	+0,8 %	+0,9 %
Sion-les-Mines	1 612	1 678	1 367	-66	+245	-0,8 %	+1,0 %
Soudan	1 998	2 013	2 007	-15	-9	-0,1 %	-0,0 %
Soulvache	356	397	402	-41	-46	-2,2 %	-0,8 %
Villepot	668	653	668	+15	0	+0,5 %	0,0 %
<b>Communauté de communes</b>	<b>44 363</b>	<b>43 344</b>	<b>39 485</b>	<b>+ 1 019</b>	<b>+ 4 878</b>	<b>+ 0,5 %</b>	<b>+ 0,7 %</b>
Loire-Atlantique	-	-	-	-	-	+1,3 %	+1,2 %
Pays de la Loire	-	-	-	-	-	+0,8 %	+0,9 %
France métropolitaine	-	-	-	-	-	+0,5 %	+0,6 %

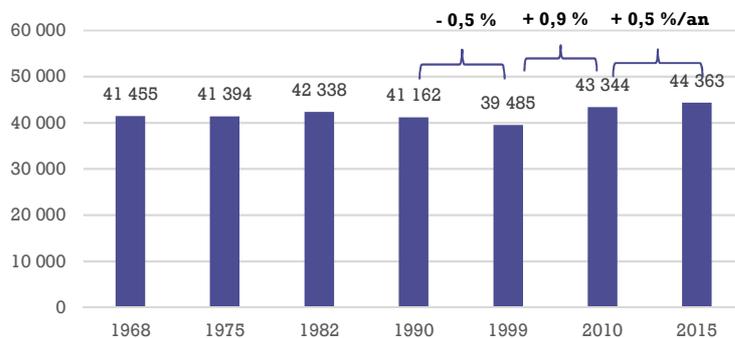
Sources : Recensements de population (Insee)  
TCAM : Taux de croissance annuel moyen.

**Depuis 2010, 200 habitants supplémentaires par an en moyenne dans la Communauté de communes**

► Depuis la fin des années 1960, le nombre d'habitants de la Communauté de communes de Châteaubriant-Derval est resté relativement stable. Cette situation recouvre toutefois des tendances évolutives différentes au fil des années [Fig4].

**Fig4 Évolution du nombre d'habitants**

Communauté de communes Châteaubriant-Derval (1968-2015)



Sources : Recensements de population (Insee)

Après une période de stabilité lors des années 1970 et 1980 puis de baisse au cours des années 1990 (- 0,5 % par an entre 1990 et 1999), le territoire connaît une croissance assez marquée depuis le début des années 2000 (+ 0,9 % par an entre 1999 et 2010).

Un ralentissement de cette croissance est toutefois observé au cours des années récentes, la population du territoire a augmenté en moyenne de 0,5 % par an entre 2010 et 2015.



Ce taux de croissance est analogue à celui observé au plan national, mais nettement plus faible que celui constaté à l'échelle de Loire-Atlantique. Le département connaît en effet une croissance environ 2,5 fois plus importante (+ 1,3 % par an).

► En 2015, la Communauté de communes compte près de 1 000 habitants supplémentaires par rapport à l'année 2010 (soit en moyenne 200 habitants supplémentaires par an). Cette augmentation de population au cours des années récentes se concentre principalement sur cinq communes du territoire : Derval (+ 241 habitants), Jans (+ 216), La Meilleraye-de-Bretagne (+ 153), Saint-Aubin-des-Châteaux (+ 150) et Louisfert (+ 111) [Fig3].

### 1.3 Solde naturel, solde migratoire

#### Une croissance démographique liée principalement à un excédent naturel

► La croissance démographique de la Communauté de communes entre 2010 et 2015 résulte principalement d'un solde naturel (naissances-décès) positif avec, en moyenne chaque année sur cette période, 565 naissances et 423 décès, soit un excédent naturel annuel d'environ 140 personnes<sup>3</sup> [Fig6].

Toutefois, la baisse notable des naissances observée sur les années 2015 et 2016, tendance qui est d'ailleurs observée au plan national, est à l'origine d'un excédent naturel moins marqué.

► Les mouvements migratoires avec les autres territoires sont relativement faibles, seul 0,1 % de la croissance annuelle moyenne de la population observée entre 2010-2015 est dû au solde migratoire (vs + 0,8 %/an en Loire-Atlantique) [Fig5].

**Fig5 Taux de croissance annuel moyen, global, lié au solde naturel et au solde migratoire**

Communauté de communes Châteaubriant-Derval, Loire-Atlantique, Pays de la Loire, France métropolitaine (2010, 2015)

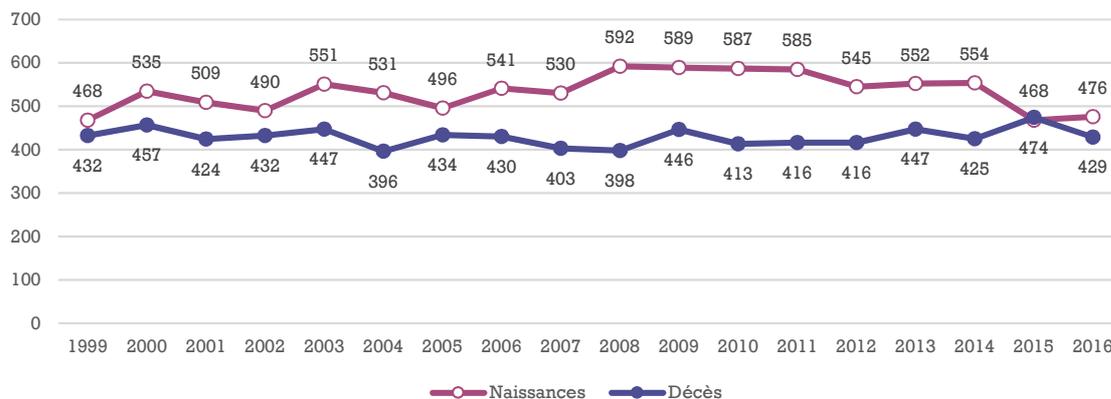
	TCAM Nb d'habitants 2010-2015	TCAM dû au solde naturel	TCAM dû au solde apparent entrées/sorties <sup>1</sup>
<b>Communauté de communes</b>	<b>+ 0,5 %</b>	<b>+ 0,3 %</b>	<b>+ 0,1 %</b>
Loire-Atlantique	+ 1,3 %	+ 0,5 %	+ 0,8 %
Pays de la Loire	+ 0,8 %	+ 0,4 %	+ 0,4 %
France métropolitaine	+ 0,5 %	+ 0,4 %	+ 0,1 %

Sources : Recensements de population (Insee)

1. Différence entre le nombre de personnes entrées sur un territoire donné et le nombre de personnes qui en sont sorties, au cours de la période considérée. Il est obtenu par différence entre la variation totale de la population au cours de la période considérée et le solde naturel. TCAM : Taux de croissance annuel moyen.

**Fig6 Évolution du nombre de naissances et de décès**

Communauté de communes Châteaubriant-Derval (1999-2016)



Source : État civil (Insee)

<sup>3</sup> Moyenne sur les cinq années 2010-2014.



## 1.4 Structure de la population

### Une population qui vieillit, mais un nombre d'enfants en progression

► Le territoire compte 9 150 jeunes de moins de 15 ans en 2015, qui représentent 21 % de la population (18 % en France). Environ 3 300 d'entre eux sont âgés de moins de 6 ans et 5 800 de 6 à 14 ans.

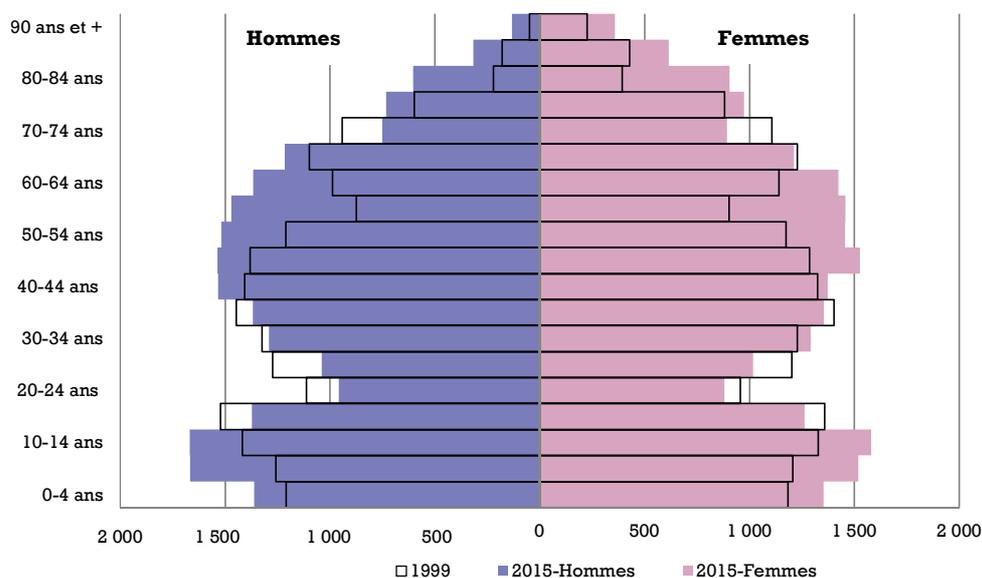
En raison de l'augmentation du nombre de naissances, notamment sur la période 2008-2011, l'effectif des moins de 15 ans a fortement progressé depuis 1999 (+ 20 %). Cette augmentation concerne particulièrement la classe des 5-14 ans [Fig7].

► L'effectif des 40-64 ans a également connu une forte progression (11 700 en 1999, 14 660 en 2015 ; + 25 %), et plus particulièrement celui des 50-64 ans (6 300, 8 700, + 38 %) qui correspond à l'arrivée dans cette classe d'âge des générations issues du baby-boom, nées juste après la seconde guerre mondiale.

► Les 65 ans et plus, dont l'effectif atteint 8 700 habitants, représentent 20 % de la population du territoire (19 % en France). Le nombre de personnes âgées de 80 ans ou plus a doublé dans le territoire entre 1999 et 2015, il est ainsi passé d'environ 1 500 à 3 000.

► En revanche, l'effectif de 15-29 ans est en recul (7 400 en 1999, 6 500 en 2015, - 12 %). Cette baisse n'est pas propre au territoire, et est la conséquence du recul de naissances observé de façon générale entre le milieu des années 80 et celui des années 90. Mais elle est vraisemblablement amplifiée sur le territoire par le départ de jeunes, notamment qui poursuivent leurs études et trouvent leur premier emploi à l'extérieur du territoire<sup>4</sup>.

**Fig7 Évolution de la pyramide des âges**  
Communauté de communes Châteaubriant-Derval (1999, 2015)



Sources : RP 1999, RP 2015 (Insee)

► La Communauté de communes présente en 2015 un indice de vieillissement<sup>5</sup> proche des moyennes régionale et nationale, mais supérieur à la moyenne départementale (74 vs 75 en Pays de la Loire, 76 en France, 66 en Loire-Atlantique). Comparativement aux autres territoires de la région, ce vieillissement est plus marqué que dans la plupart des EPCI du département de Loire-Atlantique. Il est toutefois moins important que celui observé dans les EPCI du Nord-Mayenne, du Nord-Est sarthois, ou encore du littoral atlantique, en particulier vendéen.

<sup>4</sup> Les élèves ou étudiants majeurs sont comptabilisés dans la commune de leurs études.

<sup>5</sup> Rapport du nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus à celui des personnes de moins de 20 ans.

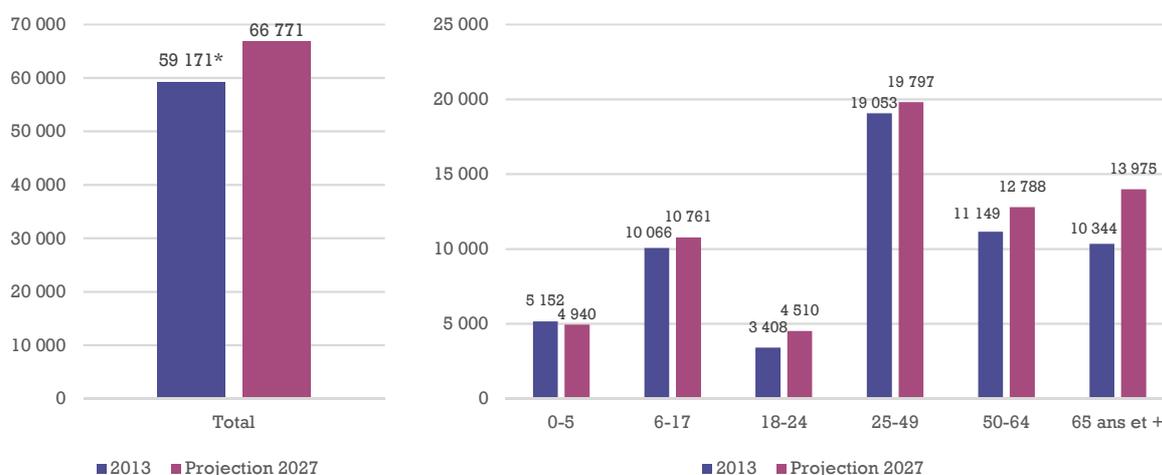


## 1.5 Projections de population

► Selon des projections de population établies par l'Insee<sup>6</sup> à l'échelle d'un territoire composé des Communautés de communes de Châteaubriant-Derval et de Nozay<sup>7</sup>, le nombre d'habitants de ce territoire élargi devrait augmenter de 59 000 en 2013 à 66 800 en 2027. Cela correspond à environ 7 600 habitants supplémentaires, dont près de la moitié seraient âgés de 65 ans et plus<sup>8</sup> [Fig8].

Ces projections, établies fin 2016 dans le cadre de l'élaboration par l'Agence régionale de santé (ARS) du second projet régional de santé, doivent toutefois être considérées avec précaution car elles reposent sur des hypothèses d'évolutions en matière de fécondité et de mortalité identiques à celles observées entre 2007 et 2012, et sur le maintien des tendances migratoires observées avant 2007. Comme toute projection, elles ne constituent donc pas une prévision mais une simulation de l'avenir, dans le cadre théorique des hypothèses formulées.

**Fig8 Projections du nombre total d'habitants**  
Communautés de communes Châteaubriant-Derval et Région de Nozay (2013, 2027)



Sources : RP 2013, projections Omphale (scénario central) (Insee)

\* Dont 43 332 habitants de la Communauté de communes de Châteaubriant-Derval et 15 220 habitants de la Communauté de communes de la Région de Nozay.

## 1.6 Composition des ménages et familles

### L'une des Communautés de communes de la région avec la plus forte proportion de familles nombreuses

► Avec 18 753 ménages en 2015, la Communauté de communes compte en moyenne 2,3 personnes par ménage. Comme au niveau national, en lien avec la « décohobitation des ménages », ce nombre moyen ne cesse de diminuer (3,3 en 1968 ; 2,7 en 1990 ; 2,5 en 1999).

► Ce nombre dépasse légèrement les moyennes départementale, régionale et nationale (2,2). Ceci s'explique notamment avec une plus grande fréquence des familles nombreuses sur le territoire. En effet, 9 % des ménages de la Communauté de communes sont composés d'au moins trois enfants âgés de moins de 25 ans vs 6 % en Loire-Atlantique, en Pays de la Loire et en France. La Communauté de communes se situe parmi les EPCI des Pays de la Loire présentant les proportions de familles nombreuses les plus élevées (au 7<sup>ème</sup> rang sur 72), avec notamment les Communautés de communes de Nozay, de la région de Blain et du Pays d'Ancenis.

<sup>6</sup> Selon le scénario central du modèle Omphale.

<sup>7</sup> Comprend les communes d'Abbaretz, La Grignonais, Nozay, Puceul, Saffré, Treffieux, Vay.

<sup>8</sup> ARS Pays de la Loire. (2017). Les déterminants de la santé en Pays de la Loire : contexte démographique, social et environnemental. 183 p.



## Un nombre de familles monoparentales en forte progression

► Par ailleurs, on dénombre près de 1 360 familles monoparentales sur la Communauté de communes, ce qui représente 7 % des ménages. Ce taux, proche de la moyenne départementale et régionale en 2015, a connu une forte progression au cours des années récentes (1 130 familles en 2010, + 3,9 % par an entre 2010 et 2015). La Communauté de communes se situe désormais parmi les EPCI de la région avec un taux élevé de familles monoparentales (13<sup>ème</sup> rang sur 72).

## 42 % des personnes âgées de plus de 80 ans vivent seules dans leur logement

► 6 080 personnes vivent seules dans leur logement, soit 14 % des habitants de la Communauté de communes. Cette proportion est un peu plus faible que ceux observés au plan départemental, régional ou national (16 % en Loire-Atlantique, 15 % en Pays de la Loire, 16 % en France).

Parmi ces 6 080 personnes, 1 220 sont âgées de 80 ans ou plus. 42 % des personnes de cette classe d'âge vivent donc seules sur le territoire (41 % en Loire-Atlantique, 40 % en Pays de la Loire, 42 % en France métropolitaine).

### ENCADRÉ 2. Mesures d'aide sociale à l'enfance

En 2017, 184 informations préoccupantes (IP) concernant des enfants domiciliés dans la Communauté de communes de Châteaubriant-Derval ont été transmises à la Cellule de recueil des informations préoccupantes du Conseil départemental de Loire-Atlantique. Cet effectif correspond à 1,68 IP pour 100 enfants âgés de moins de 18 ans, soit un taux supérieur à la moyenne départementale (1,27).

Fin 2017, 325 mesures d'aides sociale à l'enfance (ASE) étaient effectives à l'échelle de la Communauté de communes de Châteaubriant-Derval\*. Parmi ces mesures, on compte 145 mesures de placement, 150 mesures à domicile\*\* et 30 mesures d'accompagnement (administrateur ad-hoc, tutelle aux biens).

**Avec environ 27 mesures pour 1 000 jeunes de moins de 21 ans, la Communauté de communes de Châteaubriant-Derval présente fin 2017 un taux supérieur de 50 % au taux départemental (18 pour 1 000). Ce taux est le plus élevé des EPCI du département (7 à 24 pour 1 000 pour les autres Epci).**

Dans le schéma enfance et famille 2017-2021 du Conseil départemental de Loire-Atlantique, il est prévu de renforcer l'offre de suivi et d'accompagnement sur le secteur de Châteaubriant qui figure parmi les territoires les plus dépourvus en dispositifs d'intervention<sup>1</sup>.

\* Mesures dénombrées à la commune de résidence de l'autorité parentale principale.

\*\* Mesures à domicile : AED (Aide éducative à domicile), SED (Action de soutien éducatif à domicile), AEMO (Aide éducative en milieu ouvert), AEIMF (Aide éducative intensive en milieu familial).

1. Département de Loire-Atlantique. (2017). Protéger les enfants et accompagner les parents : un engagement du Département. 105 p.

Source : Conseil départemental de Loire-Atlantique

## 1.7 Formation, insertion professionnelle

### Un niveau moyen de diplôme plus faible qu'au plan national

Le niveau de diplôme des habitants du territoire est en moyenne plus faible que celui des habitants du département ou de la région Pays de la Loire, ou encore de celui des Français [Fig9].

► La proportion d'habitants peu ou pas diplômés<sup>9</sup> s'élève à 35 % en 2015 parmi les 15 ans et plus non scolarisés, soit un écart de 5 points avec la moyenne nationale (30 %) et de plus de 10 points avec la moyenne départementale (24 %). Cette proportion place la Communauté de communes de Châteaubriant-Derval au 21<sup>ème</sup> rang des 72 Epci de la région (classés par ordre décroissant).

► Les diplômés d'un CAP ou BEP sont surreprésentés sur le territoire (32 % vs 25 % en France), et à l'inverse les diplômés de l'enseignement supérieur sont sous-représentés (17 % vs 29 %).

**Fig9 Diplôme le plus élevé de la population non scolarisée âgée de 15 ans ou plus**

Communauté de communes Châteaubriant-Derval, Loire-Atlantique, Pays de la Loire, France métropolitaine (2015)

	CC C-D	Loire-Atlantique	Pays de la Loire	France métrop.
Aucun diplôme, CEP, BEPC, brevet des collèges	34,9 %	23,7 %	29,3 %	30,1 %
CAP/BEP	32,4 %	27,1 %	28,4 %	24,6 %
Baccalauréat, Brevet professionnel	15,9 %	17,4 %	16,7 %	16,8 %
Diplôme enseignement supérieur	16,8 %	31,8 %	25,5 %	28,5 %

Source : RP 2015 (Insee)

<sup>9</sup> Aucun diplôme, Certificat d'études primaires (CEP), Brevet d'études du premier cycle (BEPC), brevet des collèges.



## Ouvriers et agriculteurs surreprésentés parmi les actifs

► Parmi les 26 500 habitants âgés de 15-64 ans du territoire, 76 % sont actifs, c'est-à-dire exercent un emploi (17 500, 66 %) ou sont au chômage en 2015.

Ce taux est proche des moyennes départementale et nationale (75 %, 74 % en France). Si l'on considère les seuls 25-54 ans, le taux d'actifs s'élève à 92 % à l'échelle de la Communauté de communes.

► Les ouvriers constituent la catégorie sociale la plus importante sur le territoire, et y sont surreprésentés comparativement à la situation départementale ou nationale. Ils représentent en effet 34 % des actifs contre 21 % en Loire-Atlantique et 22 % en France [Fig10].

28 % des actifs du territoire sont employés, soit un taux proche des moyennes départementale (27 %) ou nationale (29 %).

La proportion d'agriculteurs exploitants parmi les actifs a fortement diminué au cours des dernières décennies. Elle s'élève toutefois à 6 % en 2015 à l'échelle de la Communauté de communes, soit un taux de plus de quatre à cinq fois supérieur aux moyennes départementale ou nationale (environ 1 %).

Contrairement aux ouvriers et aux agriculteurs exploitants, les professions intermédiaires (19 %) et les cadres (7 %) sont sous-représentés sur le territoire (respectivement 25 % et 16% en France).

Le taux d'artisans, commerçants, chefs d'entreprise représente, comme en France, 6 % des actifs.

### Fig10 Répartition des actifs\* de 15-64 ans selon la catégorie socioprofessionnelle

Communauté de communes Châteaubriant-Derval, Loire-Atlantique, Pays de la Loire, France métropolitaine (2015)

	CC C-D	Loire-Atlantique	Pays de la Loire	France métrop.
Ouvriers	33,7 %	21,5 %	26,6 %	21,9 %
Employés	27,6 %	26,8 %	27,4 %	28,5 %
Professions intermédiaires	18,9 %	27,1 %	24,5 %	24,7 %
Cadres, professions intellectuelles supérieures	7,0 %	17,0 %	12,6 %	16,0 %
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	6,0 %	5,5 %	5,7 %	6,0 %
Agriculteurs exploitants	6,0 %	1,1 %	2,2 %	1,4 %

Source : RP 2015 (Insee)

\* Actifs en emploi ou au chômage.

## 16 000 emplois sur la Communauté de communes, avec une surreprésentation des secteurs de l'industrie et de l'agriculture

► La Communauté de communes de Châteaubriant-Derval offre près de 16 000 emplois en 2015, occupés ou non par des habitants de ce territoire. Environ 9 000 de ces emplois, soit plus de 55 %, se concentrent sur la commune de Châteaubriant.

► Comme au niveau départemental et national, le secteur tertiaire représente la plus grande part des emplois du territoire (63 %) :

- 33 % dans les secteurs du commerce, transports, et services divers ;
- 30 % dans le secteur de l'administration publique, de l'enseignement, de la santé et de l'action sociale.

► La part du secteur tertiaire est toutefois moins importante qu'au niveau départemental ou national (78 %), en raison principalement d'une surreprésentation sur le territoire :

- des emplois industriels (18 % vs 13 % en Loire-Atlantique et 12 % en France)
- et surtout des emplois agricoles (11 % vs 2 % en Loire-Atlantique et 3 % en France).



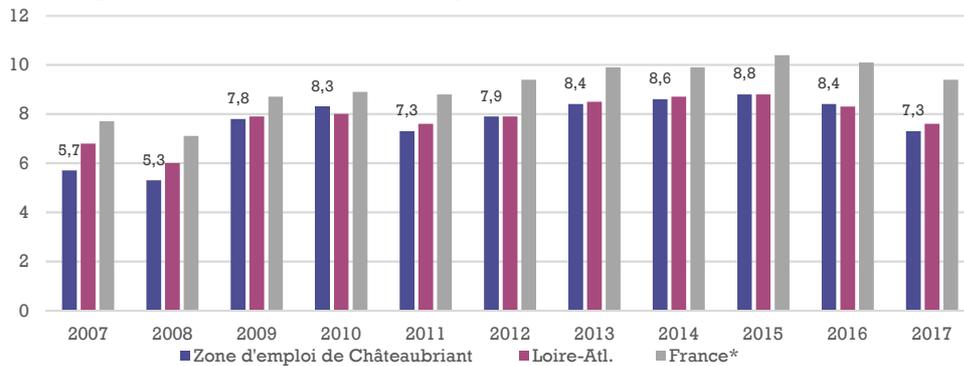
## 1.8 Chômage, revenus, pauvreté

### Un taux de chômage inférieur à la moyenne nationale

Selon des estimations établies par l'Insee, le taux de chômage sur la zone d'emploi de Châteaubriant (constituée de 22 communes<sup>10</sup>) a connu comme en France une nette augmentation entre 2008 et 2009. Depuis cette date, ce taux reste proche du taux départemental et comme lui, nettement inférieur à la moyenne nationale. En 2017, il s'élève ainsi à 7,3 % contre 7,6 % en Loire-Atlantique et 9,1 % en France métropolitaine [Fig11].

**Fig11 Taux de chômage localisé**

Zone d'emploi de Châteaubriant, Loire-Atlantique, France (2007-2017)



Source : Insee

\* Données France métropolitaine pour les années 2004 à 2014, France entière (hors Mayotte) pour les années 2015 à 2017.

### Des revenus plutôt modestes et des situations de pauvreté plus fréquentes qu'au plan départemental et régional

► Les habitants de la Communauté de communes de Châteaubriant-Derval disposent de revenus plutôt modestes. Leur niveau de vie médian par unité de consommation s'élève en 2015 à 18 500 €, soit un niveau inférieur de 15 % à la moyenne départementale (21 300 €) et de 10 % à la moyenne nationale (20 600 €).

► Les disparités de revenus apparaissent moins marquées sur le territoire qu'à l'échelon départemental ou national. Le rapport entre le niveau de vie des 10 % des habitants les plus aisés et celui des 10 % les plus modestes avoisine 2,6 contre 3,0 en Loire-Atlantique et 3,5 en France.

► En 2015, près de 15 % des habitants de la Communauté de communes vivent sous le seuil de pauvreté, qui correspond à 60 % du niveau de vie médian (soit moins de 1 015 € par mois pour une personne seule). Cette proportion, comparable à la moyenne nationale, est notamment supérieure à celle observée à l'échelle du département (10 %) et de la région (11 %) [Fig12].

**Fig12 Niveau de vie annuel, taux de pauvreté monétaire**

Communautés de communes Châteaubriant-Derval, Loire-Atlantique, Pays de la Loire, France métropolitaine (2015)

	CC C-D	Loire-Atlantique	Pays de la Loire	France métrop.
<b>Niveau de vie annuel<sup>1</sup></b>				
1 <sup>er</sup> décile (D1)	10 951 €	12 201 €	11 927 €	10 739 €
<b>Médiane (5<sup>ème</sup> décile)<sup>2</sup></b>	<b>18 551 €</b>	<b>21 274 €</b>	<b>20 391 €</b>	<b>20 566 €</b>
9 <sup>ème</sup> décile (D9)	28 820 €	36 043 €	33 805 €	37 621 €
Rapport interdéciles des revenus (D9/D1)	2,6	3,0	2,8	3,5
<b>Taux de pauvreté monétaire<sup>3</sup></b>	<b>14,6 %</b>	<b>10,4 %</b>	<b>11,2 %</b>	<b>14,9 %</b>

Source : Insee-DGFiP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal 2015

1. Revenu disponible du ménage divisé par le nombre d'unités de consommation (UC). 1 UC est attribuée au premier adulte du ménage, 0,5 UC aux autres personnes de 14 ans ou plus et 0,3 UC aux enfants de moins de 14 ans. Le revenu disponible comprend les revenus d'activités salariées (y compris les indemnités de chômage), les retraites et pensions, les revenus du patrimoine, les revenus d'activités non salariées et les prestations sociales reçues, nets des impôts directs.

2. Le niveau de vie médian partage les personnes en deux groupes égaux : la moitié des personnes appartient à un ménage qui dispose d'un revenu par UC inférieur à cette valeur et l'autre moitié présente un revenu par UC supérieur.

3. Le taux de pauvreté monétaire correspond à la part de la population sous le seuil de 60 % du niveau de vie médian.

<sup>10</sup> La Chapelle-Glain, Châteaubriant, Erbray, Fercé, Grand-Auverné, Issé Juigné-des-Moutiers, Louisfert, Lusanger, Moisdon-la-Rivière, Mouais, Noyal-sur-Brutz, Petit-Auverné, Rougé, Ruffigné, Saint-Julien-de-Vouvantes, Saint-Vincent-des-Landes, Sion-les-Mines, Soudan, Soulvache, Villepot.



La Communauté de communes se situe parmi les EPCI de la région Pays de la Loire présentant les taux les plus élevés de pauvreté monétaire (5<sup>ème</sup> rang sur 72).

Selon une étude régionale de l'Insee, les familles monoparentales et les personnes seules sont plus souvent en situation de pauvreté que le reste de la population<sup>11</sup>.

## **2 000 habitants du territoire couverts par le RSA**

► Fin 2016, environ 900 habitants de la Communauté de communes bénéficient du Revenu de solidarité activé (RSA)<sup>12</sup>, géré par les conseils départementaux et versé par les caisses d'allocations familiales (Caf) ou de la Mutualité sociale agricole (MSA).

En tenant compte des conjoints et enfants à charge de moins de 25 ans, ce sont au total près de 2 000 personnes qui sont couvertes par le RSA, ce qui représente 4,4 % de la population du territoire. Cette proportion est légèrement supérieure aux moyennes départementale (4,0 %) et régionale (3,6 %) mais inférieure à la moyenne nationale (5,2 %).

► Selon une étude du Conseil départemental de Loire-Atlantique,

- 58 % des allocataires du RSA du département sont âgés de moins de 40 ans, 87 % vivent seuls et 94 % vivent sous le seuil de pauvreté,

- les bénéficiaires du RSA vivant sur la Communauté de communes sont, en comparaison à la moyenne départementale, plus souvent des allocataires en couple (20 % vs 15 % en Loire-Atlantique), sans emploi (13 % vs 9 %) et avec des revenus très modestes (24 % ont moins de 500 € par unité de consommation vs 20 %). Ils ont en outre moins souvent d'enfants à charge (29 % vs 40 %)<sup>13</sup>.

## **7 % des personnes relevant du régime général d'assurance maladie bénéficient de la CMU-C**

*La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) est destinée aux personnes dont les revenus sont inférieurs à un certain seuil (734 € en moyenne par mois pour une personne seule fin 2017) et résidant en France de manière stable et régulière. Elle prend en charge, avec dispense d'avance de frais, les dépenses non couvertes par l'assurance maladie obligatoire, dans les limites d'un panier de biens et services.*

► Fin 2016, selon des données concernant les habitants de la Communauté de communes de Châteaubriant (hors Communauté de communes de Derval), 78 % des personnes de ce territoire sont couvertes par le régime général d'assurance maladie.

Pour leur couverture complémentaire, 7 % d'entre eux bénéficient de la CMU-C. Ce taux, analogue à la moyenne nationale, est supérieur aux moyennes départementale et régionale (5,5 %).

<sup>11</sup> Chaillot P, Fouchard C. (2016). 392 000 personnes pauvres dans les Pays de la Loire : profils et disparités territoriales. *Insee Analyses Pays de la Loire*. Insee Pays de la Loire. n° 40. 4 p.

<sup>12</sup> RSA non majoré, majoré ou jeune.

<sup>13</sup> Département de Loire-Atlantique. (2018). Qui sont les ménages allocataires du RSA en Loire-Atlantique ? *Repères*. n° 37. 4 p.



## 2 État de santé des habitants : vue d'ensemble et principaux problèmes

### L'essentiel

L'espérance de vie des habitants de la Communauté de communes de Châteaubriant-Derval a fortement progressé au cours des dernières décennies, en lien avec la baisse marquée de la mortalité. Cette dernière a en effet diminué de 35 % sur les 25 dernières années, soit à une baisse d'un rythme analogue à celui observé au plan national.

Cette mortalité reste toutefois supérieure de 9 % à la moyenne nationale. Cette surmortalité est observée uniquement chez les hommes (+ 13 %) et elle atteint même + 24 % chez les hommes de moins de 65 ans. Cette situation masculine n'est pas spécifique à la population de la Communauté de communes : elle se retrouve de façon plus ou moins marquée dans les territoires du nord-ouest de la Loire-Atlantique. Les femmes de la Communauté de communes présentent par contre une mortalité générale relativement proche de la moyenne nationale, et une mortalité avant 65 ans un peu inférieure.

Sur les 83 décès survenant en moyenne chaque année parmi les habitants de la Communauté de communes âgés de moins de 65 ans, environ 60 concernent des hommes. Et 25 des 60 décès peuvent être considérés comme **évitables** car leurs causes sont accessibles à la prévention primaire.

Comme au plan national, la fréquence des **affections chroniques** est élevée parmi les habitants du territoire. 17 % d'entre eux sont actuellement en affection de longue (ALD) et donc atteints d'une pathologie chronique nécessitant des soins prolongés et coûteux, et cette proportion atteint 48 % chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Ces taux, identiques à ceux observés en France, témoignent de l'importance des besoins de soins et d'accompagnement sur le territoire. Les maladies chroniques les plus fréquemment en cause sont les affections cardiovasculaires, les cancers, le diabète et les pathologies psychiatriques.

Concernant les **maladies cardiovasculaires**, la Communauté de communes présente des taux de personnes en ALD et de mortalité liés à ces affections supérieurs respectivement d'environ 15 % et 25 % à la moyenne nationale. Si les personnes vieillissantes sont les plus concernées par ces pathologies, cette plus grande fréquence est également retrouvée parmi les habitants âgés de moins de 65 ans.

Par contre, pour le **diabète**, la situation locale apparaît plutôt favorable, avec un taux de personnes prises en charge de plus de 4 % parmi les habitants du territoire, plus faible qu'au plan national (5 %). Ce constat peut être rapproché notamment de facteurs génétiques ou de meilleures habitudes nutritionnelles. Toutefois, l'épidémiologie du diabète se dégrade sur le territoire comme en France, avec notamment l'évolution des habitudes alimentaires et le développement de la sédentarité. Le nombre d'admissions en ALD pour diabète a ainsi progressé d'environ 40 % entre 2006 et 2013 parmi les habitants de la Communauté de communes. Cette tendance, si elle se poursuit, est susceptible de conduire le territoire à perdre son avantage dans ce domaine.

Parmi les habitants de la Communauté de communes, 240 nouveaux cas de **cancers** sont diagnostiqués en moyenne chaque année et ces pathologies sont à l'origine d'environ 110 décès par an. L'incidence globale des cancers (toutes localisations confondues) dans la population du territoire est proche de la moyenne nationale. Mais ce constat masque des écarts selon le type du cancer. En effet, comme au plan départemental, l'incidence des cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS) et celle des cancers de la prostate parmi les habitants de la Communauté de communes sont supérieures à la moyenne nationale. Par contre, est observée localement une sous-incidence du cancer du sein, et du cancer du poumon. La situation locale pour cette dernière localisation cancéreuse peut traduire un moindre tabagisme sur le territoire parmi les générations les plus âgées ou d'âge intermédiaire. Toutefois, la mortalité par cancer du poumon est en augmentation dans la population du territoire, et, comme en France, de façon soutenue chez les femmes en raison de l'augmentation du tabagisme dans ce groupe de population au cours des quarante dernières années.

Concernant les **maladies de l'appareil respiratoire**, la Communauté de communes présente un positionnement moins favorable que la moyenne nationale, avec un taux supérieur de personnes en ALD pour insuffisance respiratoire chronique grave chez les moins et les plus de 65 ans.

Comme dans le reste de la France, les problèmes de **santé mentale** sont particulièrement fréquents. Ainsi, 11 % des habitants du territoire sont traités par psychotropes, ce taux étant proche de la moyenne nationale.

Environ 1 400 personnes, soit 3 % de la population de la Communauté de communes, sont en ALD pour des troubles mentaux ou du comportement. Sont le plus en cause, chez les moins de 65 ans, les troubles dépressifs, les troubles de la personnalité et du comportement et les troubles schizophréniques. Chez les personnes vieillissantes, les démences et les troubles dépressifs sont les plus fréquents.



Environ 1 550 habitants (3,5 %) sont suivis par les équipes de soins des établissements psychiatriques (consultation en CMP, CATTP, hospitalisation de jour, à temps complet...). Près de 230 font l'objet au moins une fois d'une hospitalisation à temps complet dans l'année, ces patients étant le plus souvent des hommes souffrant de troubles schizophréniques ou des femmes avec des troubles dépressifs.

En termes d'évolution, une augmentation des admissions en ALD pour affections psychiatriques est comme en France observée à l'échelle de la Communauté de communes, plus particulièrement des admissions de personnes de moins de 65 ans pour des troubles dépressifs ou de la personnalité et du comportement.

Plusieurs indicateurs témoignent d'une fréquence supérieure à la moyenne nationale - de l'ordre de + 50 % - des pathologies liées à **la consommation excessive d'alcool** parmi les habitants de la Communauté de communes. Ces habitudes de consommation peuvent expliquer pour partie la surmortalité par **suicide** observée sur le territoire - l'alcool étant dépressogène mais aussi levant l'inhibition, favorisant ainsi le passage à l'acte - ainsi que la surmortalité par **accident**.

Cette situation n'est toutefois pas spécifique au territoire castelbriantais et s'observe plus globalement dans les autres territoires du nord-ouest du département. En outre, on observe une amélioration des indicateurs de mortalité concernant ces différentes problématiques par rapport au début des années 1990, notamment pour les pathologies directement attribuables à l'alcool (mortalité divisée par 2 en 25 ans) et pour les accidents de la route (mortalité divisée par 3).

*Ce chapitre offre une description des principaux problèmes de santé des habitants de la Communauté de communes de Châteaubriant-Derval, à partir de l'analyse croisée de données statistiques directement mobilisables.*

*Ont ainsi été analysées les statistiques des causes médicales de décès, des données relatives aux affections de longue durée (ALD) issues des bases de données des caisses d'assurance maladie, des données concernant les hospitalisations en service de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique) issues du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), des données relatives aux prises en charge dans les établissements ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie à partir du Recueil d'information médicalisée en psychiatrie (Rim-P), ainsi que des données d'incidence des cancers mises à disposition par le Registre des tumeurs de Loire-Atlantique/Vendée.*

*Ce chapitre est organisé autour de huit parties. La première offre une vue d'ensemble de la santé de la population du territoire à partir des indicateurs généraux d'état de santé (mortalité générale, mortalité prématurée, taux global de personnes en ALD, taux global de personnes hospitalisées en service de court séjour). Les suivantes décrivent la situation épidémiologique pour une sélection de problèmes de santé, qui sont les plus fréquents et les plus graves : maladies de l'appareil circulatoire, diabète, maladies de l'appareil respiratoire, cancers, troubles mentaux et du comportement, conséquences de la consommation excessive d'alcool sur la santé, accidents.*



## 2.1 Vue d'ensemble de l'état de santé

### 2.1.1 Mortalité générale, mortalité prématurée

Au cours des dernières décennies, la mortalité générale a fortement diminué en France, notamment aux âges élevés. Il en résulte une augmentation marquée de l'espérance de vie à la naissance. En 2017, cette dernière atteint en France métropolitaine 79,5 ans chez les hommes et 85,4 ans chez les femmes. Cela représente 16 années supplémentaires chez les hommes et les femmes par rapport au début des années 1950.

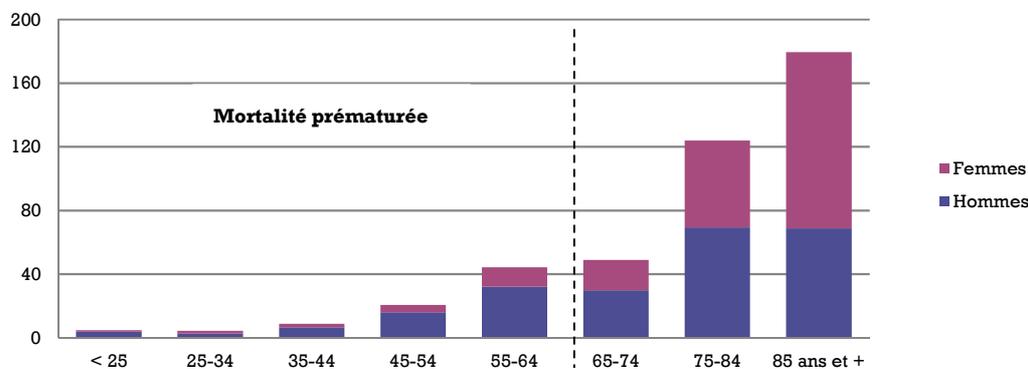
L'augmentation de l'espérance de vie a profité à toutes les catégories sociales, mais les inégalités restent importantes, notamment chez les hommes. Ainsi, entre les cadres et les ouvriers, l'écart d'espérance de vie à 35 ans atteint 6 ans chez les hommes et 3 ans chez les femmes, et cet écart ne s'est pas réduit depuis la fin des années 1970<sup>14</sup>. Si l'on considère l'espérance de vie "en bonne santé", ces inégalités sociales se sont même aggravées, et ce de manière plus marquée chez les hommes.

#### Une espérance de vie qui progresse, grâce à un fort recul de la mortalité

► Comme en France, la mortalité des habitants de la Communauté de communes de Châteaubriant-Derval diminue. Elle a ainsi connu une baisse de 35 % entre les périodes 1988-1992 et 2011-2015, soit à un rythme comparable à celui observé au plan national (- 33 %) [Fig15]. Ce recul s'observe chez les hommes comme chez les femmes du territoire, et est de même ampleur dans ces deux groupes de population. Cette évolution de la mortalité se traduit par une augmentation de l'espérance de vie des habitants de la Communauté de communes.

► 435 habitants du territoire sont décédés en moyenne chaque année sur la période 2011-2015 : 229 hommes et 206 femmes. La majorité de ces décès concernent des personnes âgées, voire très âgées : 70 % sont survenus au-delà de l'âge de 75 ans, et plus de 40 % au-delà de 85 ans [Fig13].

**Fig13 Nombre annuel moyen de décès selon l'âge et le sexe**  
Communauté de communes Châteaubriant-Derval (moyenne 2011-2015)



Sources : Inserm CépiDc, SNDS-BCMD - exploitation ORS Pays de la Loire

#### Une mortalité masculine près de deux fois plus élevée que celle des femmes

► Comme en France, la mortalité des hommes du territoire est supérieure à celle des femmes. Globalement, à structure par âge comparable<sup>15</sup>, la mortalité masculine est 1,9 fois plus élevée que celle des femmes [Fig15].

#### 27 % des décès masculins et 11 % des décès féminins surviennent avant l'âge de 65 ans

► L'analyse des causes médicales de décès reflète 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.

<sup>14</sup> Blanpain N. (2016). Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers. Insee Première. Insee. n° 1584. 4 p.

<sup>15</sup> C'est-à-dire après contrôle des éventuelles différences de structure par âge entre les deux populations étudiées. Si des écarts sont observés, ces derniers ne sont pas liés à une différence de structure par âge.



► La mortalité prématurée (avant 65 ans) est en forte baisse parmi les habitants de la Communauté de communes : - 35 % entre les périodes 1988-1992 et 2011-2015. Une baisse d'ordre relativement comparable est observée au plan national (- 36 %). Cette baisse s'observe chez les hommes comme chez les femmes du territoire, mais de façon plus marquée chez ces dernières (- 30 % chez les hommes, - 45 % chez les femmes) [Fig17].

► Malgré ce recul, la mortalité prématurée reste importante. Ainsi, sur la période 2011-2015, ont été dénombrés en moyenne 83 décès prématurés par an parmi les habitants de la Communauté de communes. Ce qui représente près d'un décès sur cinq chaque année (19 %) [Fig14].

► Comme en France, la part des décès prématurés est nettement plus élevée chez les hommes du territoire : 27 % des décès masculins surviennent avant 65 ans contre 11 % des décès féminins. Ainsi, parmi les 83 décès prématurés enregistrés en moyenne chaque année, 61 concernent des hommes et 22 des femmes [Fig13].

Globalement, à structure par âge comparable, la mortalité prématurée est 2,8 fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes [Fig17].

### Plus d'un tiers des décès avant 65 ans peuvent être considérés comme évitables

► Les **cancers** constituent la première cause des décès prématurés (30 décès, 36 %), le cancer du poumon étant le plus fréquent (9 décès par an).

Les **morts violentes**, principalement par suicide et accident, sont à l'origine de 16 décès par an et représentent 19 % des décès prématurés.

Enfin, les **maladies cardiovasculaires**, avec 10 décès par an, constituent la troisième grande cause de mortalité parmi les personnes de moins de 65 ans du territoire (12 %) [Fig14].

► 37 % des décès prématurés, soit plus de 30 par an (dont 25 décès masculins, 6 décès féminins), peuvent être considérés comme « évitables » car ils sont liés à de problèmes de santé qu'il est possible de prévenir par des actions de prévention primaire (accidents, chutes, suicides, consommation d'alcool, tabagisme...)¹⁶.

**Fig14 Nombre annuel moyen de décès et de décès prématurés (avant 65 ans) selon les principales causes de décès**  
Communauté de communes Châteaubriant-Derval (moyenne 2011-2015)

	Nb total moyen de décès	Dont nb moyen de décès < 65 ans
<b>Cancers</b>	<b>112</b>	<b>30</b>
<i>Dont : Cancer du poumon</i>	18	9
<i>Cancer du côlon-rectum</i>	12	<3*
<i>Cancer de la prostate</i>	9	<3*
<i>Cancer des VADS¹ et de l'oesophage</i>	8	3
<i>Cancer du foie, vois biliaires intrahépatiques</i>	8	<3*
<i>Cancer du pancréas</i>	6	<3*
<i>Cancer du sein</i>	6	<3*
<b>Traumatismes et empoisonnements</b>	<b>37</b>	<b>16</b>
<i>Dont : Accident de la vie courante</i>	20	4
<i>Suicide</i>	10	7
<i>Accident de la circulation</i>	4	4
<b>Maladies de l'appareil circulatoire</b>	<b>126</b>	<b>10</b>
<i>Dont : Cardiopathies ischémiques</i>	27	3
<i>Maladies cérébrovasculaires</i>	27	<3*
<i>Insuffisance cardiaque</i>	21	<3*
<b>Pathologies liées à la conso. excessive d'alcool²</b>	<b>11</b>	<b>8</b>
Autres causes	149	19
<b>TOTAL</b>	<b>435</b>	<b>83</b>

Sources : Inserm CépiDc, SNDS-BCMD - exploitation ORS Pays de la Loire

1. VADS : voies aérodigestives supérieures (lèvres, cavité buccale, pharynx et larynx).

2. Maladie du foie, alcoolique ou sans précision, troubles mentaux liés à l'alcool.

\* Nombre total de décès au cours des 5 années 2011-2015 inférieur à 15.

¹⁶ La liste des causes de décès prématurés « évitables » comprend les décès imputables à la consommation de tabac et/ou d'alcool (cancers du poumon et des voies aérodigestives supérieures, psychoses alcooliques et cirrhoses alcooliques ou de cause non précisée), les décès par accident de la circulation, chute ou suicide et, dans le registre des maladies infectieuses, les décès par sida.



## Une mortalité supérieure de 13 % à la moyenne nationale chez les hommes du territoire et proche de cette moyenne chez les femmes

► À structure par âge comparable, la population de la Communauté de communes présente une mortalité générale (tous âges et deux sexes confondus) supérieure de 9 % à la moyenne nationale sur la période 2011-2015. Cette surmortalité correspond à un excédent moyen d'environ 36 décès par an sur le territoire [Fig15].

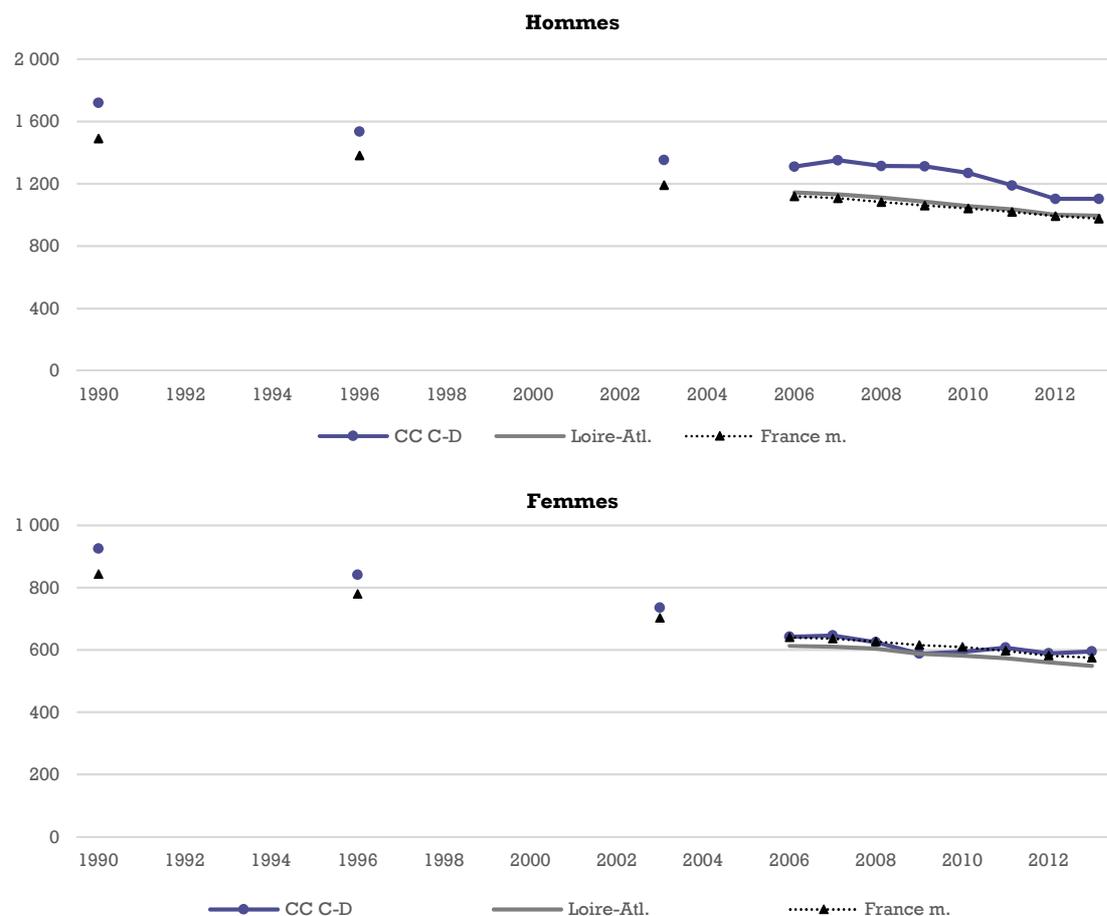
► Cette surmortalité concerne essentiellement les hommes, qui présentent un écart de + 13 % avec la moyenne nationale sur ces années récentes 2011-2015. Un écart relativement comparable était observé au cours des années 1990, et au début des années 2000 (+ 15 % en 1988-1992, + 12 % en 1994-1998, + 14 % en 2001-2005). Cette situation masculine n'est toutefois pas spécifique à l'intercommunalité de Châteaubriant-Derval. Une surmortalité masculine est notamment retrouvée dans plusieurs territoires du nord et de l'ouest de la Loire-Atlantique (région nazairienne, Sud-Estuaire, Presqu'île guérandaise, Pays de Pont-Château/St-Gildas-des-Bois, Région de Blain, Pays de Redon).

► Chez les femmes de la Communauté de communes, l'écart avec la moyenne nationale s'est réduit. Si la mortalité féminine sur le territoire était supérieure de 10 à 12 % à la moyenne nationale au cours des années 1990, elle est sur les années récentes relativement proche de cette moyenne<sup>17</sup>.

► Ces constats peuvent être notamment mis en lien avec les caractéristiques sociales des habitants de la Communauté de communes. En effet, de façon générale, les populations des groupes sociaux les moins favorisés ont une moindre espérance de vie que celles des groupes les plus favorisés, et les écarts sont plus marqués chez les hommes<sup>18</sup>.

**Fig15 Évolution de la mortalité générale**

Communauté de communes Châteaubriant-Derval, Loire-Atlantique, France métropolitaine (1990-2013)



Sources : Inserm CépiDc, SNDS-BCMD, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

Taux pour 100 000, moyenne 5 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006).

Note : les échelles des graphiques sont différentes.

<sup>17</sup> Un écart de + 4 % est observé sur les années 2011-2015 mais celui-ci n'est pas statistiquement significatif

<sup>18</sup> Blanpain N. (2016). Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers. *Insee Première*. Insee. n° 1584. 4 p.



## Un écart qui atteint 24 % chez les hommes âgés de moins de 65 ans

► Cette situation moins favorable en matière de mortalité générale que connaît le territoire, et plus particulièrement les hommes, provient pour une large part de la mortalité prématurée (avant l'âge de 65 ans). Ainsi, à structure par âge comparable, la mortalité parmi les habitants de moins de 65 ans de la Communauté de communes (deux sexes confondus) est, à structure par âge comparable, supérieure de 13 % à la moyenne nationale sur la période 2011-2015.

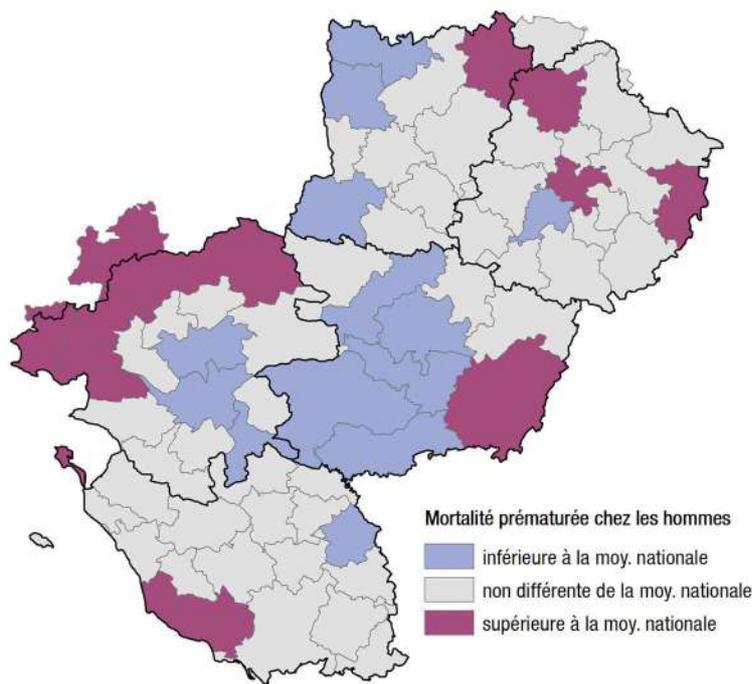
► Chez les hommes, cette surmortalité prématurée atteint 24 %. Elle correspond ainsi en moyenne à un excédent annuel de 12 décès d'hommes de moins de 65 ans par an [Fig17].

Cet écart avec la moyenne nationale ne tend pas à se réduire, il s'est même accru depuis le début des années 1990 (+ 9 % en 1988-1992).

Cette situation n'est toutefois pas spécifique à l'intercommunalité castelbriantaise. Dans les Pays de la Loire, une surmortalité prématurée masculine est notamment retrouvée dans plusieurs territoires du nord et de l'ouest de la Loire-Atlantique (région nazairienne, Sud-Estuaire, Presqu'Île guérandaise, Pont-Château, Pays de Redon) [Fig16].

Cette situation locale s'explique principalement par une surmortalité prématurée liée aux accidents, suicides, et aux pathologies attribuables à la consommation excessive d'alcool (maladie alcoolique du foie, psychose alcoolique) [Cf. Parties 2.6 « Santé mentale, troubles mentaux et du comportement, suicides » ; 2.7 « Conséquences sur la santé de la consommation excessive d'alcool » ; 2.8 « Conséquences des accidents »].

**Fig16 Comparaison de la mortalité prématurée chez les hommes par rapport à la moyenne nationale selon les EPCI de la région Pays de la Loire**  
Pays de la Loire (moyenne 2011-2015)



Sources : Inserm CépiDc, SNDS-BCMD, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

## Une mortalité prématurée féminine désormais proche de la moyenne nationale grâce à un fort recul depuis le début des années 1990

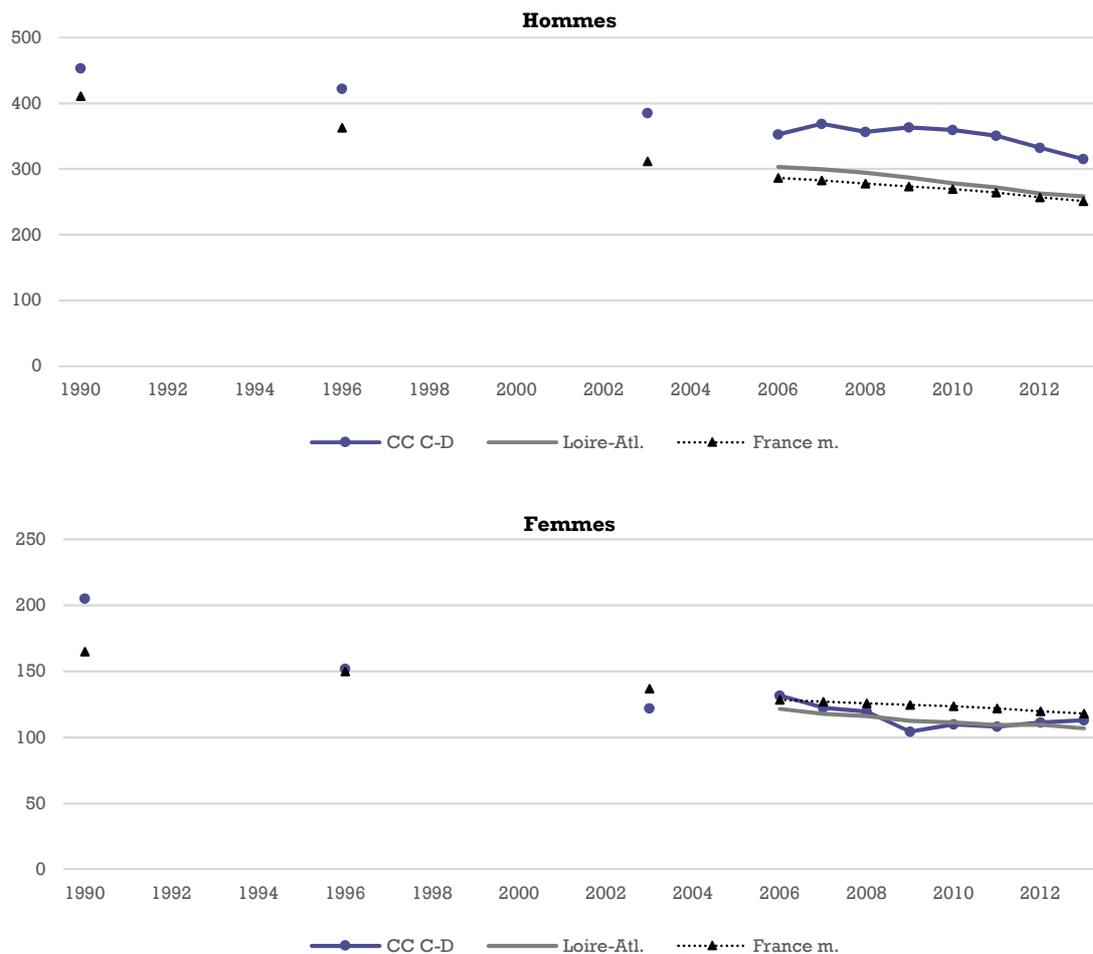
► Chez les femmes de la Communauté de communes, la mortalité prématurée a connu depuis le début des années 1990 un recul plus important qu'au plan national (- 45 % vs - 28 % en France). Nettement supérieure à la moyenne nationale au début des années 1990 (+ 25 %), la mortalité prématurée féminine apparaît sur les années récentes proche, voire même inférieure à cette moyenne sur les années récentes<sup>19</sup> [Fig17].

<sup>19</sup> Un écart de - 5 % est notamment observé sur la période 2011-2015, cet écart n'étant toutefois pas statistiquement significatif



**Fig17 Évolution de la mortalité prématurée**

Communauté de communes Châteaubriant-Derval, Loire-Atlantique, France métropolitaine (1990-2013)



Sources : Inserm CépiDc, SNDS-BCMD, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire  
Taux pour 100 000, moyenne 5 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006).  
Note : les échelles des graphiques sont différentes.

## 2.1.2 Maladies chroniques

Les dernières décennies se caractérisent par le poids croissant des maladies chroniques et de la multimorbidité, c'est-à-dire de la présence chez une même personne de plusieurs maladies chroniques. Cette tendance résulte notamment de l'augmentation de l'espérance de vie et des progrès médicaux, qui permettent aux individus de vivre de plus en plus longtemps avec certaines maladies, sans pour autant en guérir.

Lorsque la prise en charge de ces maladies nécessite des soins prolongés et coûteux, les personnes qui en sont atteintes peuvent être admises en affection de longue durée (ALD) par leur régime d'assurance maladie. Elles bénéficient alors d'une exonération du ticket modérateur, c'est-à-dire d'une prise en charge à 100 % des soins liés à ces affections.

En France, environ un tiers de la population relevant du régime général d'assurance maladie a dans l'année un recours aux soins qui témoigne d'une pathologie chronique ou d'un traitement prolongé, et la proportion de personnes en ALD atteint 16 %.

Les besoins de prévention et de prise en charge de ces affections chroniques, et plus largement d'adaptation des conditions de vie et d'environnement à la situation des personnes concernées, sont donc très importants.

Les statistiques relatives aux ALD présentées ci-après offrent un regard sur la fréquence des maladies chroniques et leur évolution, même si toutes les personnes atteintes de maladies chroniques ne sont pas en ALD et si le caractère médico-administratif de ces données nécessite de les interpréter en prenant en compte leurs limites [ENCADRÉ 3].



## Un habitant sur 6 est en affection de longue durée

► Fin 2016, environ 8 000 habitants de la Communauté de communes de Châteaubriant-Derval sont en affection de longue durée (ALD) en raison d'une pathologie nécessitant un traitement prolongé et particulièrement coûteux<sup>20</sup>, soit 17 % de la population de ce territoire.

Cette prévalence augmente fortement avec l'âge, passant de 3 % chez les moins de 25 ans, à 15 % chez les 45-54 ans pour atteindre 56 % chez les 75 ans et plus.

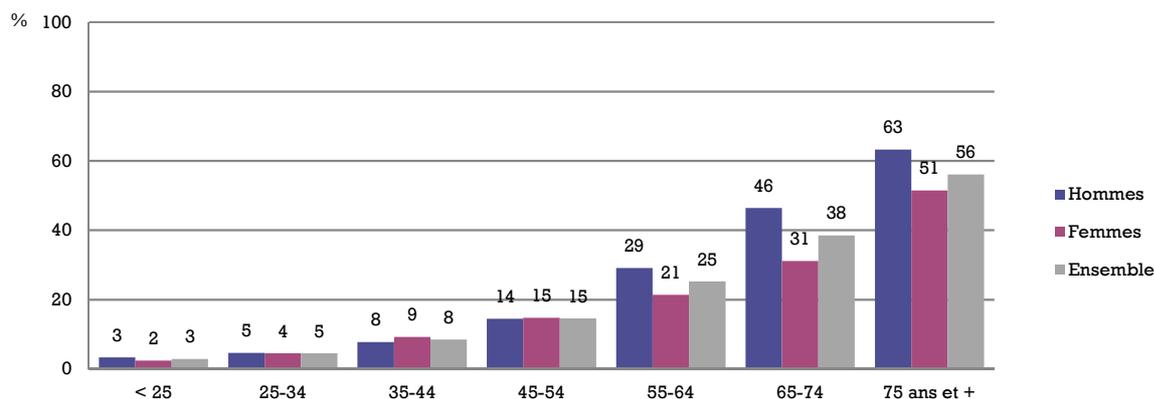
Comme en France, cette prévalence est, à structure par âge comparable, légèrement plus élevée chez les hommes (17 %) que chez les femmes (16 %). Avant 55 ans, les taux sont sensiblement identiques entre les hommes et les femmes, mais au-delà de cet âge, les taux masculins sont 1,2 à 1,5 fois plus élevés que les taux féminins [Fig18]. Ainsi, à structure par âge comparable, 43 % des hommes du territoire âgés de 55 ans et plus sont en ALD contre 34 % des femmes.

► Le taux global de personnes en ALD parmi les habitants de la Communauté de communes est proche de la moyenne nationale, mais est légèrement supérieur à la moyenne départementale (16 % à structure par âge comparable).

► Comme dans la population nationale, les problèmes de santé chroniques les plus souvent pris en charge au titre d'une ALD parmi les habitants du territoire sont :

- les pathologies cardiovasculaires (environ 3 600 habitants concernés<sup>21</sup>),
- le diabète (1 700),
- les cancers (1 500),
- et les pathologies psychiatriques (1 400).

**Fig18 Pourcentage de bénéficiaires en ALD selon l'âge et le sexe**  
Communauté de communes Châteaubriant-Derval (31/12/2016)



Source : DCIR (SNDS) - exploitation ORS Pays de la Loire

### ENCADRÉ 3. Limites des données relatives aux affections de longue durée (ALD)

L'interprétation isolée des données d'ALD doit toutefois être prudente et prendre en compte leur caractère médico-administratif. Des disparités peuvent être observées entre territoires, après prise en compte des éventuelles différences de structure par âge de population. La morbidité ne constitue pas le seul facteur explicatif de ces disparités. Ces dernières peuvent résulter de différences dans les modalités de prise en charge ou dans les pratiques médico-administratives en matière d'admission en ALD.

Par ailleurs, l'évolution du nombre d'admissions en ALD et son interprétation sont sensibles aux modifications réglementaires, mais aussi à toute action ou programme nouveau visant à détecter plus précocement certaines pathologies graves et/ou à élargir la population cible.

<sup>20</sup> Ces données de prévalence prennent en compte les trente ALD sur liste.

<sup>21</sup> Une même personne peut être admises en ALD pour plusieurs pathologies.



### 2.1.3 Hospitalisations en médecine, chirurgie, obstétrique

Les statistiques concernant les hospitalisations en service de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique), et notamment les diagnostics principaux posés lors de ces hospitalisations apportent des informations sur la fréquence parmi les habitants de la Communauté de communes des maladies aiguës ou chroniques, des problèmes de santé en lien avec la grossesse, ou des traumatismes et intoxications nécessitant un séjour hospitalier.

Les données présentées ci-après concernent les habitants du territoire qui ont fait l'objet d'une hospitalisation en service de médecine, chirurgie ou d'obstétrique, quel que soit leur lieu de prise en charge, au Centre hospitalier de Châteaubriant ou dans un autre établissement de santé.

Les hospitalisations de moins de 24 heures sont prises en compte mais par contre, les séances (chimiothérapie, radiothérapie, dialyse, transfusion sanguine...) et les séjours de nouveau-nés bien portants sont exclus de cette analyse.

L'interprétation isolée de ces données, issues du PMSI, doit toutefois être prudente et prendre en compte leur caractère médico-administratif [ENCADRÉ 4].

#### Plus de 18 % des habitants hospitalisés au moins une fois dans l'année en service de médecine, chirurgie ou d'obstétrique

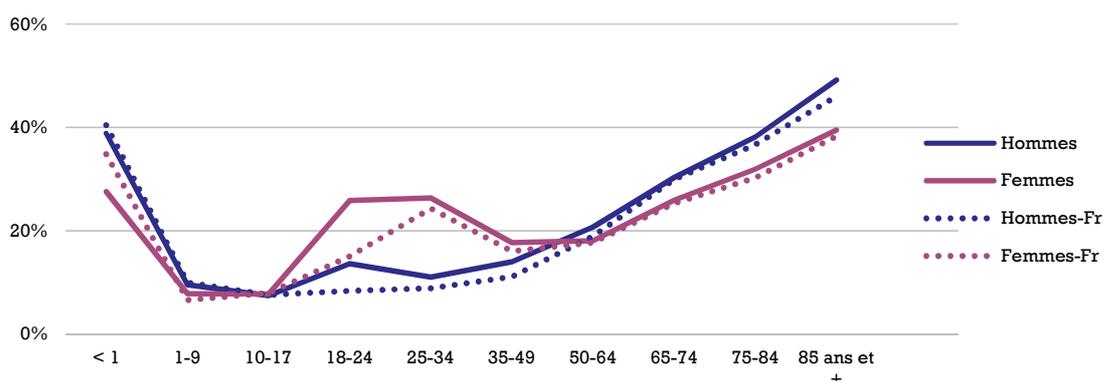
► Sur les années 2013-2015, en moyenne 8 200 habitants de la Communauté de communes de Châteaubriant-Derval ont été hospitalisés au moins une fois dans l'année dans un service de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) d'un établissement de santé, soit 18,5 % de la population du territoire.

► Plus de la moitié des hospitalisations en court séjour des habitants de la Communauté de communes ont lieu dans l'un des deux établissements de santé castelbriantais, au Centre hospitalier ou à la Clinique Sainte-Marie [ENCADRÉ 16].

► Comme en France, le taux d'habitants de la Communauté de communes hospitalisés dans l'année est plus élevé chez les hommes que chez les femmes à tous les âges, sauf entre 18 et 45 ans en raison des hospitalisations liées aux grossesses et accouchements.

► Les taux d'hospitalisation en court séjour les plus élevés sont observés chez les enfants de moins d'un an (33 %) et les personnes âgées (28 % chez les 65-74 ans, 42 % chez les 85 ans et plus). Ils sont minimums entre 1 et 17 ans (environ 8 %) [Fig19].

**Fig19 Pourcentage de personnes hospitalisées au moins une fois dans l'année en court séjour selon l'âge et le sexe**  
Communauté de communes Châteaubriant-Derval, France métropolitaine (moyenne 2013-2015)



Sources : PMSI MCO (ATH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire  
Champ : hors séances, et nouveau-nés bien portants.

#### Un taux de personnes hospitalisées supérieur à la moyenne nationale...

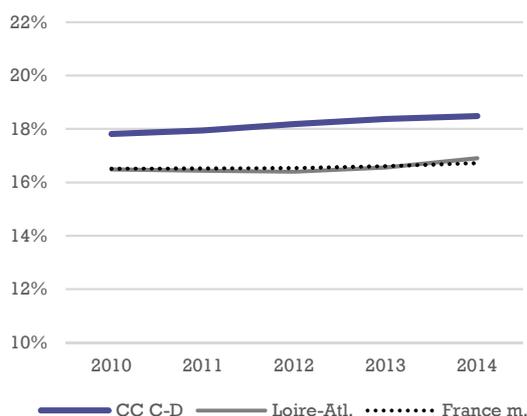
► Le taux d'habitants de la Communauté de communes hospitalisés au moins une fois dans l'année en court séjour connaît une légère tendance à la hausse au cours des dernières années (+ 4 % entre les périodes 2009-2011 et 2013-2015, à structure par âge comparable). Une légère augmentation est également observée au plan départemental (+ 3 %) et national (+ 1 %) [Fig20].



► Ce taux reste, sur les dernières années, supérieur aux moyennes nationale et départementale, qui sont proches. Sur la période 2013-2015, l'écart avec la moyenne nationale s'élève à + 9 %, à structure par âge comparable.

Cette plus grande fréquence de patients hospitalisés au moins une fois dans l'année en court séjour est observée chez les hommes (+ 10 %) comme chez les femmes du territoire (+ 8 %). Elle concerne plus particulièrement les adultes âgés de 18 à 64 ans (+ 15 %). L'écart avec la moyenne nationale est moindre chez les personnes âgées de 65 ans et plus (+ 4 %). Chez les enfants de moins d'un an, on observe même une situation inverse, le taux d'enfants hospitalisés étant inférieur à la moyenne nationale (- 13 %).

**Fig20 Évolution du taux standardisé de personnes hospitalisées en court séjour au moins une fois dans l'année**  
Communauté de communes Châteaubriant-Derval, Loire-Atlantique, France métropolitaine (2010-2014)



Sources : PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire  
Taux standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006), lissé sur 3 ans.

### ... en lien principalement avec une plus grande fréquence des séjours pour lésions traumatiques et pour tumeurs bénignes

► Cette plus grande fréquence de patients hospitalisés (au moins une fois dans l'année) en court séjour parmi les habitants de la Communauté de communes est liée principalement à une plus grande fréquence des hospitalisations pour lésions traumatiques et pour tumeurs bénignes, ainsi que dans une moindre mesure, pour maladies ostéo-articulaires et pour maladies des dents et du parodonte [Fig21].

► Les **lésions traumatiques** et leurs séquelles sont à l'origine en moyenne chaque année de l'hospitalisation de 780 habitants du territoire. Sont le plus en cause, comme en France, les luxations ou entorses (21 % des patients hospitalisés), les fractures du membre supérieur (16 %) et les traumatismes crâniens (14 %).

Le taux d'habitants de la Communauté de communes hospitalisés pour lésions traumatiques est nettement supérieur à la moyenne nationale : + 42 % sur la période 2013-2015. Ce constat s'observe chez les hommes comme chez les femmes, et dans les trois grands groupes de population (enfants, adultes et seniors). Il est lié notamment à une plus grande fréquence des hospitalisations pour luxations et entorses (+ 108 %), traumatismes crâniens (+ 62 %) et plaies ouvertes de la main ou du poignet (+ 107 %).

Une plus grande fréquence des recours hospitaliers pour lésions traumatiques est également retrouvée au plan départemental, avec un écart toutefois moins important (+ 14 % par rapport à la moyenne nationale). Des écarts marqués avec la moyenne nationale (de l'ordre de + 20 à + 30 %) sont également retrouvés dans certains EPCI limitrophes (Communautés de communes de Nozay, Région de Blain, Erdre et Gesvre...).



► Les **tumeurs bénignes** constituent le motif d'hospitalisation en court séjour d'environ 650 habitants de la Communauté de communes chaque année.

Ces séjours concernent dans trois quart des cas des tumeurs colorectales, et sont liés le plus souvent à la réalisation d'une endoscopie digestive.

La fréquence des recours pour tumeurs bénignes parmi les habitants du territoire est deux fois plus élevée qu'au plan national. Un constat comparable est observé au plan départemental, avec toutefois un écart moins marqué (+ 46 %).

► Les **maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif** constituent le diagnostic principal d'hospitalisation de plus de 860 habitants de la Communauté de communes en moyenne chaque année. Les arthroses (de la hanche et du genou) et les lésions internes du genou motivent un tiers de ces hospitalisations.

Le taux d'habitants du territoire hospitalisés pour maladies ostéo-articulaires est supérieur de 19 % par rapport à la moyenne nationale. Cette plus grande fréquence s'observe chez les hommes (+ 27 %) comme chez les femmes (+ 13 %). Elle est liée notamment à un plus grand recours pour arthrose (+ 25 %) et spondylopathie (+ 63 %).

Au plan départemental, un constat analogue est observé chez les hommes, avec toutefois un moindre écart (+ 6 % par rapport à la moyenne nationale). Par contre chez les femmes, la situation départementale est inverse, avec un taux d'hospitalisation pour maladies du système ostéo-articulaires légèrement inférieur à la moyenne nationale (- 4 %).

► La fréquence des recours hospitaliers pour **maladies des dents et du parodonte**, qui sont principalement liés aux extractions de dents de sagesse, est parmi les habitants de la Communauté de communes supérieure de 56 % à la moyenne nationale. En moyenne 370 personnes du territoire sont hospitalisées en court séjour au moins une fois dans l'année pour des affections dentaires. Une plus grande fréquence de ces recours hospitaliers est également retrouvée de façon encore plus marquée au plan départemental (+ 80 %).

La morbidité constitue l'un des facteurs explicatifs de ces disparités. Mais, ces dernières peuvent également résulter de différences en matière de modalités de prise en charge, qui peuvent elles-mêmes être influencées par de multiples facteurs (pratiques professionnelles, offre de soins de ville et en établissement de santé, éloignement des établissements...). Enfin, des différences dans les modalités de codage des diagnostics d'hospitalisation ne peuvent être exclues.

#### ENCADRÉ 4. Intérêt et limites de l'utilisation des données du PMSI MCO

Les données relatives aux personnes hospitalisées dans des services de court séjour de médecine, chirurgie ou d'obstétrique (MCO) sont issues du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Ce programme, dont l'objectif est médico-économique, repose sur l'enregistrement lors de chaque séjour dans un établissement de santé, d'un certain nombre d'informations administratives et médicales.

Les statistiques présentées dans ce rapport concernent les habitants de la Communauté de communes Châteaubriant-Derval, quel que soit le lieu de leur hospitalisation. Elles reposent sur l'exploitation du diagnostic principal d'hospitalisation qui est, depuis 2009, le problème de santé qui a motivé l'admission du patient. Pour chaque pathologie ou groupe de pathologies, les résultats concernent les personnes hospitalisées au moins une fois dans l'année pour ce motif, quel que soit le nombre et le motif des autres séjours sur cette période. Ne sont pas pris en compte les séjours des nouveau-nés bien portants, ni les séances (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie, transfusion sanguine...).

Les taux standardisés et indices comparatifs de personnes hospitalisées permettent d'analyser les évolutions et les disparités territoriales en neutralisant les effets de structure par âge. Toutefois, la morbidité n'est pas le seul facteur explicatif des écarts observés après ajustement sur l'âge. Ces derniers peuvent en effet résulter de différences en matière de pratiques de soins ou de modalités de prise en charge, qui peuvent elles-mêmes être influencées par de multiples facteurs (pratiques professionnelles, offre de soins de ville et en établissement de santé, importance de l'offre d'hébergement pour personnes âgées...). Enfin, des différences dans les modalités de codage des diagnostics d'hospitalisation existent également.



**Fig21 Nombre annuel moyen de personnes hospitalisées en court séjour selon le diagnostic principal et le sexe**  
Communauté de communes Châteaubriant-Derval (moyenne 2013-2015)

	Effectif			Écart avec la moy. nat.
	Hommes	Femmes	Total	
A00-B99 Certaines maladies infectieuses et parasitaires	77	63	141	- 11 %
C00-D48 Tumeurs	535	471	1 006	+ 37 %
C00-C97 dont tumeurs malignes	195	147	341	- 7 %
D10-D36 dont tumeurs bénignes	336	311	647	+ 102 %
D50-D89 Maladies du sang et des organes hématopoïétiques...	45	49	94	ns
E00-E90 Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	62	112	174	- 18 %
F00-F99 Troubles mentaux et du comportement	121	77	198	ns
G00-C99 Maladies du système nerveux	133	140	273	ns
H00-H59 Maladies de l'œil et de ses annexes	174	236	410	- 14 %
H60-H95 Maladies de l'oreille et apophyse mastoïde	69	74	143	+ 50 %*
I00-I99 Maladies de l'appareil circulatoire	427	353	780	ns
J00-J99 Maladies de l'appareil respiratoire	264	220	484	ns
K00-K93 Maladies de l'appareil digestif	697	700	1 397	+ 4 %
K00-K08 dont maladies des dents et du parodonte	174	194	369	+ 55 %
L00-L99 Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	76	66	143	ns
M00-M99 Maladies du système ostéoarticulaire, des muscles et du tissu conjonctif	425	439	864	+ 19 %
N00-N99 Maladies de l'appareil génito-urinaire	221	352	573	+ 6 %
O00-O99 Grossesse, accouchement et puerpéralité	-	656	656	+ 8%*
P00-P96 Certaines affections d'origine périnatale	47	39	86	- 17 %
Q00-Q99 Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	49	60	109	+ 61 %
R00-R99 Symptômes, signes et résultats anormaux non classés ailleurs	392	398	790	+ 21 %
S00-T98 Lésions traumatiques, empoisonnements	522	399	921	+ 35 %
dont lésions traumatiques (yc séquelles)	457	321	778	+ 42 %
Z00-Z99 Autres motifs de recours aux soins	453	504	957	- 12 %
<b>TOTAL</b>	<b>3 776</b>	<b>4 437</b>	<b>8 213</b>	<b>+ 9 %</b>

Sources : PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : hors nouveau-nés bien portants et hors séances (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie et autres traitements itératifs).

**Lecture** : sur la période 2013-2015, en moyenne 69 hommes de la Communauté de communes ont été hospitalisés pour maladies de l'oreille au moins une fois au cours d'une année.

Écart avec la moyenne nationale : le taux d'hospitalisation en court séjour pour maladies de l'oreille est supérieur de 50 % à la moyenne nationale, à structure par âge comparable.

Seules les différences statistiquement significatives au seuil de 5 % entre les habitants de la Communauté de communes et la France métropolitaine sont mentionnées.

ns : écart non statistiquement significatif.

## 2.2 Maladies de l'appareil circulatoire

Les maladies cardiovasculaires regroupent un ensemble de pathologies affectant le cœur et les vaisseaux sanguins. Ces maladies fréquentes sont souvent graves, liées entre elles et susceptibles de mettre en jeu le pronostic vital. C'est le cas notamment des cardiopathies ischémiques, des maladies vasculaires cérébrales, de l'insuffisance cardiaque, mais aussi des cardiopathies valvulaires et des troubles du rythme cardiaque.

Plusieurs facteurs constitutionnels et comportementaux, fréquents et souvent associés, favorisent la survenue de ces pathologies : hypertension artérielle, diabète, dyslipidémies, consommation d'alcool et de tabac, alimentation déséquilibrée, sédentarité, surcharge pondérale. Actuellement, le dépistage et le contrôle médical et thérapeutique de l'hypertension artérielle, des dyslipidémies et du diabète restent insuffisants et doivent être améliorés. Mais la lutte contre les maladies cardiovasculaires passe prioritairement par la promotion d'habitudes de vie favorables à la santé.

### Maladies cardiovasculaires : des affections de plus en plus fréquentes mais une mortalité en net recul

► Les maladies cardiovasculaires constituent, comme en France, le premier motif d'admissions en ALD des habitants de la Communauté de communes : environ 3 600 d'entre eux sont en ALD pour ces pathologies en 2016, ce qui représente environ 8 % de la population du territoire (10 % des hommes, 7 % des femmes).



Près d'un quart de ces personnes en ALD pour maladies cardiovasculaires sont âgées de moins de 65 ans. Une cardiopathie ischémique est en cause dans 41 % des cas avant 65 ans et 33 % des cas dans la population « tous âges ».

Entre 2006 et 2013, le taux d'admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires a augmenté de 6 % parmi les habitants du territoire (+ 11 % en Loire-Atlantique).

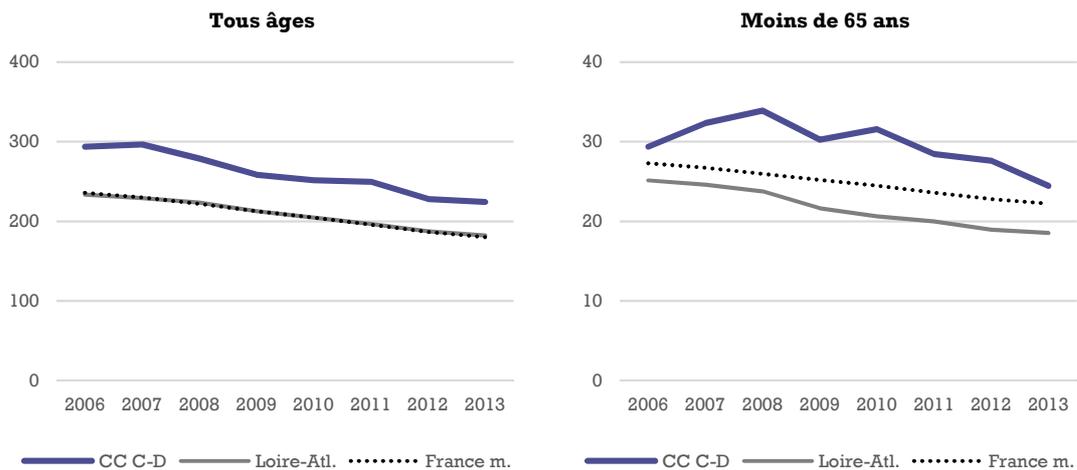
► Les affections cardiovasculaires constituent chaque année le motif principal d'hospitalisation en court séjour de 780 habitants du territoire, dont un tiers âgés de moins de 65 ans. Les pathologies les plus fréquemment en cause sont les cardiopathies ischémiques, l'insuffisance cardiaque, les troubles de la conduction et du rythme et les maladies vasculaires cérébrales.

► Le poids des affections de l'appareil circulatoire est également important en matière de mortalité. Elles sont en effet à l'origine de 126 des 435 décès enregistrés en moyenne chaque année parmi les habitants de la Communauté de communes. Les cardiopathies ischémiques, les maladies vasculaires cérébrales et l'insuffisance cardiaque constituent les principales causes de mortalité cardiovasculaire (respectivement 21 %, 21 % et 17 % des décès).

Comme en France et au plan départemental, la mortalité par maladies cardiovasculaires a diminué de près de 25 % au cours de la dernière décennie parmi les habitants du territoire. La mortalité cardiovasculaire avant 65 ans de cette population connaît des fluctuations mais suit aussi une tendance à la baisse [Fig22].

**Fig22 Évolution de la mortalité par maladies cardiovasculaires**

Communauté de communes Châteaubriant-Derval, Loire-Atlantique, France métropolitaine (2006-2013)



Sources : Inserm CépiDc, SNDS-BCMD, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire  
Taux pour 100 000, moyenne 5 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006).  
Note : les échelles des graphiques sont différentes.

### Une morbidité cardiovasculaire des habitants de la Communauté de communes supérieure à la moyenne nationale, notamment chez les moins de 65 ans

► Par rapport à la moyenne nationale, la population de la Communauté de communes présente une morbidité cardiovasculaire plus élevée. Ainsi, le taux de personnes en ALD pour maladies cardiovasculaires parmi les habitants du territoire lui est supérieur d'environ 15 % fin 2016. Ce constat concerne les hommes (+ 14 %) comme les femmes (+ 16 %), ainsi que les moins de 65 ans (+ 21 %). En outre, la mortalité par maladies cardiovasculaires parmi les habitants de la Communauté de communes reste nettement supérieure à la moyenne nationale, l'écart atteint + 25 % sur la période 2011-2015. Cette situation est également retrouvée chez les moins de 65 ans, même si l'écart fluctue (+ 8 à + 30 % selon les années) en raison de la faiblesse des effectifs (en moyenne 10 décès par an) [Fig22].

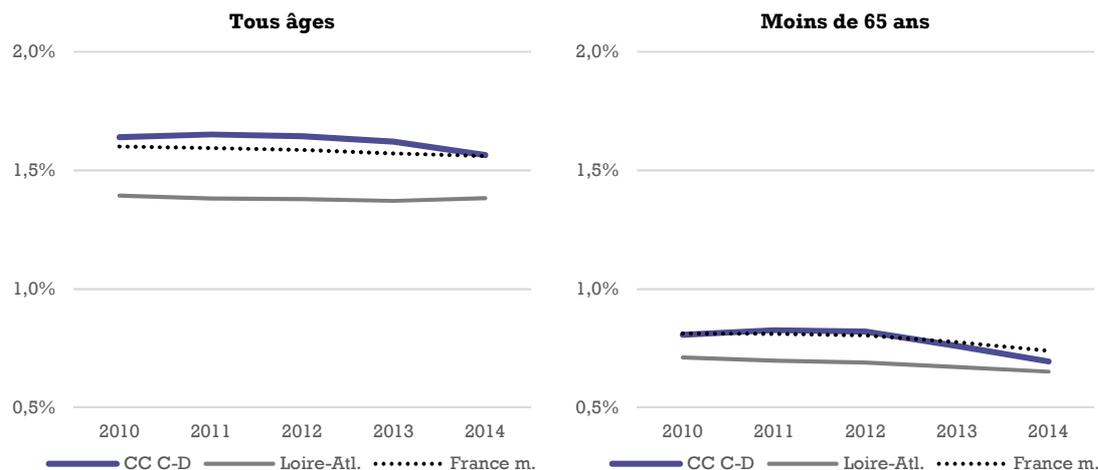
Par contre, le taux de personnes hospitalisées pour pathologies cardiovasculaires parmi les habitants de la Communauté de communes, qui lui était supérieur d'environ 3 % sur les années 2009-2012, apparaît proche de la moyenne nationale sur les années 2013-2015. Chez les moins de 65 ans, ce taux de recours est même inférieur au taux national (- 7 % en 2013-2015) [Fig23].



► Il existe donc une apparente discordance entre la plus forte morbidité cardiovasculaire des habitants de la Communauté de communes âgés de moins de 65 ans et leur moindre fréquence d'hospitalisation pour ces pathologies, par rapport à la moyenne nationale sur les dernières années. D'autant qu'on observe également un moindre recours au cardiologue dans ce groupe d'âge (4,8 % y ont eu recours en 2017 vs 5,9 % en France).

Cette situation est toutefois complexe à interpréter car elle peut résulter de multiples facteurs, qui sont susceptibles d'impacter de manière différentielle les indicateurs d'état de santé, de recours aux soins, de prise en charge de la population (nature précise et gravité des pathologies en cause, modalités de prise en charge, facteurs d'offre, pratiques de codage des diagnostics d'hospitalisation...).

**Fig23 Évolution du taux standardisé de personnes hospitalisées en court séjour pour maladies cardiovasculaires**  
Communauté de communes Châteaubriant-Derval, Loire-Atlantique, France métropolitaine (2010-2014)



Sources : PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire  
Taux standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006), lissé sur 3 ans.

## 2.3 Diabète

*Le diabète se caractérise par une hyperglycémie chronique résultant d'une déficience de la sécrétion d'insuline par le pancréas et/ou d'anomalies de l'action de l'insuline. Il existe deux formes principales de diabète. Le diabète de type 1 est une maladie auto-immune qui débute le plus souvent chez l'enfant ou l'adulte jeune de façon rapide, voire brutale. Le diabète de type 2, qui est le plus répandu (plus de 90 % des cas), s'installe le plus souvent de façon très progressive, et peut rester longtemps asymptomatique. La fréquence de ce diabète croît avec l'âge, et est plus élevée chez les hommes et chez les personnes appartenant aux groupes sociaux les moins favorisés.*

*La gravité du diabète tient notamment à ses complications vasculaires, qui sont fréquentes et graves (plaies du pied pouvant conduire à l'amputation, cécité, infarctus du myocarde, insuffisance rénale...). La prévention de ces complications nécessite une surveillance régulière des personnes diabétiques.*

*Les facteurs génétiques jouent un rôle dans la survenue du diabète de type 1 et surtout du diabète de type 2. Mais pour ce dernier, les facteurs hygiéno-diététiques sont prépondérants, dès lors qu'il existe une prédisposition génétique. Alimentation équilibrée et activité physique régulière permettent donc de prévenir la survenue du diabète de type 2, et font également partie de son traitement.*

### Plus de 4 % des habitants de la Communauté de communes pris en charge pour un diabète

En 2016, 2 000 habitants de la Communauté de communes de Châteaubriant-Derval sont pris en charge pour un diabète. Cet effectif correspond à une prévalence brute de 4,4 %<sup>22</sup> [ENCADRÉ 5].

La prévalence du diabète augmente fortement avec l'âge, à partir de 45 ans (3 %). Elle atteint un maximum dans la classe d'âge des 65-74 ans (13 %) puis diminue au-delà de cet âge [Fig24].

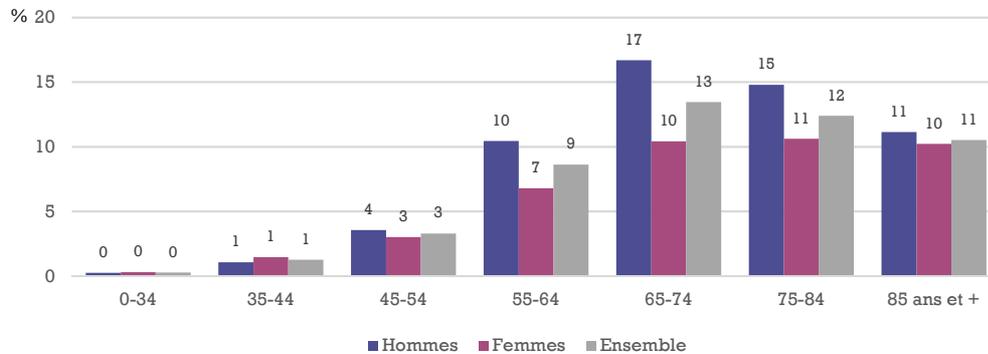
<sup>22</sup> Taux standardisé selon l'âge : 4,2 %.



## Les hommes plus souvent concernés que les femmes

À structure par âge comparable, la prévalence du diabète est nettement plus élevée chez les hommes que chez les femmes (4,6 % vs 3,7 %) [Fig25]. Cette différence s'observe dans toutes les classes d'âge à partir de 45 ans [Fig24].

**Fig24 Proportion de personnes prises en charge pour un diabète selon l'âge et le sexe**  
Communauté de communes Châteaubriant-Derval



Sources : DCIR, PMSI (SNDS) (années 2015 et 2016) - exploitation ORS Pays de la Loire  
Champ : population tous régimes.

## Pas d'écart entre bénéficiaires de la CMUC et non-bénéficiaires, contrairement à ce qui est observé habituellement

Le taux de personnes prises en charge pour un diabète parmi les habitants de la Communauté de communes de Châteaubriant-Derval âgés de moins de 65 ans est, à structure par âge comparable, quasi équivalent entre les bénéficiaires de la CMU-C (2,2 %) et les non-bénéficiaires (2,3 %). Un constat différent est observé à l'échelle du département (2,9 % vs 1,8 %), ainsi qu'au plan national, avec des bénéficiaires de la CMU-C plus souvent pris en charge pour un diabète.

## Une situation locale plus favorable qu'au plan national, en raison d'une moindre fréquence du diabète chez les personnes âgées

La prévalence du diabète parmi la population de la Communauté de communes de Châteaubriant-Derval (4,2 %<sup>23</sup>) est, à structure par âge comparable, nettement inférieure à la moyenne nationale (5,2 % à structure par âge comparable). Ce constat concerne les hommes comme les femmes, ainsi que l'ensemble des classes d'âge. Cette situation favorable se retrouve également à l'échelle du département et est observée plus globalement au niveau de l'Ouest de la France, en lien vraisemblablement avec des facteurs génétiques et des habitudes alimentaires plus favorables.

On note toutefois, que chez les femmes du territoire, cette prévalence du diabète est un peu plus élevée que la moyenne du département (3,7 % vs 3,4 % en Loire-Atlantique). Pour les hommes de la Communauté de communes, le taux est proche de la moyenne départementale [Fig25].

En outre, cette prévalence est supérieure à la moyenne départementale pour les habitants de la Communauté de communes âgés de 35 à 74 ans, et par contre, plus faible pour ceux âgés de 75 ans ou plus [Fig26].

**Fig25 Proportion standardisée<sup>1</sup> de personnes prises en charge pour un diabète selon le sexe**  
Communauté de communes Châteaubriant-Derval, Loire-Atlantique, France métropolitaine

	Hommes	Femmes	Ensemble
<b>Communauté de communes</b>	<b>4,6 %</b>	<b>3,7 %</b>	<b>4,2 %</b>
Loire-Atlantique	4,7 %	3,4 %	4,0 %
France métropolitaine	5,8 %	4,6 %	5,2 %

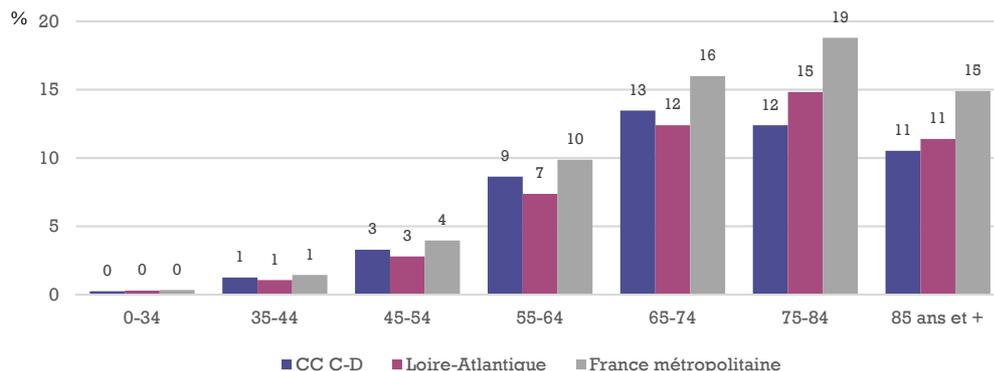
Sources : DCIR, PMSI (SNDS) (années 2015 et 2016) - exploitation ORS Pays de la Loire  
Champ : population tous régimes.

1. Selon l'âge.

<sup>23</sup> Proportion standardisés selon l'âge



**Fig26 Proportion de personnes prises en charge pour un diabète selon l'âge**  
Communauté de communes Châteaubriant-Derval, Loire-Atlantique, France métropolitaine

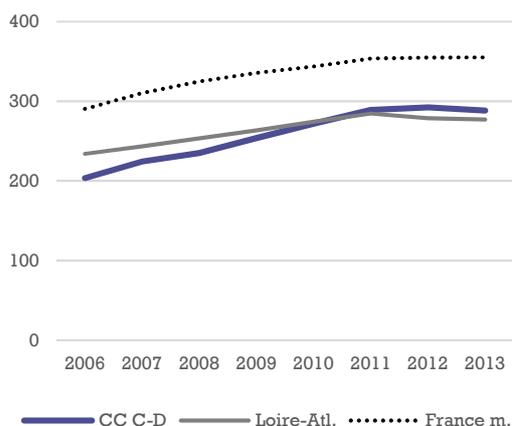


Sources : DCIR, PMSI (SNDS) (années 2015 et 2016) - exploitation ORS Pays de la Loire  
Champ : population tous régimes.

### Une pathologie en forte augmentation

► Le taux de personnes admises en ALD chaque année pour diabète est en forte augmentation parmi les habitants du territoire au cours des dernières années (+ 41 % entre 2005-2007 et 2012-2014). Une augmentation est également observée au plan départemental (+ 18 %) et national (+ 22 %) mais de moindre ampleur [Fig27].

**Fig27 Évolution du taux d'admissions en ALD pour diabète**  
Communauté de communes Châteaubriant-Derval, Loire-Atlantique, France métropolitaine (2006-2013)



Sources : Cnam, MSA, RSI, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire  
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé sur la population française (RP 2006).

#### ENCADRÉ 5. Précisions méthodologiques

L'algorithme de sélection des personnes prises en charge pour un diabète retenu dans cette étude est celui développé par la Cnam pour l'élaboration de la cartographie des patients et des dépenses, à partir des données du Système national des données de santé. Ont ainsi été considérées les personnes :

- ayant reçu au moins trois délivrances (à différentes dates) d'antidiabétiques oraux ou d'insuline (ou au moins deux en cas d'au moins un grand conditionnement) dans l'année 2016,
- et/ou ayant reçu au moins trois délivrances (à différentes dates) d'antidiabétiques oraux ou d'insuline (ou au moins deux en cas d'au moins un grand conditionnement) dans l'année 2015,
- et/ou en ALD au cours de l'année 2016, avec codes CIM10 de diabète,
- et/ou hospitalisées au moins une fois au cours des 2 dernières années (2015, 2016), avec codes CIM10 de diabète (diagnostic principal, DP ou diagnostic relié, DR),
- et/ou personnes hospitalisées au moins une fois au cours des 2 dernières années (2015, 2016) pour une complication du diabète (DP/DR), avec un code CIM10 de diabète en diagnostic associé (DA), DP ou DR.

Cnam. (2018). Méthode générale de la cartographie des pathologies, version G5 (années 2012 à 2016). 75 p.



## 2.4 Maladies de l'appareil respiratoire

Les maladies de l'appareil respiratoire regroupent des affections aiguës et chroniques très diverses, notamment en termes de gravité. Les atteintes aiguës sont souvent d'origine infectieuse : bronchite aiguë, pneumopathie infectieuse... Elles sont très fréquentes mais le plus souvent peu graves, sauf chez les personnes âgées ou fragiles. Parmi les pathologies respiratoires chroniques, l'asthme, la bronchite chronique et la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) sont les plus fréquentes.

La survenue d'un asthme résulte de l'association d'une prédisposition génétique et de facteurs environnementaux comme : les allergènes à l'intérieur des habitations (acariens, moisissures...), les allergènes extérieurs (pollens et moisissures), la fumée du tabac, les produits chimiques irritants sur le lieu du travail, la pollution de l'air, en particulier les particules fines

La bronchite chronique et la BPCO sont des pathologies surtout liées au tabagisme, mais aussi favorisées par certains environnements professionnels à risque.

L'insuffisance respiratoire chronique constitue l'une des complications évolutives de l'asthme et de la BPCO. À partir d'un certain niveau de gravité de cette insuffisance respiratoire, les patients concernés peuvent être admis en affection de longue durée par l'assurance maladie, en raison des soins longs et coûteux qui sont devenus nécessaires.

### Un taux de personnes en ALD pour insuffisance respiratoire chronique grave supérieur à la moyenne nationale

► Près de 390 habitants de la Communauté de communes, dont 160 âgés de moins de 65 ans, sont en affection de longue durée (ALD) pour une insuffisance respiratoire chronique grave (IRCG) fin 2016. L'asthme (44 %) et la BPCO (26 %) sont les pathologies les plus souvent en cause.

Le taux de personnes en ALD pour IRCG parmi les habitants du territoire est supérieur de 22 % à la moyenne nationale, à structure par âge identique. Cette plus grande fréquence s'observe chez les 65 ans et plus (+ 20 %), mais aussi chez les moins de 65 ans (+ 24 %). Elle résulte d'un taux élevé de personnes en ALD pour IRCG liée à un asthme persistant sévère par rapport à la moyenne nationale.

Cette situation des moins de 65 ans est également retrouvée dans d'autres territoires du département (Région nazairienne, Communauté de communes de Nozay). Par contre, au plan départemental, une situation inverse est observée. La prévalence globale des ALD pour IRCG dans ce groupe d'âge est inférieure de 14 % à la moyenne nationale, et pour les IRCG liée à un asthme persistant sévère, l'écart est de - 19 %.

► La moindre morbidité locale par cancer du poumon parmi les habitants de la Communauté de communes de Châteaubriant-Derval [Chapitre 2.5 « Cancers »] permettant de faire l'hypothèse d'un moindre tabagisme dans le territoire parmi les personnes d'âge intermédiaire, la fréquence élevée des ALD pour IRCG interroge sur la contribution éventuelle d'autres facteurs de risque, notamment liés à l'environnement et au travail, même si la nature médico-administrative des données d'ALD constitue une limite à ne pas occulter.

► En moyenne 480 habitants ont été hospitalisés au moins une fois en court séjour dans l'année pour une maladie respiratoire, dont 140 enfants et 220 personnes âgées de 65 ans et plus. Ces séjours sont liés principalement à des affections respiratoires aiguës (pneumopathie, bronchite ou bronchiolite aiguë), ou causés par des exacerbations ou décompensations d'affections chroniques (maladie chronique des amygdales, BPCO, asthme).

Chez les personnes âgées de 65 ans et plus (essentiellement concernées par des pneumopathies infectieuses, la BPCO et les bronchites aiguës), le taux de patients hospitalisés est supérieur à la moyenne nationale (+ 14 % sur la période 2013-2015). Par contre, chez les enfants et les adultes d'âge moyen du territoire, le taux de patients hospitalisés est proche de cette moyenne.

► Environ 25 décès par maladies de l'appareil respiratoire surviennent chaque année parmi les habitants de la Communauté de communes, dont la très grande majorité concernent des personnes âgées. Le taux de mortalité des habitants du territoire pour ces affections est relativement proche de la moyenne nationale.



## 2.5 Cancers

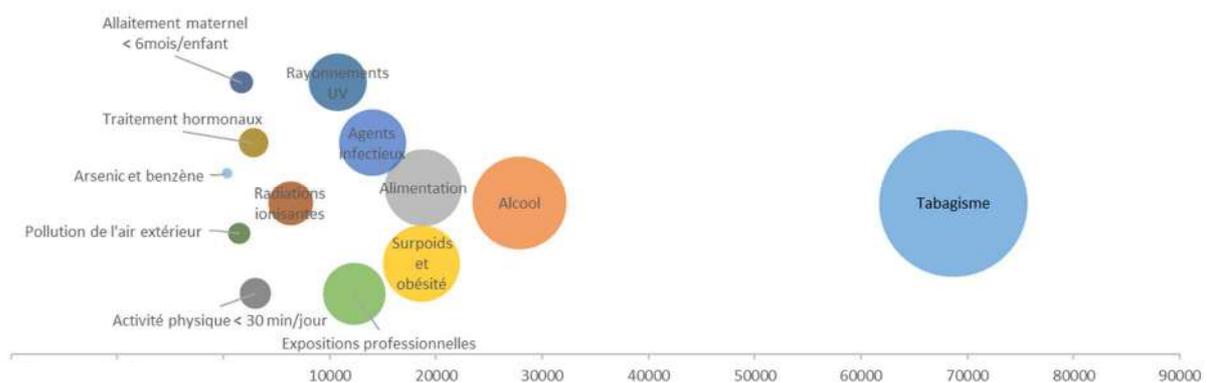
Les cancers sont des affections fréquentes et graves, qui regroupent des pathologies très différentes, notamment du point de vue de leurs facteurs de risque et de leur prise en charge. Globalement, leur pronostic s'est nettement amélioré au cours des dernières décennies, mais il reste très variable selon les localisations et le stade au diagnostic.

Les inégalités sociales sont importantes pour ces affections, avec une mortalité par cancer 4,5 fois plus élevée chez les hommes et 2 fois plus chez les femmes des groupes socioprofessionnels les moins favorisés, par rapport aux plus favorisés<sup>24</sup>.

Les facteurs de risque des cancers sont multiples et leur effet est cumulatif. Trois d'entre eux jouent un rôle majeur au niveau de la population : le tabac, responsable d'environ 20 % des cas de cancer, l'alcool (8 %), et la nutrition (alimentation déséquilibrée : 5 %, surpoids et obésité : 5 %). Globalement, 40 % des cancers pourraient être évités par une prévention primaire<sup>25</sup>.

Deux localisations cancéreuses font actuellement l'objet d'un programme national de dépistage organisé : le cancer du côlon-rectum (hommes et femmes de 50 à 74 ans) et le cancer du sein (femmes de 50 à 74 ans). Le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus (femmes de 25 à 65 ans) est en cours de généralisation à l'ensemble des départements. Leur objectif est de garantir à chacun un accès égal au dépistage, qui permet de réduire la fréquence ou la gravité de ces cancers. La participation de la population à ces programmes reste insuffisante et tend même à diminuer au cours des années récentes.

**Fig28 Nombre de cas de cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine en 2015**



Source : Marant-Micallef C, Shield KD, Vignat J, et al. (2018). Nombre et fractions de cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine en 2015 : résultats principaux. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire. Santé publique France. n° 21. pp. 442-448.

### Comme au niveau national, les cancers de la prostate, du sein et du côlon-rectum sont les plus fréquents

► Sur le territoire comme ailleurs, les cancers sont des affections particulièrement fréquentes. Ainsi, fin 2016, environ 1 500 habitants de la Communauté de communes de Châteaubriant-Derval sont en ALD pour un cancer, ce qui représente 3 à 4 % de la population.

► Le registre des cancers de Loire-Atlantique/Vendée, qui permet un enregistrement quasi-exhaustif des cas de cancers, apporte des informations précises sur ces affections.

Selon les données de ce registre, 240 nouveaux cas de cancers ont été diagnostiqués en moyenne chaque année parmi les habitants la Communauté de communes de Châteaubriant-Derval, sur la période 2012-2014 (140 cas masculins, 100 cas féminins). 45 % de ces nouveaux cas de cancer concernent des personnes âgées de moins de 65 ans (107 cas au total) [Fig29].

Le cancer de la prostate (41 nouveaux cas annuels), le cancer du sein (29) et le cancer du côlon-rectum (29) sont les cancers les plus fréquemment diagnostiqués, devant le cancer du poumon (22) et les cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS<sup>26</sup>, 21 cas).

<sup>24</sup> Saurel-Cubizolles MJ, Chastang JF, Menvielle G, et al. (2009). Social inequalities in mortality by cause among men and women in France. *Journal of epidemiology and community health*, vol. 63, n° 3. 197-202.

<sup>25</sup> Marant-Micallef C, Shield KD, Vignat J, et al. (2018). Nombre et fractions de cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine en 2015 : résultats principaux. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. Santé publique France. n° 21. 442-448.

Centre international de recherche sur le cancer. (2018). Les cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine. 271 p.

<sup>26</sup> Voies aérodigestives supérieures (lèvres, cavité buccale, pharynx, œsophage et larynx).



**Fig29 Nombre annuel de nouveaux cas de cancers diagnostiqués et nombre annuel de décès par cancer**  
Communauté de communes Châteaubriant-Derval (moyennes 2012-2014 et 2011-2015)

	Nouveaux cas diagnostiqués (moy. 2012-2014)	Décès (moy. 2011-2015)
<b>Total cancers</b>	<b>240</b>	<b>112</b>
Dont :		
Cancer de la prostate	41	9
Cancer du sein	29	6
Cancer du côlon-rectum	29	12
Cancer du poumon	22	18
Cancer des VADS <sup>1</sup>	21	8
Cancer du foie, vois biliaires intrahépatiques	< 10	8
Dont :		
Total cancers masculins	140	72
Dont :		
Total cancers féminins	100	41
Dont :		
Total cancers chez les moins de 65 ans	107	30
Dont :		
Total cancers chez les 65 ans et plus	133	82

Sources : Registre des cancers de Loire-Atlantique/Vendée, Inserm CépiDc, SNDS-BCMB

1. VADS : voies aérodigestives supérieures (lèvres, cavité buccale, pharynx, œsophage et larynx).

### Le cancer du poumon, première cause de décès par cancer

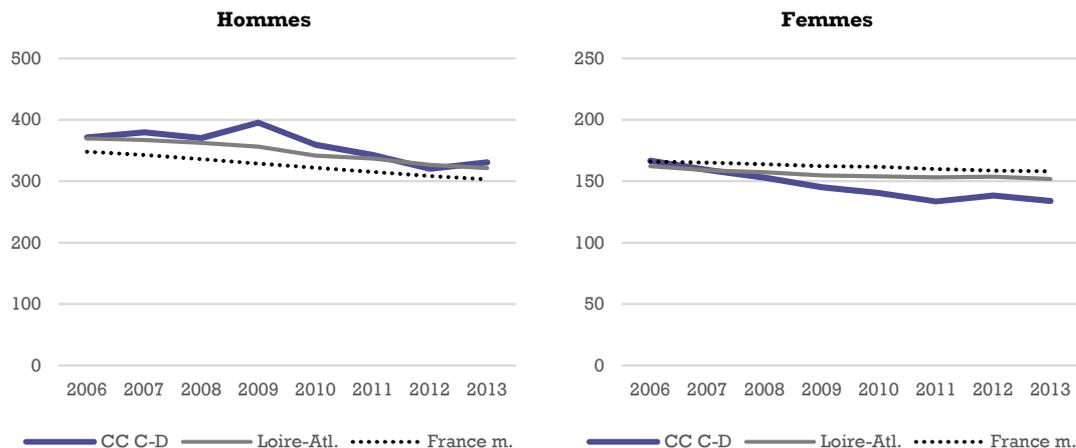
► Même si la survie après la survenue d'un cancer a nettement progressé au cours des dernières décennies, 112 décès par cancer surviennent chaque année parmi les habitants de la Communauté de communes de Châteaubriant-Derval. Parmi ces décès, 30, soit plus d'un quart, concernent des personnes âgées de moins de 65 ans [Fig29].

Le cancer du poumon, dont le tabagisme constitue le principal facteur de risque, représente la première cause de mortalité par cancer et mortalité prématurée parmi les habitants du territoire (18 décès par an, dont 9 décès parmi les moins de 65 ans). Arrivent ensuite le cancer du côlon-rectum (12), les cancers des VADS (8), le cancer du foie et des voies intrahépatiques (8), le cancer du sein (6) et le cancer du pancréas (6).

Comme en France, et malgré des fluctuations selon les années, la mortalité par cancer suit globalement une tendance à la baisse parmi la population de la Communauté de communes [Fig30].

**Fig30 Évolution de la mortalité par cancers**

Communauté de communes Châteaubriant-Derval, Loire-Atlantique, France métropolitaine (2006-2013)



Sources : Inserm CépiDc, SNDS-BCMD, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

Taux pour 100 000, moyenne 5 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006).

Note : les échelles des graphiques sont différentes.



## **Fréquence des cancers : inférieure à la moyenne nationale pour le sein et le poumon, supérieure pour la prostate et les localisations pour lesquelles la consommation d'alcool constitue le principal facteur de risque**

► Si l'on considère l'ensemble des cancers (toutes localisations confondues), la fréquence des nouveaux cas de cancers parmi les habitants de la Communauté de communes est relativement proche de la moyenne nationale sur la période 2012-2014. Ce constat s'observe chez les hommes comme chez les femmes du territoire. A l'échelle du département, une surincidence des cancers est cependant observée à la fois chez les hommes et les femmes.

Si l'on considère la mortalité par cancer (toutes localisations confondues, deux sexes confondus), celle-ci est également proche de la moyenne nationale parmi les habitants de la Communauté de communes sur la période 2011-2015. Un constat analogue est retrouvé à l'échelle départementale. Mais ces résultats globaux masquent des disparités selon le sexe et les localisations cancéreuses.

► La mortalité par cancer est en effet supérieure à la moyenne nationale chez les hommes de la Communauté de communes (+ 9 %<sup>27</sup> en 2011-2015), et elle est inférieure à cette moyenne chez les femmes (- 13 %) [Fig30].

► Cette surmortalité masculine est notamment à rapprocher de la plus grande fréquence sur le territoire des **cancers des VADS**, qui touchent le plus souvent des hommes et sont souvent de mauvais pronostic. Sur la période 2012-2014, l'incidence de ces cancers, dont les principaux facteurs de risque sont la consommation d'alcool et de tabac, est en effet parmi les habitants de la Communauté de communes supérieure d'environ 50 % à la moyenne nationale.

Même si les écarts observés ne sont pas statistiquement significatifs en raison des faibles effectifs de décès, ces résultats sont confortés par une plus grande fréquence sur le territoire des décès par cancer des VADS et par cancer du foie, pour lesquels la consommation excessive d'alcool constitue également un facteur de risque majeur.

Cette situation n'est toutefois pas seulement spécifique à la Communauté de communes de Châteaubriant-Derval. Elle se retrouve plus globalement à l'échelle du département de la Loire-Atlantique, et de la région Pays de la Loire<sup>28</sup>.

► Concernant le **cancer de la prostate**, si l'incidence de ce cancer apparaît relativement proche de la moyenne nationale sur la période récente 2012-2014, une surincidence de 13 % de ce cancer est observée sur une période d'étude plus longue 2006-2015. En outre, est observée une surmortalité liée à ce cancer parmi les hommes du territoire sur la période 2011-2015 (+ 42 % par rapport à la moyenne nationale).

Une surincidence et une surmortalité sont également retrouvées au plan départemental, avec toutefois une surmortalité moins marquée (+ 11 % par rapport à la moyenne nationale en 2011-2015).

La co-existence d'une surincidence et d'une surmortalité permet de faire l'hypothèse que la surincidence ne serait pas entièrement liée à un dépistage plus développé du cancer de la prostate mais pourrait témoigner d'une surexposition à certains facteurs de risque (antécédents familiaux, facteurs environnementaux...).

► La fréquence des nouveaux cas de **cancer du sein** parmi les femmes de la Communauté de communes apparaît plutôt proche de la moyenne nationale, voire légèrement inférieure sur la période 2012-2014. Une sous-mortalité par cancer du sein est par ailleurs retrouvée à l'échelle du territoire sur les dernières années (- 30 % par rapport à la moyenne nationale, sur la période 2011-2015).

Cette situation locale contraste avec celle observée au plan départemental, où l'on observe une surincidence de ce cancer et une mortalité proche de la moyenne nationale sur ces années récentes.

► Pour le **cancer du côlon-rectum**, l'incidence et la mortalité à l'échelle de la Communauté de communes sont relativement proches de la moyenne nationale.

► Concernant le **cancer du poumon**, même si l'écart observé n'est pas statistiquement significatif, l'incidence de ce cancer apparaît plutôt inférieure à la moyenne nationale parmi les habitants de la Communauté de communes (- 23 % en 2012-2014). En cohérence, la mortalité liée à ce cancer est

<sup>27</sup> Écart non statistiquement significatif au seuil de 5 %.

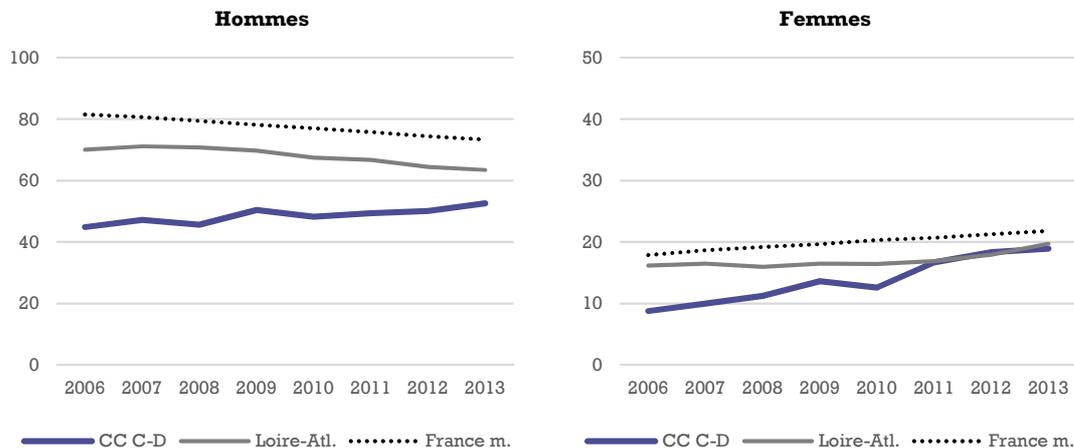
<sup>28</sup> Cowppli-Bony A, Molinié F, Cariou M, et al. (2019). Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016. Pays de la Loire. Réseau Francim, Service de Biostatistique-Bioinformatique des Hospices Civils de Lyon, Santé publique France, Institut national du cancer. 168 p.



inférieure à la moyenne nationale (- 21 % sur la période 2011-2015). Cependant, cet écart avec la moyenne nationale se réduit en lien avec une augmentation de cette mortalité, chez les hommes et plus particulièrement chez les femmes pour lesquelles la mortalité par cancer du poumon a doublé entre les périodes 2004-2008 et 2011-2015 (en moyenne 6 décès par an contre 3 sur les années précédentes) [Fig31].

**Fig31 Évolution de la mortalité par cancer du poumon**

Communauté de communes Châteaubriant-Derval, Loire-Atlantique, France métropolitaine (2006-2013)



Sources : Inserm CépiDc, SNDS-BCMD, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire  
Taux pour 100 000, moyenne 5 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006).  
Note : les échelles des graphiques sont différentes.

### Un taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein en recul de 5 points

► Le dépistage organisé du cancer du sein repose sur une mammographie à laquelle les femmes de 50 à 74 ans sont conviées tous les deux ans.

► Le taux de participation des femmes de la Communauté de communes, âgées de 50-74 ans, au dépistage organisé du cancer du sein s'élève à près de 61 % sur les années 2016-2017. Ce taux est légèrement inférieur à la moyenne départementale (63 %) mais supérieur à la moyenne nationale (51,5 %). Il n'atteint cependant pas l'objectif de 65 % fixé par le Plan cancer.

► Comme en France, ce taux de participation est en recul (- 5,5 points par rapport à 2014-2015 : 66 %). Cette baisse est notamment plus marquée que celle observée à l'échelle du département (- 2,3 points). Alors que la Communauté de communes se situait parmi les intercommunalités du département présentant les taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein les plus élevés en 2014-2015 (5<sup>e</sup> rang sur 17 EPCI, par ordre décroissant), celle-ci fait partie en 2016-2017 des territoires présentant les taux les plus faibles (14<sup>e</sup> rang sur 17).

Une attention particulière doit donc être accordée au suivi de la participation au dépistage organisé car ce recul pourrait engendrer un retard de diagnostic de certains cancers du sein et, du fait du moins bon pronostic des stades avancés, un arrêt voire une hausse de la mortalité par cancer du sein dans les années à venir.

### Un taux de participation au dépistage organisé du cancer du côlon-rectum de seulement 33 %

► Le dépistage du cancer du côlon-rectum repose sur un test immunologique de recherche de sang occulte dans les selles, proposé tous les deux ans aux femmes et aux hommes âgés de 50 à 74 ans.

► Le taux de participation des habitants de la Communauté de communes à ce dépistage organisé s'élève à 33 % sur les années 2016-2017. Ce taux est inférieur de 11 points à celui observé au plan départemental (42 %) et il est notamment le plus faible des 17 intercommunalités du département. Par ailleurs, ce taux est inférieur au minimum de 45 % recommandé à l'échelle européenne.



## 2.6 Santé mentale, troubles mentaux et du comportement, suicides

Les problèmes de santé mentale couvrent un champ vaste et hétérogène, allant de la souffrance psychique consécutive aux difficultés relationnelles et sociales, aux pathologies psychiatriques sévères et durables, souvent source de handicap. Les troubles mentaux éloignent notamment du marché du travail, et constituent la première cause de mise en invalidité.

Les troubles dépressifs sont les affections psychiatriques les plus répandues, et sont plus fréquents chez les personnes vivant seules, ayant subi des violences ou des deuils précoces, et chez les femmes au chômage.

Les personnes souffrant de troubles mentaux ou du comportement qui nécessitent des soins longs et coûteux, peuvent être admises en affection de longue durée (ALD) par leur régime d'assurance maladie. Les motifs d'admissions les plus fréquents sont les troubles de l'humeur (dépression en particulier), les troubles mentaux organiques (démences le plus souvent) et les psychoses (schizophrénie notamment). Les troubles schizophréniques, en cause dans près de la moitié des hospitalisations sans consentement, constituent l'une des causes majeures de handicap psychique.

Les médicaments psychotropes, qui agissent sur les mécanismes neurobiologiques du cerveau, sont souvent prescrits de façon ponctuelle ou prolongée pour le traitement de ces différents troubles psychiques. Mais ce dernier repose également sur de multiples moyens non médicamenteux : contacts réguliers avec des soignants, psychothérapie, accompagnement social, entraide mutuelle...

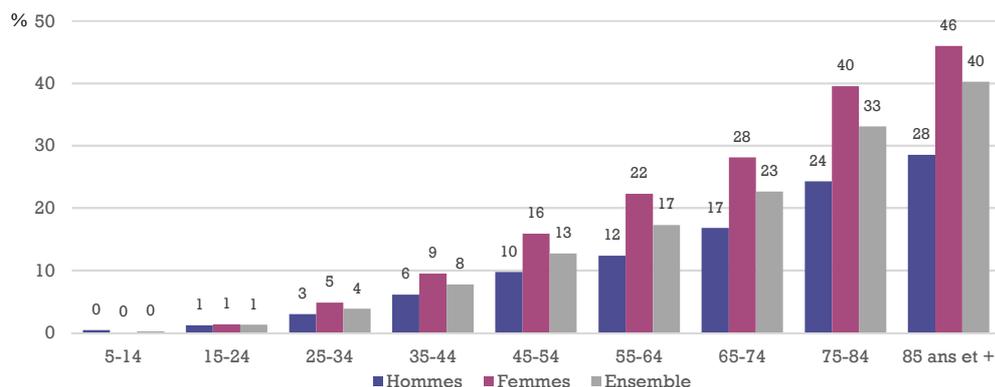
La maladie mentale constitue un facteur de risque de suicide, de même que l'inactivité, la dépendance financière ou l'instabilité dans le travail. L'alcool favorise également le passage à l'acte suicidaire, tant par son action directement dépressogène que par l'impulsivité qu'il induit. Par contre, la famille, et plus globalement le support social, protège.

### 11 % des habitants de la Communauté de communes ont eu recours à un traitement par un médicament psychotrope dans l'année

► 5 300 habitants de la Communauté de communes de Châteaubriant-Derval ont bénéficié en 2016 d'au moins trois délivrances, à des dates différentes, d'un traitement psychotrope (antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur, neuroleptiques, anxiolytiques ou hypnotiques). Cet effectif représente 11 % de la population du territoire [ENCADRÉ 6].

► Ce taux augmente fortement avec l'âge, passant de 1 % chez les 15-24 ans à 13 % chez les 45-54 ans pour atteindre un maximum de 40 % chez les 85 ans et plus [Fig32].

**Fig32 Proportion de personnes traitées par psychotropes dans l'année selon l'âge et le sexe**  
Communauté de communes Châteaubriant-Derval (2016)



Source : SNDS-DCIR - exploitation ORS Pays de la Loire  
Champ : population tous régimes.

### Les femmes nettement plus souvent concernées que les hommes

► À structure par âge comparable, le taux de recours à des psychotropes est nettement plus élevé chez les femmes que chez les hommes (14,3 % vs 7,7 %) [Fig33].

► Cette différence s'observe dans toutes les classes d'âges à partir de 25 ans, et l'écart entre les deux sexes s'accroît à partir de 55 ans [Fig32]. Ainsi, 31 % des femmes âgées de 55 ans et plus sont traitées par psychotropes contre 17 % des hommes (à structure par âge comparable).



**Fig33 Proportion standardisée<sup>1</sup> de personnes traitées par psychotropes dans l'année selon le sexe**  
Communauté de communes Châteaubriant-Derval, Loire-Atlantique, France métropolitaine (2016)

	Hommes	Femmes	Ensemble
<b>Communauté de communes</b>	<b>7,7 %</b>	<b>14,3 %</b>	<b>11,0 %</b>
Loire-Atlantique	7,5 %	13,4 %	10,5 %
France métropolitaine	7,6 %	13,5 %	10,6 %

Source : SNDS-DCIR - exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : population tous régimes.

1. Selon l'âge.

### Un recours aux psychotropes plus élevé parmi les bénéficiaires de la CMU-C

► Le taux de personnes traitées par psychotropes dans la population de la Communauté de communes âgée de moins de 65 ans est, à structure par âge comparable, plus élevé chez les bénéficiaires de la CMU-C (9,7 %) que chez les non-bénéficiaires (6,6 %). Un constat analogue est observé à l'échelle du département et au plan national.

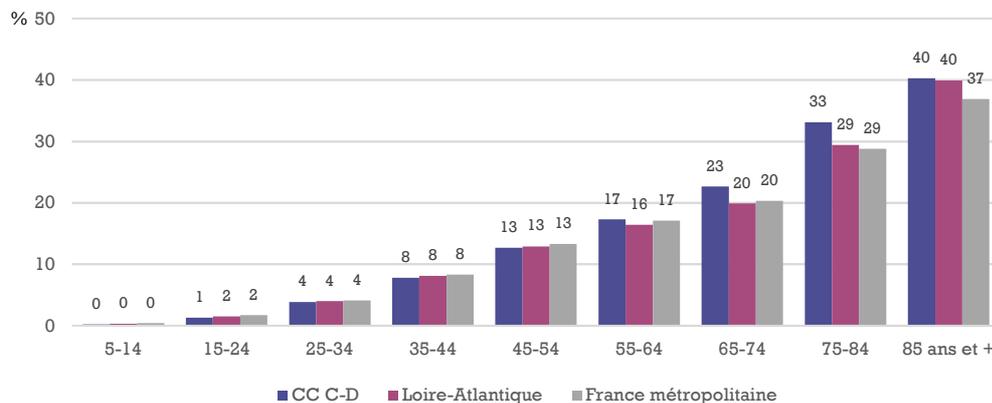
### Un taux de recours aux psychotropes relativement proche de la moyenne nationale

► Le taux de personnes traitées en 2016 par psychotropes parmi les habitants de la Communauté de communes s'élève à 11,0 %, ce taux est relativement proche des moyennes départementale et nationale (respectivement 10,5 % en Loire-Atlantique et 10,6 % en France, à structure par âge comparable) [Fig33].

On note toutefois que ce taux de recours chez les femmes de la Communauté de communes de Châteaubriant-Derval (14,3 %) est un peu supérieur à ceux observés au plan départemental et national (13,4 % en Loire-Atlantique, 13,5 % en France, à structure par âge comparable) [Fig33].

En outre, le recours aux psychotropes apparaît plus élevé parmi les habitants du territoire âgés de 65 ans et plus (29 %) qu'au plan départemental (26 %) et national (26 %, à structure par âge comparable) [Fig34].

**Fig34 Proportion de personnes traitées par psychotropes dans l'année selon l'âge**  
Communauté de communes Châteaubriant-Derval, Loire-Atlantique, France métropolitaine (2016)



Source : SNDS-DCIR - exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : population tous régimes.



## ENCADRÉ 6. Précisions méthodologiques

L'algorithme de sélection des personnes traitées par psychotropes dans l'année retenu dans cette étude est celui développé par la Cnam pour l'élaboration de la cartographie des patients et des dépenses, basé sur les données du Système national des données de santé. Dans cet algorithme, ont été considérées les personnes ayant reçu au cours de l'année 2016 (à différentes dates), au moins 3 délivrances d'antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur, de neuroleptiques, d'anxiolytiques ou d'hypnotiques.

Les médicaments psychotropes non opiacés regroupent plusieurs catégories de produits ayant pour fonction d'agir sur l'activité cérébrale :

- les anxiolytiques : ils diminuent l'angoisse et les manifestations de l'anxiété (insomnie, tension musculaire...). Les plus prescrits, notamment pour une durée longue, appartiennent à la famille des benzodiazépines, qui entraînent très rapidement une dépendance physique et induisent une tolérance ;
- les hypnotiques : ils sont destinés à provoquer et/ou maintenir le sommeil. De ce fait, ils peuvent diminuer la vigilance. Beaucoup sont des benzodiazépines ;
- les antidépresseurs : destinés à traiter les dépressions, ils donnent rarement lieu à un usage addictif ;
- les antipsychotiques (neuroleptiques), principalement prescrits dans les psychoses (schizophrénie par exemple) ;
- les régulateurs de l'humeur (lithium notamment) ;
- les psychostimulants : méthylphénidate (Ritaline®) et modafinil (Modiodal®).

Cnam. (2018). Méthode générale de la cartographie des pathologies, version G5 (années 2012 à 2016). 75 p.

OFDT. (2018). Médicaments psychotropes. Synthèse thématique. [En ligne].

<https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/medicaments-psychotropes/>.

## Environ 3 % des habitants du territoire en ALD pour troubles mentaux et du comportement

► Fin 2016, environ 1 400 habitants de la Communauté de communes sont en affection de longue durée (ALD) pour des troubles mentaux ou du comportement (y compris démences). Cela représente environ 3 % de la population.

► Les moins de 65 ans représentent 57 % de ces patients. Les trois groupes pathologies les plus représentés dans cette classe d'âge sont les troubles de l'humeur (36 %), qui sont très majoritairement des troubles dépressifs, les troubles de la personnalité et du comportement (23 %) et les troubles schizophréniques et délirants (13 %).

Dans ce groupe d'âge, le taux de personnes en ALD pour troubles mentaux et du comportement parmi les habitants du territoire est relativement proche de la moyenne nationale (à structure d'âge comparable) **[Fig35]**.

► Chez les 65 ans et plus, les démences (liées à la maladie d'Alzheimer ou d'un autre type) et les troubles de l'humeur (dont la dépression) sont les groupes de pathologies les plus souvent à l'origine de ces ALD dans la population de la Communauté de communes (respectivement 35 % et 32 %).

Dans ce groupe d'âge, le taux de personnes en ALD pour troubles mentaux et du comportement est proche de la moyenne nationale. Ce résultat masque toutefois une situation différente selon les groupes de pathologies, avec pour les démences une fréquence des ALD inférieure de 29 % à la moyenne nationale, et pour les autres affections psychiatriques une fréquence supérieure de 41 %. Ce constat doit toutefois être interprété avec prudence en raison de la nature médico-économique des données d'ALD.

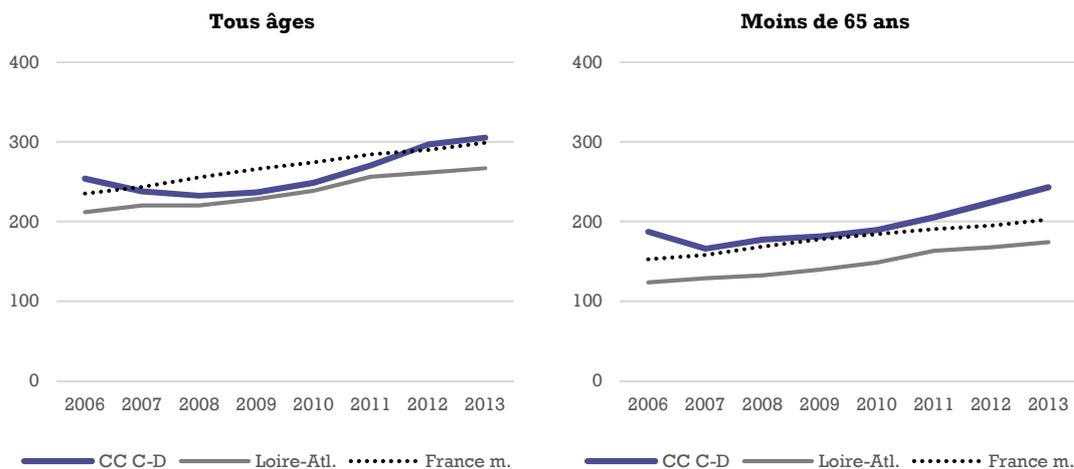
## Comme au plan national, des admissions en ALD pour affections psychiatriques en progression dans le territoire

► Le taux de personnes admises chaque année en ALD pour une pathologie psychiatrique connaît, comme au plan national ou départemental, une augmentation dans la population du territoire au cours des dernières années (+ 20 % entre les périodes 2005-2007 et 2012-2014). Chaque année, ce sont en moyenne 140 habitants qui sont admis en ALD pour troubles mentaux et du comportement, dont près de 90 âgés de moins de 65 ans **[Fig35]**.

Cette croissance est plus particulièrement liée à une augmentation, dans la population âgée de moins de 65 ans, des admissions pour troubles de la personnalité et du comportement, et pour troubles de l'humeur.



**Fig35 Évolution du taux d'admissions en ALD pour troubles mentaux et du comportement**  
Communauté de communes Châteaubriant-Derval, Loire-Atlantique, France métropolitaine (2006-2013)



Sources : Cnam, MSA, RSI, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire  
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé sur la population française (RP 2006).

### Plus de 1 500 habitants de la Communauté de communes pris en charge par un établissement de soins psychiatriques, dont 230 à temps complet

► Près de 1 550 habitants de la Communauté de communes (730 hommes, 820 femmes) ont été pris en charge au moins une fois par un établissement psychiatrique au cours de l'année 2015<sup>29</sup>. Cette file active représente environ 3,5 % de la population du territoire [Fig37].

► 15 % d'entre eux (soit près de 230 personnes) ont bénéficié au moins une fois dans l'année d'une prise en charge à **temps complet**<sup>30,31</sup> (18 % en Pays de la Loire).

► Comme en France, l'ambulatoire individuel<sup>32</sup> représente le mode de prise en charge le plus fréquent : (92 % de la file active globale, 90 % en Pays de la Loire).

Les prises en charge de groupe, à temps partiel et à domicile sont moins fréquentes :

- 12 % des patients de la file active ont bénéficié au moins une fois dans l'année d'une prise en charge en groupe<sup>33</sup> (12 % en Pays de la Loire)

- 7 % d'au moins une prise en charge à domicile<sup>34</sup> (5 %)

- et 4 % d'au moins une prise en charge à temps partiel<sup>35</sup> (7 %).

► Enfin, 74 habitants du territoire ont été pris en charge au moins une fois en 2015 sans leur consentement. Cela représente 4,8 % de la file active globale (4,5 % en Pays de la Loire).

À côté de ces prises en charge par les établissements de soins psychiatriques, il convient de noter que près de 200 habitants de la Communauté de communes sont hospitalisés au moins une fois dans l'année en service de court séjour pour des troubles mentaux et du comportement. Dans un quart des cas, il s'agit d'hommes souffrant de troubles liés à la consommation excessive d'alcool.

### Un taux global de personnes prises en charge par un établissement de soins psychiatriques supérieur à la moyenne nationale

► Le taux de personnes prises en charge par un établissement de soins psychiatriques parmi les habitants de la Communauté de communes est supérieur de 5 % à la moyenne nationale, à structure par âge comparable. Ce résultat contraste avec la situation départementale où l'on observe une fréquence nettement inférieure (- 19 % par rapport moyenne nationale).

<sup>29</sup> Hors prises en charge gérées par les Apsyades (CMP, CSAPA...). Pour les établissements privés à but lucratif, seules les personnes prises en charge à temps complet ou à temps partiel sont prises en compte.

<sup>30</sup> Hospitalisation à temps plein ou alternatives (placement familial thérapeutique et accueil en centre de postcure notamment).

<sup>31</sup> Ce champ du Rim-P apparaît comme l'un des plus robustes, en termes d'exhaustivité et de qualité des données renseignées. Par ailleurs, le recueil d'informations concernant le temps complet est identique dans les établissements publics et privés (pas d'asymétrie du champ du recueil, contrairement aux prises en charge ambulatoires), permettant ainsi des comparaisons territoriales plus fiables.

<sup>32</sup> Prise en charge ambulatoire, autre qu'à domicile ou en groupe.

<sup>33</sup> En ambulatoire de groupe ou en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTTP).

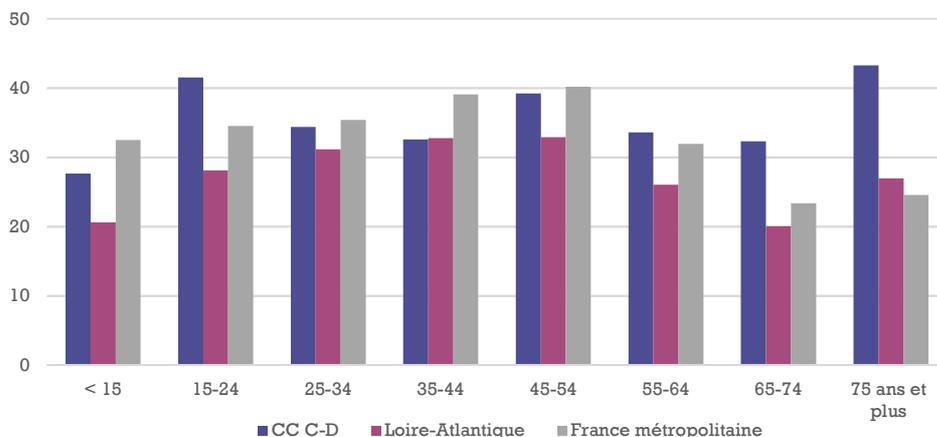
<sup>34</sup> Hospitalisation à domicile (HAD) ou prise en charge ambulatoire à domicile.

<sup>35</sup> Hospitalisation de jour ou de nuit.



► Cet écart est lié à une plus grande fréquence des prises en charge par un établissement de psychiatrie chez les hommes et les femmes du territoire âgés de plus de 65 ans d'une part, et chez les jeunes femmes âgées de 15-24 ans d'autre part [Fig36].

**Fig36 Taux de patients pris en charge par un établissement de soins psychiatriques selon l'âge**  
Communauté de communes, Loire-Atlantique, France métropolitaine (2015)



Sources : Rimp (ATI), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire  
Taux pour 1 000 habitants.

► L'analyse des groupes de pathologies motivant les prises en charge par un établissement de soins en psychiatrie met en évidence que, pour une part importante des patients de la Communauté de communes, aucun diagnostic principal n'a été renseigné pour la ou les différentes prises en charge effectuées dans l'année 2015 (19 % vs 10 % en Pays de la Loire, 12 % en France métropolitaine). Par ailleurs, comme en France et en Pays de la Loire, le chapitre de la Cim10 « *Facteurs influant sur l'état de santé* » qui comprend notamment les difficultés liées aux conditions socio-économiques, psycho-sociales ou au mode de vie [alcool, drogues...], constituent un quart des diagnostics des prises en charge par un établissement de soins psychiatriques des habitants du territoire. Ces constats, qui peuvent être liés notamment à la difficulté de poser un diagnostic en santé mentale, limitent les possibilités d'analyse détaillée et les comparaisons territoriales concernant la fréquence des pathologies motivant ces prises en charge.

### **Mais un taux inférieur à la moyenne nationale si l'on considère les seules prises en charge à temps complet**

► Si on limite l'analyse aux prises en charge à temps complet, dont le dénombrement est meilleur en termes d'exhaustivité et de qualité, leur fréquence est parmi les habitants de la Communauté de communes inférieure à la moyenne nationale (- 14 %), comme à l'échelle départementale (-14 %).

► Pour ce type de prise en charge, les deux groupes de pathologies les plus fréquents parmi les habitants du territoire sont comme en France et en Pays de la Loire :

- les troubles de l'humeur, avec 24 % des patients pris en charge au moins une fois à temps complet dans l'année pour ce type de pathologies, dont 20 % pour troubles dépressifs. Ces patients sont dans trois quart des cas des femmes.

- le troubles schizophréniques et délirants, avec 19 % des patients pris en charge à temps complet, dont 13 % pour schizophrénie. Deux tiers de ces patients sont des hommes [Fig37].

► La plus grande fréquence globale des prises en charge en établissement de soins psychiatriques sur le territoire, qui ne se retrouve par pour les prises en charge à temps complet, peut être mise en lien avec certaines caractéristiques de l'offre locale de soins spécialisés (faible offre en psychiatrie libérale, présence d'un CMP de gérontopsychiatrie sur le territoire...).



**Fig37 Personnes prises en charge par un établissement de soins psychiatriques par groupe de pathologies**  
Communauté de communes Châteaubriant-Derval (2015)

	Toutes prises en charge		Dont au moins une prise en charge à temps complet	
	Nombre de personnes concernées	% file active	Nombre de personnes concernées	% file active
<b>File active globale</b>	<b>1 543</b>		<b>227</b>	
Troubles mentaux organiques (F00-F09, G30)	10	< 1 %	0	0 %
<b>Troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives (F10-F19)</b>	<b>75</b>	<b>5 %</b>	<b>21</b>	<b>9 %</b>
<i>dont troubles liés à l'alcool (F10)</i>	64	4 %	17	7 %
<b>Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants (F20-F29)</b>	<b>138</b>	<b>9 %</b>	<b>43</b>	<b>19 %</b>
<i>dont schizophrénie (F20)</i>	76	5 %	30	13 %
<b>Troubles de l'humeur (F30-F39)</b>	<b>185</b>	<b>12 %</b>	<b>56</b>	<b>25 %</b>
<i>dont troubles dépressifs (F32-F39)</i>	143	9 %	46	20 %
<b>Troubles névrotiques (F40-F48)</b>	<b>137</b>	<b>9 %</b>	<b>19</b>	<b>8 %</b>
<i>dont troubles anxieux non phob. (F41)</i>	44	3 %	< 10	< 4 %
<b>Syndromes comportementaux (F50-F59)</b>	<b>23</b>	<b>1 %</b>	<b>&lt; 10</b>	<b>&lt; 4 %</b>
<b>Troubles de la personnalité (F60-F69)</b>	<b>58</b>	<b>4 %</b>	<b>19</b>	<b>8 %</b>
<b>Retard mental (F70-F79)</b>	<b>25</b>	<b>2 %</b>	<b>&lt; 10</b>	<b>&lt; 2 %</b>
<b>Troubles du développement psychologique (F80-F89)</b>	<b>61</b>	<b>4 %</b>	<b>10</b>	<b>4 %</b>
<i>dont troubles envahissants dev. (F84)</i>	41	3 %	< 10	< 4 %
<b>Troubles du comportement et émotionnels apparaissant durant l'enfance et l'adolescence (F90-F98)</b>	<b>85</b>	<b>6 %</b>	<b>&lt; 10</b>	<b>&lt; 2 %</b>
Facteurs influant sur l'état de santé (Z00-Z99)	389	25 %	< 10	< 4 %
Autres chapitres de la Cim-10	102	7 %	11	5 %
Trouble mental, sans précision (F99)	< 10	< 1 %	nc	
Diagnostic non renseigné	292	19 %	nc	

Source : Rim-P (ATIH) (données domiciliées) - exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : personnes âgées de 16 ans et plus ayant bénéficié d'au moins une prise en charge en 2015 dans un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie (à temps complet, à temps partiel ou en ambulatoire dans un établissement public ou un Espic ; seulement à temps complet ou à temps partiel dans un établissement privé à but lucratif).

Note de lecture : une personne a pu être prise en charge pour différents groupes de pathologies au cours de l'année. Pour les groupes « Trouble mental sans précision » et « Diagnostic non renseigné », les données correspondent aux patients ayant eu exclusivement des prises en charge portant ces diagnostics au cours de l'année. Les taux présentés ne sont pas cumulables.

## Une mortalité par suicide supérieure de près de 60 % à la moyenne nationale

► Si les troubles mentaux et du comportement ne sont pas au premier plan en termes de mortalité directe, ils constituent souvent un déterminant de certaines causes de décès, en particulier des suicides.

Sur la période 2011-2015, en moyenne 10 décès par suicide ont été dénombrés chaque année parmi les habitants du territoire. La moitié de ces décès concernent des hommes âgés de moins de 65 ans.

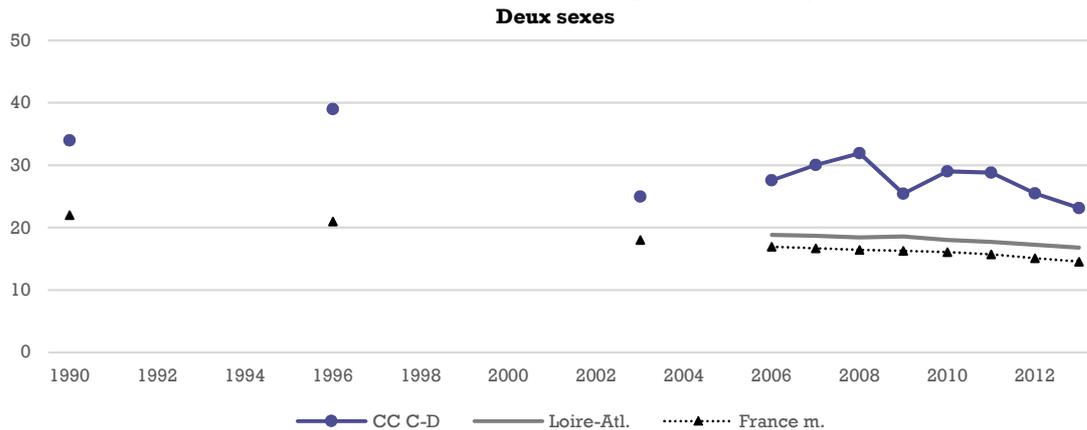
► La mortalité par suicide sur le territoire est supérieure de près de 60 % à la moyenne nationale [Fig38]. Cette surmortalité n'est toutefois pas spécifique à la Communauté de communes de Châteaubriant-Derval, elle se retrouve pour la plupart des EPCI du département, et de façon plus marquée pour celles du nord du département.

► Même si la mortalité par suicide connaît des fluctuations, elle semble toutefois suivre une tendance à la baisse. Au cours des années 1990, on dénombrait parmi les habitants de la Communauté de communes entre 12 et 15 décès par an contre en moyenne 10 sur les années récentes.



**Fig38 Évolution de la mortalité par suicide**

Communauté de communes Châteaubriant-Derval, Loire-Atlantique, France métropolitaine (1990-2013)



Sources : Inserm CépiDc, SNDS-BCMD, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

Taux pour 100 000, moyenne 5 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006).

Note : les échelles des graphiques sont différentes.

## 2.7 Conséquences sur la santé de la consommation excessive d'alcool

*La consommation de boissons alcoolisées a de multiples effets négatifs sur la santé et la vie sociale. La consommation ponctuelle augmente le risque d'accidents de toutes natures (circulation, travail, vie courante et loisirs...), de comportements violents ou délictueux, ainsi que de passage à l'acte suicidaire. Consommé en forte quantité, l'alcool peut provoquer un coma éthylique et, dans certains cas, engager le pronostic vital. Les situations d'intoxication éthylique aiguë et leurs conséquences peuvent conduire à une prise en charge par les urgences hospitalières, voire à une hospitalisation.*

*La consommation chronique d'alcool provoque ou favorise de très nombreuses pathologies somatiques (cancers, affections digestives, pathologies cardiovasculaires, troubles neurologiques...), ainsi que des troubles psychiatriques (syndrome de dépendance à l'alcool notamment).*

*En France, le nombre annuel de décès, toutes causes confondues, attribuables à la consommation d'alcool, est estimé à près de 50 000. Environ un tiers de ces décès sont dus à un cancer.*

### **Près de 290 habitants de la Communauté de communes hospitalisés au moins une fois dans l'année en court séjour pour une pathologie liée à l'alcool**

► En moyenne 286 habitants de la Communauté de communes de Châteaubriant-Derval ont été hospitalisés au moins une fois dans l'année en service de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique, MCO) pour une pathologie liée à la consommation d'alcool<sup>36</sup>, sur la période 2015-2017. Il s'agit là d'un effectif minimum car l'usage de l'alcool est sous-diagnostiqué et sous-enregistré dans les statistiques hospitalières.

En outre, l'alcool est également en cause dans une part non négligeable des hospitalisations en psychiatrie ou en soins de suite et de réadaptation qui ne sont pas prises en compte dans cette étude.

► Les recours hospitaliers liés à l'alcool sont dans la population du territoire, comme en France, nettement plus fréquents chez les hommes que chez les femmes. À structure par âge comparable, le taux de personnes hospitalisées pour une pathologie liée à l'alcool est en effet chez les hommes 4,4 fois supérieur au taux féminin (3,2 fois au plan national).

Par ailleurs, le taux de recours augmente fortement avec l'âge pour atteindre un maximum entre 50 et 64 ans, et décroît ensuite au-delà de cette classe d'âge [Fig39].

<sup>36</sup> Sélection des séjours comportant un ou plusieurs diagnostics (principal, relié ou associé) directement liés à l'alcool (c'est-à-dire contenant le mot alcool). Cf. « méthode » décrite dans l'article suivant : Paille F, Reynaud M. (2015). L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. InVS. n° 24-25, pp. 440-449.



► Parmi les 286 patients :

- 61 ont été hospitalisés au moins une fois dans l'année pour une intoxication alcoolique aiguë<sup>37</sup>,
- 54 au moins une fois pour un syndrome de dépendance à l'alcool<sup>38</sup>,
- 206 au moins une fois pour des complications liées à la consommation d'alcool<sup>39,40</sup>.

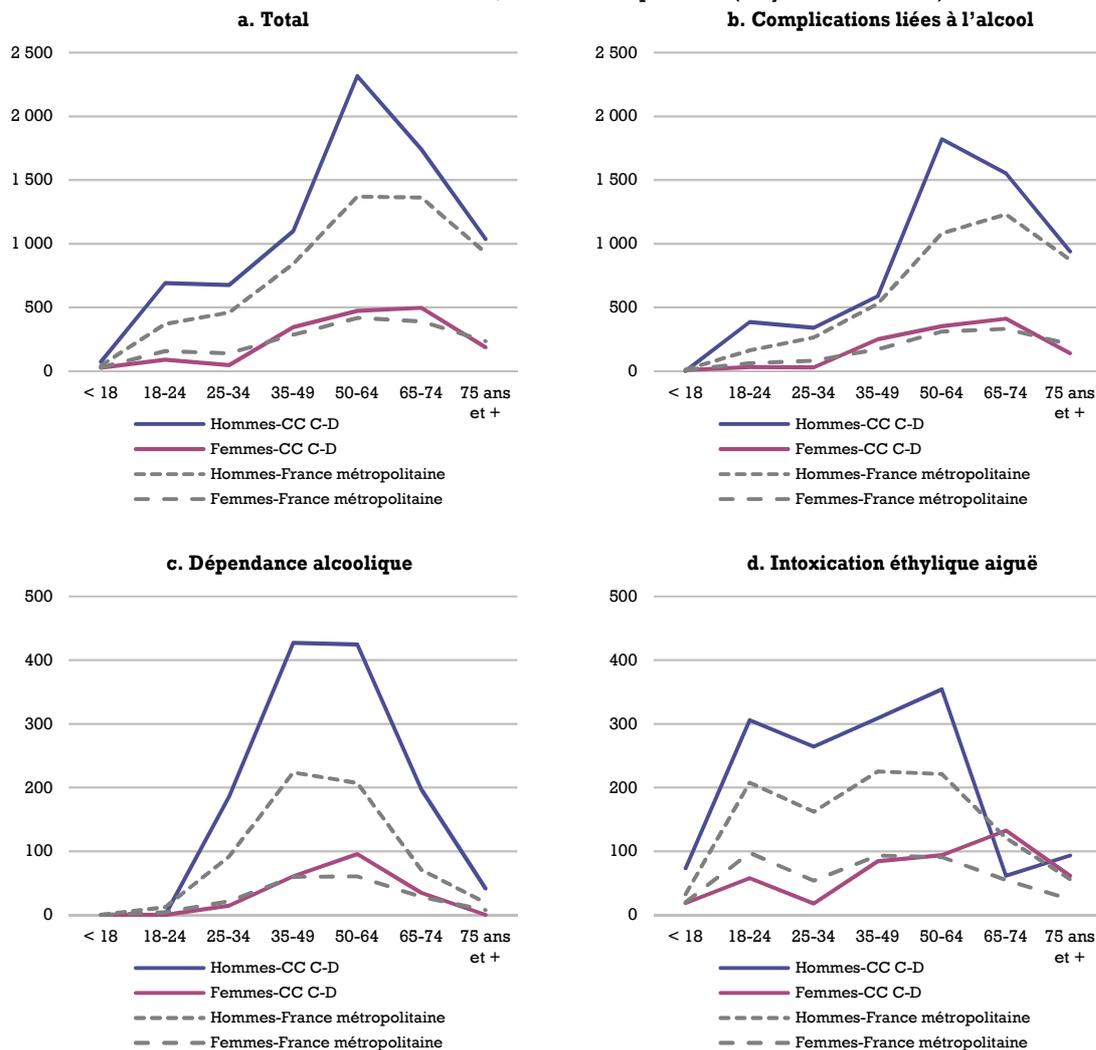
► Le profil par âge de ces patients est différent pour ces trois groupes de motif d'hospitalisation.

Les hospitalisations pour dépendance alcoolique se concentrent chez les adultes d'âge moyen (81 % des patients concernés sont âgés de 35-64 ans), de même celles pour complications liées à l'alcool (46 % des patients sont âgés de 50-64 ans).

Par contre, les hospitalisations pour une intoxication éthylique aiguë se répartissent dans la plupart des classes d'âge entre 18 et 64 ans (79 % des patients concernés).

**Fig39 Taux de personnes hospitalisées en court séjour pour des pathologies liées à l'alcool selon l'âge, le sexe et le motif d'hospitalisation**

Communauté de communes Châteaubriant-Derval, France métropolitaine (moyenne 2015-2017)



Sources : PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire  
Taux pour 100 000.

Note : les échelles des graphiques sont différentes.

<sup>37</sup> L'intoxication éthylique aiguë constitue le diagnostic principal d'hospitalisation. GHM avec racine 20Z05 « Éthylisme aigu ».

<sup>38</sup> Le syndrome de dépendance à l'alcool constitue le diagnostic principal d'hospitalisation. GHM avec racine 20Z04 « Éthylisme avec dépendance ».

<sup>39</sup> L'alcool est mentionné en diagnostic associé (ex : maladie alcoolique du foie, pancréatite alcoolique...). GHM avec racine autre que 20Z04 et 20Z05.

<sup>40</sup> Il convient de noter que la somme de ces trois effectifs de patients est supérieure au nombre total de patients pris en charge (286) car un même patient peut être hospitalisé plusieurs fois au cours d'une année pour des motifs différents.



### **Un taux de patients hospitalisés pour des pathologies liées à l'alcool supérieur de 38 % à la moyenne nationale**

► À structure par âge comparable, le taux global de personnes hospitalisées en court séjour pour une pathologie liée à l'alcool est, dans la population de la Communauté de communes, supérieur de 38 % à la moyenne nationale sur les années 2015-2017.

Cette plus grande fréquence de patients hospitalisés s'observe pour les trois groupes de motifs d'hospitalisation étudiés mais l'écart à la moyenne nationale est particulièrement marqué pour la dépendance alcoolique (+ 87 % ; + 37 % pour les intoxications éthyliques aiguës, + 34 % pour les complications liées à l'alcool).

► Ce constat local est essentiellement lié à la situation des hommes du territoire (+ 46 % au global par rapport à la moyenne nationale) : + 102 % pour les syndromes de dépendance alcoolique ; + 48 % pour les intoxications éthyliques aiguës, + 39 % pour les complications liées à l'alcool.

► Chez les femmes, on n'observe pas de différence statistiquement significative avec la moyenne nationale.

### **Un taux de personnes en ALD pour pathologies directement liées à la consommation excessive d'alcool supérieur d'environ 50 % à la moyenne nationale**

► Si l'on considère les pathologies directement liées à une consommation excessive d'alcool (maladie alcoolique du foie, troubles mentaux liés à la consommation d'alcool...), environ 150 habitants du territoire sont en ALD pour l'une de ces affections fin 2016<sup>41</sup>.

Ces pathologies concernent le plus souvent des hommes relativement jeunes. Plus de la moitié des personnes en ALD sont en effet des hommes âgés de moins de 65 ans.

Parmi les habitants de la Communauté de communes, le taux de personnes en ALD pour des pathologies provoquées par une consommation excessive d'alcool est supérieur d'environ 50 % à la moyenne nationale, à structure par âge comparable.

### **Une mortalité divisée par deux en 25 ans mais qui reste nettement supérieure à la moyenne nationale**

► 11 habitants de la Communauté de communes Châteaubriant-Derval décèdent en moyenne chaque année d'une pathologie directement attribuable à la consommation excessive d'alcool<sup>42</sup>. Si cette mortalité a été divisée par deux depuis le début des années 1990, elle reste nettement plus élevée dans la population du territoire et l'écart avec la moyenne nationale ne s'est quasiment pas réduit au cours des vingt-cinq dernières années.

Sur les années récentes 2011-2015, cette mortalité est supérieure de 70 % à la moyenne nationale, à structure par âge comparable **[Fig40]**.

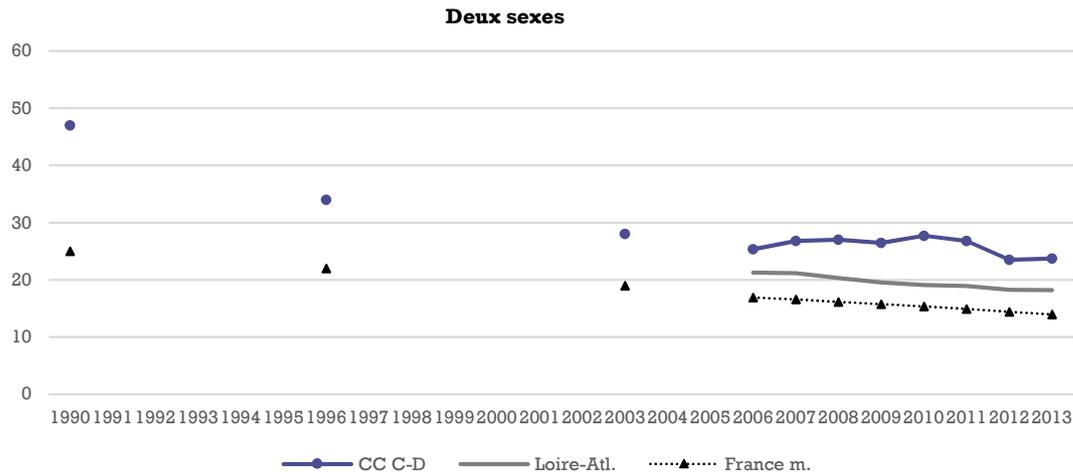
► Cette situation n'est toutefois pas spécifique aux habitants de la Communauté de communes de Châteaubriant-Derval. Une plus grande fréquence de ces pathologies directement liées à la consommation excessive d'alcool est également retrouvée à l'échelle de la Loire-Atlantique (+ 20 % à + 30 %), et plus particulièrement dans d'autres intercommunalités du nord et de l'ouest du département (Pays de Pontchâteau St Gildas-des-Bois, Pays de Redon, Région de Blain, Presqu'île de Guérande Atlantique, Région Nazairienne et de l'Estuaire).

<sup>41</sup> Comprend les maladies alcooliques du foie (K70), fibrose et cirrhose du foie (K74), Troubles mentaux et du comportement liés à l'usage d'alcool (F10).

<sup>42</sup> Comprend les maladies alcooliques du foie (K70), Cirrhose du foie, autres et sans précision (K74.6), Troubles mentaux et du comportement liés à l'usage d'alcool (F10).



**Fig40 Évolution de la mortalité par maladies liées à une consommation excessive d'alcool**  
Communauté de communes Châteaubriant-Derval, Loire-Atlantique, France métropolitaine (1990-2013)



Sources : Inserm CépiDc, SNDS-BCMD, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire  
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé sur l'âge.

## 2.8 Conséquences des accidents

On distingue habituellement en fonction de leur lieu et de leurs circonstances de survenue : les accidents de la vie courante, les accidents de la circulation et les accidents du travail. Toutefois, ces différents accidents ne constituent pas des problématiques indépendantes, tant sur le plan de leur prévention – certains facteurs de risque étant communs – que sur le plan de leur prise en charge.

Les **accidents de la vie courante** (accidents domestiques, scolaires, de sport, de loisirs...), pourtant moins médiatisés que les accidents de la circulation, sont particulièrement fréquents. On estime que près de 5 % de la population a été victime d'un accident de la vie courante ayant occasionné un recours à un professionnel de santé au cours des 3 derniers mois.

Les hommes jeunes et les personnes âgées sont les plus concernés. Chez les premiers, cette situation est principalement liée au mode de vie (loisirs, pratique sportive intense...) et aux prises de risque plus fréquentes. La consommation d'alcool est un facteur de risque bien identifié. Chez les seniors, la survenue des accidents est associée à des facteurs liés à la personne et à son état de santé (troubles sensoriels, ostéoporose, troubles de la vigilance et de l'équilibre liés aux médicaments...) mais aussi à son environnement.

Concernant **les accidents de la circulation**, le risque d'en décéder n'a cessé de reculer depuis plus de quarante ans, même si le trafic routier connaît une augmentation continue. Le nombre de tués est ainsi passé de 18 000 en 1972 à 3 700 en 2017<sup>43</sup>. A cet effectif, s'ajoutent plus de 73 000 blessés sur les routes, dont près de 28 000 ont dû être hospitalisés en 2017. Une part importante de ces blessés resteront atteints de séquelles majeures, en lien notamment avec un traumatisme crânien ou une lésion médullaire ou des membres inférieurs. Le nombre de personnes atteintes de séquelles majeures est équivalent à celui du nombre de tués : environ 3 700 chaque année. Les hommes représentent environ les trois quarts des tués et des blessés avec séquelles majeures.

Les accidents de la circulation ont des causes multiples, relevant à la fois des comportements des individus (vitesse du véhicule et alcoolémie du conducteur notamment), des infrastructures, des conditions de circulation et des équipements des véhicules. La vitesse excessive ou inadaptée reste la cause première de la mortalité sur les routes de France, elle apparaît dans un accident mortel sur trois. L'alcool serait présent dans 20 % des accidents mortels.

Les **accidents du travail** surviennent sur le lieu de travail ou dans le cadre de trajets. Ils font l'objet d'un dénombrement relativement précis pour les salariés, qui bénéficient d'une couverture spécifique par la sécurité sociale [Cf. Partie 8.4 « Point de vue d'acteurs en charge de la santé des travailleurs »].

<sup>43</sup> Observatoire national interministériel de la sécurité routière. (2018). La sécurité routière en France. Bilan de l'accidentalité de l'année 2017. 189 p.



## La traumatologie en cause dans un tiers des passages aux urgences

Les lésions traumatiques sont le plus souvent d'origine accidentelle (accidents de la vie courante, du travail et de la route) mais elles peuvent aussi résulter d'actes violents (subis ou auto-infligés).

► Ces lésions motivent une part importante des recours aux urgences. Ainsi, en 2016, 3 100 des 10 500 résumés de passages aux urgences concernant des habitants de la Communauté de communes, comportaient un diagnostic principal de traumatologie, soit comme au plan régional près d'un passage aux urgences sur trois [ENCADRÉ 14].

► Une partie de ces passages aux urgences débouche sur une hospitalisation. En moyenne 780 habitants de la Communauté de communes sont hospitalisés chaque année en service de court séjour pour lésions traumatiques (y compris séquelles). Cela représente près de 2 % de la population. La fréquence de ces recours hospitaliers est nettement plus élevée parmi les habitants du territoire qu'au plan national (+ 42 %, à structure par âge comparable).

Ce constat est retrouvé dans une moindre mesure à l'échelle du département (+ 14 % par rapport à la moyenne nationale).

Cette situation locale concerne les femmes, avec un taux de recours supérieur de 25 % à la moyenne nationale, mais aussi de façon marquée les hommes (+ 55 %). Elle est liée notamment à une plus grande fréquence des hospitalisations pour luxations et entorses (+ 108 %), traumatismes crâniens (+ 62 %) et plaies ouvertes de la main ou du poignet (+ 107 %) [Fig21].

## Une mortalité par accident de la vie courante supérieure de près de 30 % à la moyenne nationale

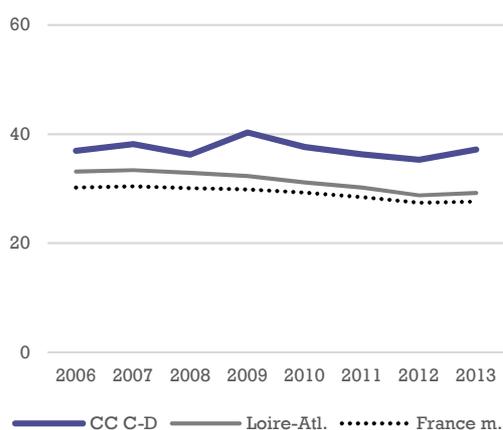
► Les accidents de la vie courante sont à l'origine en moyenne de 20 décès par an parmi les habitants du territoire. La grande majorité de ces décès sont survenus chez des personnes âgées de 65 ans ou plus (16 décès en moyenne). Les chutes accidentelles représentent plus d'un tiers de ces décès (7 des 20 décès) et les suffocations 15 % (3 décès).

La fréquence des décès par accident de la vie courante parmi les habitants de la Communauté de communes est supérieure de 28 % à la moyenne nationale, à structure par âge comparable [Fig41]. Une surmortalité est également retrouvée dans certains EPCI du nord du département (Région nazairienne, Pays de Redon).

En termes d'évolution, la mortalité par accident de la vie courante parmi les habitants du territoire a connu des fluctuations au cours de la dernière décennie, aucune tendance nette ne se dégage.

### Fig41 Évolution de la mortalité par accident de la vie courante

Communauté de communes Châteaubriant-Derval, Loire-Atlantique, France métropolitaine (2006-2013)



Sources : Inserm CépiDc, SNDS-BCMD, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire  
Taux pour 100 000, moyenne 5 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006).  
Note : les échelles des graphiques sont différentes.



## Une mortalité par accident de la circulation divisée par 3 depuis 25 ans mais qui reste nettement plus élevée qu'au plan national

► Selon des statistiques établies par l'Observatoire départemental de la sécurité routière, 8 accidents mortels ont eu lieu en 2017 sur les routes de l'arrondissement de Châteaubriant<sup>44</sup> et ont été à l'origine de 9 décès (6 accidents mortels et 7 décès en 2016).

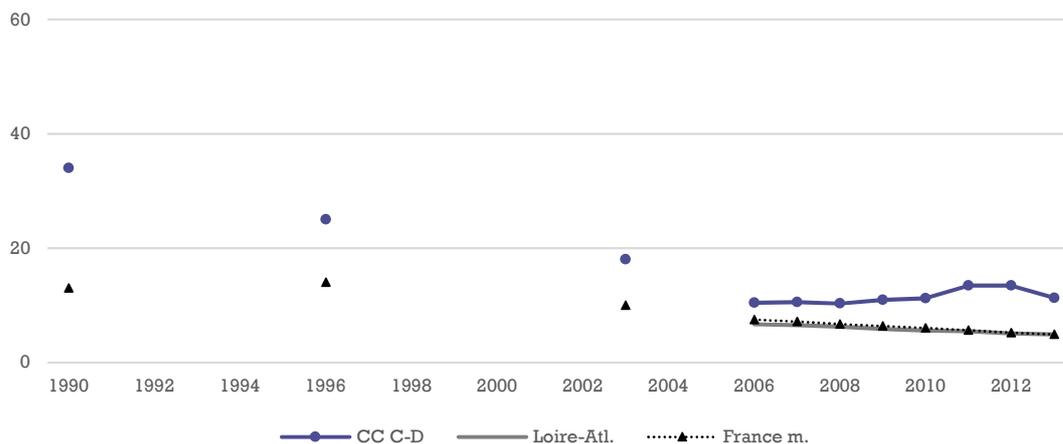
► Si l'on considère les seuls habitants de la Communauté de communes, les accidents de la circulation ont été à l'origine en moyenne chaque année de 4 décès par an parmi eux, sur la période 2011-2015. Dans la très grande majorité des cas, les victimes sont des personnes de moins de 65 ans.

La mortalité par accident de la circulation a, comme en France, fortement diminué parmi les habitants de la Communauté de communes. A structure par âge comparable, elle a ainsi été divisée par trois au cours des vingt-cinq dernières années. Au début des années 1990, on dénombrait en moyenne 14 décès par accident de la circulation par an parmi les habitants du territoire.

Malgré ce fort recul et même si l'écart s'est réduit par rapport aux années 1990, le territoire présente une mortalité par accident de la circulation au moins deux fois plus élevée que celles observées au plan départemental et national sur les années récentes 2011-2015 [Fig42]. Une surmortalité élevée liée aux accidents de la circulation est également retrouvée dans d'autres EPCI du département (Pays d'Ancenis, Pays de Redon).

**Fig42 Évolution de la mortalité par accident de la circulation**

Communauté de communes Châteaubriant-Derval, Loire-Atlantique, France métropolitaine (1990-2013)



Sources : Inserm CépiDc, SNDS-BCMD, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire  
Taux pour 100 000, moyenne 5 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006).  
Note : les échelles des graphiques sont différentes.

<sup>44</sup> Territoire plus important que la CC, comprenant 53 communes au total.



### 3 Offre et recours aux soins de ville

#### L'essentiel

Mi-2018, la Communauté de communes de Châteaubriant-Derval compte environ 200 professionnels de santé libéraux. Les médecins sont les plus nombreux : 27 exercent la médecine générale, une trentaine une autre spécialité notamment en lien avec leur activité à la Clinique Sainte-Marie.

Viennent ensuite les infirmiers libéraux, au nombre de 38. S'y ajoutent ceux qui exercent au sein des deux centres de soins infirmiers installés sur le territoire.

Par ailleurs, 27 pharmaciens libéraux exercent une activité sur la Communauté de communes, dont 19 sont titulaires de l'une des 17 officines pharmaceutiques présentes sur le territoire et 8 exercent dans le laboratoire d'analyses médicales installé à Châteaubriant.

Le territoire compte en outre 22 masseurs-kinésithérapeutes, 18 chirurgiens-dentistes, 11 orthophonistes, 11 ostéopathes, 7 pédicures-podologues, 4 psychologues, 3 sages-femmes, 2 orthoptistes et 1 diététicien. Une offre d'imagerie médicale est également présente sur le territoire (radiologie, échographie, scanner, IRM...).

La Communauté de communes de Châteaubriant-Derval présente ainsi une offre de soins libérale relativement diversifiée, mais la densité de professionnels y reste nettement inférieure aux densités départementale, régionale et nationale pour la plupart des professions de santé. À titre d'exemple, l'écart de densité avec le niveau national atteint ainsi environ - 40 % pour les médecins généralistes, - 20 % pour les médecins spécialistes, - 30 % pour les chirurgiens-dentistes, - 50 % pour les masseurs-kinésithérapeutes, - 20 % pour les orthophonistes et - 25 % pour les pédicures-podologues.

En lien notamment avec leur faible densité, les professionnels de santé libéraux de la Communauté de communes ont un niveau moyen d'activité supérieur à celui observé au plan national : + 32 % pour les médecins généralistes, + 12 % pour les chirurgiens-dentistes, + 4 % pour les masseurs-kinésithérapeutes, + 3 % pour les infirmiers.

Concernant plus spécifiquement les médecins généralistes, l'accessibilité potentielle localisée (APL) à ces professionnels est faible pour les habitants du territoire : en moyenne 3 consultations (ou visites) accessibles par habitant et par an contre plus de 4 consultations au plan national. La Communauté de communes fait partie des territoires de la région les plus confrontés à des difficultés d'offre et d'accès aux médecins généralistes libéraux. Pour pallier à cette situation, 25 des 26 communes de la Communauté de communes ont été classées par l'ARS en décembre 2017 en zone d'intervention prioritaire, permettant aux nouveaux praticiens qui viennent y exercer de bénéficier d'aides à l'installation.

Le taux de recours des habitants du territoire à un médecin généraliste libéral au moins une fois dans l'année est légèrement supérieur à la moyenne nationale. Pour les chirurgiens-dentistes, comme pour les masseurs-kinésithérapeutes, ce taux de recours est globalement proche de cette moyenne, mais plutôt inférieur chez les personnes âgées.

L'analyse des recours des habitants de la Communauté de communes de Châteaubriant-Derval à certains médecins spécialistes libéraux met en évidence des taux annuels inférieurs à la moyenne nationale pour les pédiatres, gynécologues, cardiologues, dermatologues et psychiatries, et supérieurs pour les ophtalmologistes et les gastro-entérologues. Toutefois, pour la gynécologie et la cardiologie, le recours des habitants du territoire aux consultations externes hospitalières, notamment celles proposées par le Centre hospitalier de Châteaubriant, permettent de réduire cet écart.

Comme dans de nombreux territoires, une part importante des professionnels libéraux installés sur la Communauté de communes sont relativement âgés et devraient cesser leur activité dans les prochaines années. Ainsi, un tiers des médecins généralistes sont âgés de 60 ans ou plus (soit 9 praticiens). Plus de 40 % des médecins spécialistes (13) et des chirurgiens-dentistes (8) sont également dans ce cas.

Face à ces différentes problématiques, différents projets se développent sur le territoire (maisons de santé pluriprofessionnelles, centre de santé avec médecins généralistes salariés, Communauté professionnelle territoriale de santé, coopération infirmiers/médecins généralistes dans le cadre du dispositif Asalée...). Cette dynamique vise à maintenir et renforcer l'offre de soins sur la Communauté de communes, mais aussi à favoriser les coopérations interprofessionnelles pour améliorer le parcours de santé des patients.



Ce chapitre décrit l'offre libérale de soins sur la Communauté de communes de Châteaubriant-Derval. Ont été étudiées les professions de santé relevant du livre 3 du Code de la Santé publique (médecins, chirurgiens-dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes...).

Les dénombrements de professionnels et leurs caractéristiques démographiques (classe d'âge) sont issus principalement des répertoires nationaux des professions de santé, RPPS et Adeli, qui ont été consolidés notamment par les données en ligne sur l'annuaire santé de l'assurance maladie.

Le dénombrement de professionnels comporte toutefois certaines limites.

Tout d'abord, les mouvements de professionnels sont permanents, et certains changements ne sont pas immédiatement ou systématiquement remontés dans les dispositifs de recueil (ex : déménagement, changement d'activité, départ en retraite...).

Par ailleurs, les professionnels, qui ont plusieurs lieux d'activité, n'enregistrent pas systématiquement certaines activités secondaires.

En outre, les effectifs de professionnels de santé libéraux sur un territoire ne reflètent qu'imparfaitement l'offre de soins locale. Ils ne prennent pas en compte d'une part, le niveau d'activité des praticiens et d'autre part, la présence de professionnels sur les territoires limitrophes.

Pour pallier en partie à ces limites et de décrire au mieux la situation locale et la comparer à celle observée au plan national, différents indicateurs ont été mobilisés : densité, activité annuelle moyenne des professionnels (issues des données de remboursement de l'assurance maladie) ainsi que l'accessibilité potentielle localisée. Cet indicateur permet de prendre en compte à la fois l'offre de soins des territoires voisins, l'activité des professionnels et la demande de soins de la population selon sa structure par âge.

Le recours aux soins des habitants aux professionnels de santé libéraux est également présenté dans ce chapitre. Ces résultats sont issus des données de remboursement de l'assurance maladie, accessibles via le système national des données de santé (SNDS). Ils sont par ailleurs enrichis, pour certaines spécialités médicales, des données de recours des habitants aux consultations externes hospitalières, afin de tenir compte de l'offre proposée par le Centre hospitalier de Châteaubriant dans ce domaine.

Dans la dernière partie de ce chapitre, sont décrits quelques-uns des nouveaux modes de coopération interprofessionnelle qui se sont développés ces dernières années, et plus spécifiquement sur la Communauté de communes.

► Environ 200 professionnels de santé exercent une activité libérale en 2018 sur la Communauté de communes de Châteaubriant-Derval. La majorité de ces professionnels de santé libéraux sont installés dans la commune de Châteaubriant.

Les professions les plus représentées sont les médecins (59 praticiens dont 27 généralistes et 32 exerçant une autre spécialité), les infirmiers (38), les pharmaciens (27 dont 19 titulaires officine et 8 exerçant en laboratoire d'analyses médicales), les masseurs-kinésithérapeutes (22) et les chirurgiens-dentistes (18) [Fig43].

**Fig43 Effectifs des professionnels de santé libéraux**

Communauté de communes Châteaubriant-Derval (juil. 2018)

	Effectif
Médecins	59
<i>Dont : médecine générale</i>	<i>27</i>
<i>autres spécialités</i>	<i>32</i>
Infirmiers	38
Pharmaciens	27 *
Masseurs-kinésithérapeutes	22
Chirurgiens-dentistes	18
Orthophonistes	11
Ostéopathes	11
Pédicures-podologues	7
Psychologues	4
Sages-femmes	3
Orthoptistes	2
Diététiciens	1

Sources : RPPS (Asip Santé), Adeli, Ameli, Pages jaunes - exploitation ORS Pays de la Loire

\* Pharmaciens titulaires d'officine ou exerçant en laboratoire d'analyses médicales.



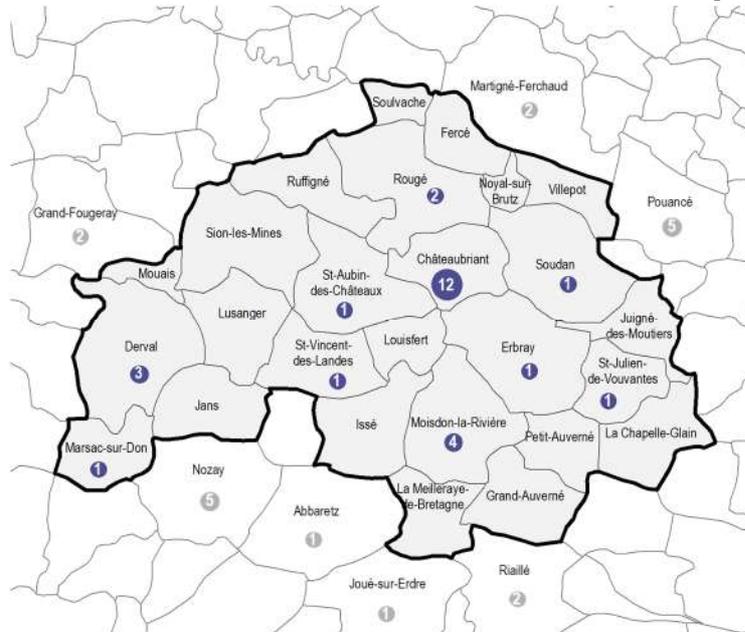
### 3.1 Médecins généralistes

#### 27 médecins généralistes libéraux exercent sur la Communauté de communes

► On dénombre 27 médecins généralistes libéraux en activité en juillet 2018 sur la Communauté de communes de Châteaubriant-Derval, répartis sur 10 des 26 communes du territoire [Fig44].

Parmi ces 27 médecins, 2 exercent et ont déclaré un mode d'exercice particulier (MEP) auprès de l'assurance maladie (1 en homéopathie et 1 en acupuncture).

**Fig44 Nombre de médecins généralistes libéraux installés**  
Communauté de communes Châteaubriant-Derval et communes limitrophes (juillet 2018)



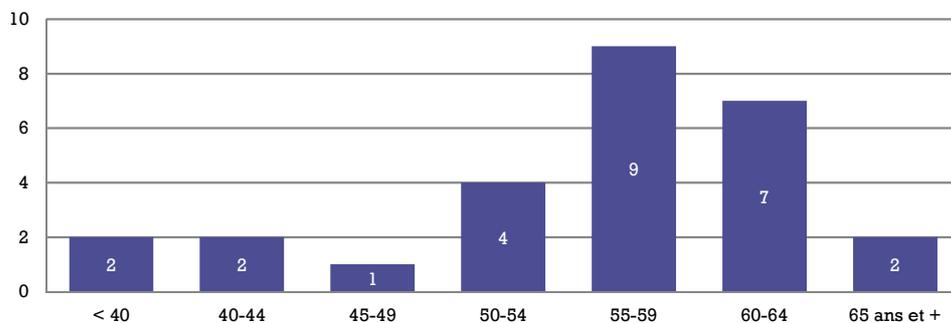
Source : RPPS (Asip Santé) - exploitation ORS Pays de la Loire

► La notion d'exercice en groupe est difficilement appréciable à partir des données issues du RPPS. Néanmoins, si l'on considère leur adresse postale d'exercice, 11 des 27 médecins du territoire exercent en groupe, soit 41 %.

#### 33 % des médecins généralistes sont âgés de 60 ans ou plus, 67 % de 55 ans ou plus

► 18 des 27 médecins généralistes libéraux sont âgés de 55 ans ou plus (67 %). Ils sont notamment neuf âgés de 60 ans ou plus, soit 33 % des praticiens. Ce pourcentage, comparable au taux national (32 %), est plus élevé que ceux observés aux plans départemental (22 %) et régional (27 %) [Fig45].

**Fig45 Répartition des médecins généralistes libéraux selon leur âge**  
Communauté de communes Châteaubriant-Derval (juillet 2018)



Source : RPPS (Asip Santé) - exploitation ORS Pays de la Loire



### Un effectif de médecins généralistes libéraux en recul

► La Communauté de communes compte en 2018 cinq médecins généralistes libéraux de moins qu'en juillet 2013, date à laquelle on y dénombrait 32 praticiens. La comparaison des listes des médecins de date à date, met en évidence qu'entre juillet 2013 et juillet 2018, neuf médecins ont quitté le territoire et quatre s'y sont installés<sup>45</sup>.

Cette diminution du nombre médecins généralistes concerne la commune de Châteaubriant, qui compte en 2018 trois médecins de moins qu'en 2013, et les communes d'Issé et de Sion-les-Mines dont le seul médecin n'a pas été remplacé.

### Un nombre de médecins par habitant très inférieur à la moyenne nationale

► La densité brute de médecins généralistes libéraux<sup>46</sup> s'élève à 61 praticiens pour 100 000 habitants à l'échelle de la Communauté de communes, soit une densité inférieure de près de 50 % à la moyenne départementale (119<sup>47</sup>) et de 40 % à la moyenne nationale (103<sup>47</sup>) [Fig46].

### Des médecins généralistes qui ont une activité particulièrement importante

► Les médecins généralistes libéraux de la Communauté de communes ont réalisé, en moyenne 6 050 consultations ou visites en 2017, soit un niveau moyen d'activité supérieur de 32 % à la moyenne départementale (4 570), et d'environ 25 % à la moyenne régionale (4 850) et nationale (4 860)<sup>48</sup> [Fig46]. Ce niveau élevé d'activité est notamment lié à la faible densité de ces praticiens sur le territoire.

### 25 des 26 communes classées en zone d'intervention prioritaire par l'ARS en raison d'une faible accessibilité aux soins de médecine générale

► Malgré cette activité importante, l'accessibilité potentielle localisée (APL)<sup>49</sup> aux médecins généralistes libéraux sur la Communauté de communes de Châteaubriant-Derval est faible. En effet, elle s'élève à 3,0 consultations (ou visites) en moyenne par an et par habitant en 2016. Ce nombre est nettement inférieur aux moyennes départementale et nationale (respectivement 4,2 et 4,1) [Fig46]. Ce constat se retrouve pour les vingt-six communes du territoire, leur APL variant de 1,7 à 3,8.

La Communauté de communes fait ainsi partie des territoires de la région les plus confrontés à des difficultés d'offre et d'accès aux médecins généralistes libéraux.

**Fig46 Médecins généralistes libéraux : densité brute, accessibilité potentielle localisée (APL) et activité moyenne**  
Communauté de communes Châteaubriant-Derval

	Densité brute* 2018	APL** aux médecins*** (tous âges) 2016	APL** aux médecins*** de moins de 65 ans 2016	Activité moyenne**** 2017
<b>CC Châteaubriant-Derval</b>	<b>61</b>	<b>3,0</b>	<b>2,8</b>	<b>6 054</b>
Loire-Atlantique	119	4,2	4,0	4 572
Pays de la Loire	100	3,9	3,7	4 855
France métropolitaine	103	4,1	3,7	4 865

Sources : RPPS (Asip Santé), RP (Insee) - exploitation ORS Pays de la Loire, Sniiram (Cnam) - calculs Drees, Sniiram (Carto Santé)

\* Densité yc MEP, pour 100 000 habitants, au 1er janvier 2018 pour Loire-Atlantique, Pays de la Loire, France métropolitaine.

\*\* Accessibilité potentielle localisée 2016 en nombre moyen de consultations accessibles par an et par habitant.

\*\*\* Médecins généralistes libéraux installés (hors médecins remplaçants), non MEP, exceptés les domaines suivants : homéopathie, acupuncture, gériatrie et médecine physique.

\*\*\*\* Activité (consultations, visites, actes techniques médicaux, actes de chirurgie) moyenne calculée sur les actifs à part entière (médecins ayant une activité sur toute l'année).

► Cette faible accessibilité justifie que 25 des 26 communes de la Communauté de communes, qui sont rattachées aux territoires de vie-santé de Châteaubriant, Derval, Pouancé, Saint-Mars-La-Jaille définis par l'ARS, soient classées en « zone d'intervention prioritaire » en matière d'offre de médecine

<sup>45</sup> Ces effectifs ne prennent pas en compte les éventuels mouvements entre ces deux dates, et notamment les mouvements internes au territoire.

<sup>46</sup> Y compris médecin avec mode d'exercice particulier (MEP).

<sup>47</sup> Densité calculée au 1<sup>er</sup> janvier 2018.

<sup>48</sup> Données calculées sur les médecins ayant exercé pendant l'année entière (25 médecins pour la CC), yc mode d'exercice particulier.

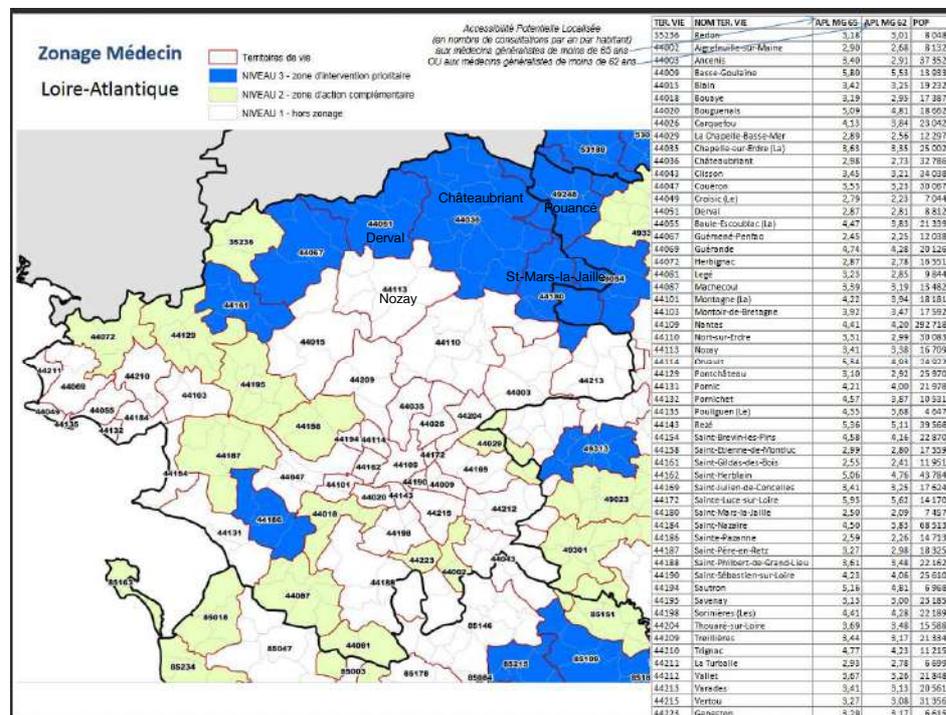
<sup>49</sup> La densité médicale est un indicateur facilement calculable et intuitif mais présente plusieurs limites (non prise en compte notamment de l'offre des territoires avoisinants et du niveau d'activité des praticiens). Un nouvel indicateur plus précis pour analyser l'offre et l'accès aux soins a été développé ces dernières années : l'accessibilité potentielle localisée (APL). Celui-ci est utilisé par les Agences régionales de santé pour définir des "zones fragiles" d'offre ou d'accès aux soins à l'échelle des bassins de vie.



générale<sup>50</sup>. Seule la commune de Marsac-sur-Don<sup>51</sup>, relevant du territoire vie-santé de Nozay, n'est pas dans ce cas [Fig47].

De ce fait, les praticiens souhaitant s'installer dans ces zones d'intervention prioritaire peuvent bénéficier d'aides financières ou conventionnelles spécifiques<sup>52</sup>.

**Fig47 Zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins pour la profession de médecin généraliste libéral**



Source : ARS Pays de la Loire (décembre 2017)

## 86 % des habitants consultent un médecin généraliste dans l'année

► 86 % des habitants de la Communauté de communes ont consulté au moins une fois au cours de l'année 2017 un médecin généraliste, que ce soit en secteur libéral, dans un centre de santé/mutualiste, ou encore dans le cadre d'une consultation externe dans un établissement de santé public [Fig48].

Si le recours à un médecin généraliste libéral (ou en centre de santé) est le plus fréquent (85 % des habitants en 2017), il convient de noter que 12 % des habitants du territoire ont consulté en 2017 un médecin généraliste dans le cadre d'une consultation externe dans un établissement de santé public.

**Fig48 Taux<sup>1</sup> annuel de recours à un médecin généraliste**  
Communauté de communes Châteaubriant-Derval, Loire-Atlantique, Pays de la Loire, France métropolitaine (2017)

	Secteur libéral centres de santé	Consultations externes (étab. public)	Total (tous secteurs)
<b>CC Châteaubriant-Derval</b>	<b>85 %</b>	<b>12 %</b>	<b>86 %</b>
Loire-Atlantique	87 %	8 %	88 %
Pays de la Loire	87 %	10 %	87 %
France métropolitaine	83 %	12 %	84 %

Source : DCIR (SNDS) - exploitation ORS Pays de la Loire

1. Taux standardisé selon l'âge

Champ : activité libérale, activité salariée en centre de santé/centre mutualiste, actes et consultations externes (établissement de santé public)

<sup>50</sup> Arrêté établi en décembre 2017 à partir des données d'APL de 2015. Communes c.

<sup>51</sup> qui est rattachée au territoire de vie-santé de Nozay

<sup>52</sup> Les aides conventionnelles de l'Assurance maladie, liées aux zones d'intervention prioritaires : 4 nouveaux contrats (aide à l'installation, accompagnement à la reprise de cabinets par de nouveaux médecins, valorisation de la solidarité territoriale entre médecins et enfin valorisation de la prise en charge coordonnée des patients).

Les aides du plan d'accès territorial aux soins, liées aux zones d'action complémentaire : contrat d'engagement de service public, contrat de praticien général de médecine générale, contrat de praticien de médecine ambulatoire et contrat de praticien de médecin remplaçant.

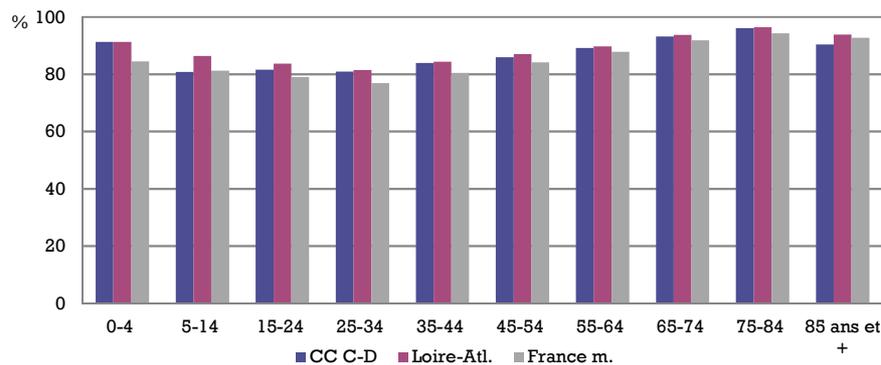


► Comme en France, ce sont les jeunes enfants et les personnes âgées qui ont le plus souvent recours au médecin généraliste parmi les habitants de la Communauté de communes : 91 % des enfants de 0-4 ans et 94 % des 75 ans et plus y ont recours au moins une fois en 2017 [Fig49].

► Le taux de recours global au médecin généraliste parmi les habitants (86 %) est, à structure par âge comparable, légèrement supérieur à la moyenne nationale (84 %). Cet écart est surtout marqué chez les 0-4 ans (91 % vs 84 %), et se retrouve dans la plupart des classes d'âge jusqu'à 84 ans.

► Au-delà de 85 ans, le recours de la population du territoire (90 %) est inférieur aux moyennes départementale (94 %) et nationale (93 %). Ceci peut être notamment lié au fait que pour les résidents en Ehpad, les soins de médecine générale peuvent être intégrés dans le forfait soins que l'assurance maladie verse à l'établissement et donc non comptabilisés individuellement.

**Fig49 Taux de recours à un médecin généraliste au moins une fois dans l'année selon leur âge**  
Communauté de communes Châteaubriant-Derval, Loire-Atlantique, France métropolitaine (2017)



Source : SNDS -DCIR/PMSI MCO et SSR (Cnam) - exploitation ORS Pays de la Loire  
Champ : activité libérale, activité salariée en centre de santé/centre mutualiste, actes et consultations externes (établissement de santé public)

### Des habitants qui recourent dans 80 % des cas aux médecins généralistes de la Communauté de communes

► En 2017, 81 % des recours des habitants de la Communauté de communes en médecine générale libérale ont lieu auprès des médecins installés sur le territoire.

Pour toutes les communes du territoire, à l'exception de Jans et de la Meilleraye-de-Bretagne situées en périphérie, plus de la moitié des recours des habitants s'effectuent auprès des médecins généralistes de la Communauté de communes [Fig50].

**Fig50 Part des recours en médecine générale libérale réalisés auprès des médecins généralistes libéraux de la Communauté de communes selon la commune de résidence du bénéficiaire**  
Communauté de communes Châteaubriant-Derval (2017)

Commune de résidence	% des recours aux médecins de la CC	Commune de résidence	% des recours aux médecins de la CC
La Chapelle-Glain	56%	Mouais	74%
Châteaubriant	87%	Noyal-sur-Brutz	62%
Derval	82%	Petit-Auverné	88%
Erbray	89%	Rougé	87%
Fercé	71%	Ruffigné	87%
Grand-Auverné	68%	Saint-Aubin-des-Châteaux	92%
Issé	83%	Saint-Julien-de-Vouvantes	89%
Jans	49%	Saint-Vincent-des-Landes	89%
Juigné-des-Moutiers	61%	Sion-les-Mines	79%
Louisfert	89%	Soudan	77%
Lusanger	85%	Soulvache	69%
Marsac-sur-Don	59%	Villepot	55%
La Meilleraye-de-Bretagne	40%	<b>CC</b>	<b>81 %</b>
Moisdon-la-Rivière	92%		

Source : DCIR (SNDS) - exploitation ORS Pays de la Loire  
Lecture : en 2017, 56 % des recours en médecine générale libérale des habitants de la commune de La Chapelle-Glain ont eu lieu auprès des médecins installés sur la Communauté de communes.



## ENCADRÉ 7. Permanence des soins en médecine générale ambulatoire

La permanence des soins ambulatoires (PDSA) consiste à organiser l'offre de soins libérale pour répondre aux demandes de soins non programmés en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux.

Sur le territoire de la Communauté de communes de Châteaubriant-Derval, la PDSA par les médecins généralistes est mise en place à la demande de l'ARS par l'Association pour l'organisation de la permanence des soins des médecins libéraux en Loire-Atlantique (ADOPS 44).

### La régulation médicale des appels

L'accès aux médecins assurant la PDSA n'est pas direct mais régulé par des médecins généralistes libéraux coordonnés avec les médecins régulateurs hospitaliers du centre 15. En Loire-Atlantique, le numéro de la PDSA est le 116 117.

Différentes réponses peuvent être apportées par le médecin régulateur :

- conseil médical,
- téléprescription,
- orientation vers un médecin de garde,
- orientation vers un service d'accueil des urgences,
- envoi d'un médecin mobile.

### Maison médicale de garde et médecin mobile

Le site de Châteaubriant du Centre hospitalier Châteaubriant-Nozay-Pouancé héberge un Centre d'accueil et de permanence des soins (CAPS), également appelé Maison médicale de garde. Ce centre est ouvert les lundis et vendredis de 20h à 24h, les samedis de 12h à 24h et les dimanches et jours fériés de 8h à 24h.

Le CAPS de Châteaubriant fonctionne avec une dizaine de médecins volontaires installés ou remplaçants sur le territoire ou dans les environs.

Lorsque la situation du patient le nécessite et que celui-ci est dans l'impossibilité de se déplacer, le médecin régulateur peut envoyer un médecin mobile. La Communauté de communes de Châteaubriant-Derval fait partie du territoire d'intervention du médecin mobile basé au CAPS de Nozay, disponible toutes les nuits de 20h à 8h.

### Cartographie des territoires des médecins mobiles en Pays de la Loire



Source : Cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires Pays de la Loire 2017-2019

## 3.2 Autres médecins spécialistes

L'accès aux spécialités médicales (en dehors de la médecine générale) s'effectue en secteur libéral (en cabinet ambulatoire ou en clinique), au sein des établissements publics de santé (consultations externes), mais aussi dans d'autres cadres (centre médicopsychologique pour la santé mentale, centre de protection maternelle et infantile pour les nouveau-nés).

### Une trentaine de médecins spécialistes libéraux en activité sur la Communauté de communes

► Selon le Répertoire partagé des professions de santé (RPPS), 32 médecins spécialistes<sup>53</sup> exercent une activité libérale sur la Communauté de communes de Châteaubriant-Derval en juillet 2018 [Fig51]. Tous sont installés à Châteaubriant. La relative diversité de spécialités médicales sur le territoire est liée à la présence des deux établissements de santé, et notamment de la Clinique Sainte-Marie où une part importante de ces praticiens exerce une activité de consultations et de chirurgie.

Il convient toutefois de considérer cet effectif avec précaution car certains praticiens libéraux qui interviennent ponctuellement à la Clinique Sainte-Marie n'ont pas enregistré cette activité dans le RPPS, et ne sont pas dénombrés ici (ex : urologues exerçant à la Clinique Saint-Augustin et intervenant à la Clinique Sainte-Marie).

► Un quart des médecins spécialistes libéraux exercent en secteur 2, soit un taux inférieur à celui observé au plan départemental (37 %) et national (45 %<sup>54</sup>).

► Si l'offre de spécialistes libéraux est assez diversifiée sur le territoire, sa densité globale reste nettement inférieure à la moyenne nationale (densité de 72 médecins spécialistes libéraux pour 100 000 vs 94 en France, toutes spécialités confondues). Toutefois, le Centre hospitalier de Châteaubriant

<sup>53</sup> Hors médecins généralistes.

<sup>54</sup> Données 2016.



propose des consultations externes pour plusieurs spécialités, qui viennent enrichir l'offre locale [Chapitre « Offre et recours aux établissements de santé »].

**Fig51 Effectifs des médecins spécialistes libéraux (hors médecine générale)**  
Communauté de communes Châteaubriant-Derval (juillet 2018)

	Effectif	dont secteur 2
<b>Médecins spécialistes (total)</b>	<b>32</b>	<b>8</b>
Chirurgie orthopédique et traumatologie	5	4
Ophthalmologie	5	1
Anesthésie-réanimation	4	
Radiodiagnostic	3	
Cardiologie et maladies vasculaires	2	
Chirurgie générale	1	
Gastro-entérologie et hépatologie	2	
Gynécologie-obstétrique	2	2
Biologie médicale	1	
Chirurgie vasculaire	1	1
Dermatologie et vénéréologie	1	
Oto-rhino-laryngologie	1	
Pédiatrie	1	
Pneumologie	1	
Psychiatrie	1	
Rhumatologie	1	

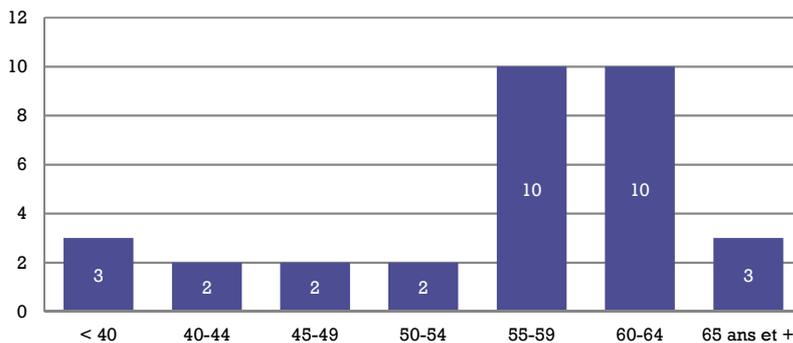
Sources : RPPS (Asip Santé), Ameli - exploitation ORS Pays de la Loire

#### 41 % des praticiens sont âgés de 60 ans ou plus, 72 % de 55 ans ou plus

► Parmi ces 32 médecins spécialistes libéraux, une part importante vont cesser leur activité dans les prochaines années. En effet, 23 sont âgés de 55 ans ou plus (72 %), dont 13 ont 60 ans ou plus (41 %) [Fig52].

Ces pourcentages sont nettement supérieurs à ceux observés à l'échelle départementale et nationale : en Loire-Atlantique, 42 % des médecins spécialistes libéraux sont âgés de 55 ans ou plus et 25 % de 60 ans ou plus (respectivement 54 et 37 % en France).

**Fig52 Répartition des médecins spécialistes libéraux selon leur âge**  
Communauté de communes Châteaubriant-Derval (juillet 2018)



Source : RPPS (Asip Santé) - exploitation ORS Pays de la Loire

#### Un moindre recours des habitants à certains spécialistes libéraux : pédiatre, gynécologue, cardiologue, dermatologue, psychiatre

Les taux de recours aux médecins spécialistes des habitants de la Communauté de communes ont été analysés pour une sélection de sept spécialités, notamment celles en accès direct (ophtalmologie, gynécologie, pédiatre, psychiatre).

► Le taux de recours des enfants du territoire à un pédiatre en secteur libéral (ou en centre de santé, ou PMI) est nettement plus faible que la moyenne nationale. Ainsi, 10 % des enfants de moins de 15 ans de la Communauté de communes ont consulté au moins une fois un pédiatre en secteur libéral en 2017 contre 22 % en moyenne en France [Fig53].



► Un moindre taux de recours des habitants du territoire s'observe également pour les spécialistes libéraux suivants :

- gynécologue médical ou obstétricien (17 % des femmes de la Communauté de communes âgées de 15-74 ans y ont eu recours au moins une fois en 2017 vs 30 % en France, à structure par âge comparable),
- dermatologue (7 % des habitants de la Communauté de communes vs 11 % en France),
- cardiologue (6 % vs 9 %)
- psychiatre (1,2 % vs 2,3 %).

► Par contre, on constate une plus grande fréquence du recours annuel des habitants de la Communauté de communes à un ophtalmologiste libéral (29 % vs 27 % en France) et à un gastro-entérologue libéral (5 % vs 4 %).

### Un moindre recours en secteur libéral compensé pour partie pour certaines spécialités par un recours aux consultations externes en établissement de santé

► Le recours des habitants de la Communauté de communes aux consultations externes hospitalières, notamment celles proposées par le Centre hospitalier de Châteaubriant, permettent de compenser pour partie et pour certaines spécialités, leur moindre recours aux spécialistes libéraux. C'est notamment le cas pour la pédiatrie, la gynéco-obstétrique, et pour la cardiologie.

Pour ces deux dernières spécialités, les taux de recours des habitants de la Communauté de communes aux consultations externes sont d'ailleurs nettement supérieurs à la moyenne nationale.

Ainsi, 13 % des femmes de 15-74 ans du territoire ont consulté un gynécologue (médical ou obstétricien) en 2017 dans le cadre d'une consultation externe dans un établissement public contre 7 % en France.

4 % des habitants du territoire ont consulté un cardiologue en 2017 dans le cadre d'une consultation externe contre 2 % en France.

► Toutefois, à l'exception de l'ophtalmologie et de la gastro-entérologie, les taux globaux de recours des habitants de la Communauté de communes aux différentes spécialités médicales étudiées restent inférieurs à ceux observés au plan national [Fig53].

**Fig53 Proportion<sup>1</sup> d'habitants ayant recours au moins une fois au cours de l'année 2017 aux médecins spécialistes suivants**

Communauté de communes Châteaubriant-Derval, Loire-Atlantique, Pays de la Loire, France métropolitaine (2017)

	CC C-D	Loire-Atlantique	Pays de la Loire	France métrop.
<b>Ophtalmologiste (tous âges)</b>	<b>29,6 %</b>	30,9 %	31,3 %	28,7 %
Dont : - secteur libéral, centre de santé/mutualiste	29,4 %	29,9 %	29,8 %	27,2 %
- consultations externes (établ. public)	4,0 %	1,4 %	2,0 %	2,4 %
<b>Gynécologue, médical ou obstétricien (femmes de 15-74 ans)</b>	<b>23,6 %</b>	30,1 %	29,2 %	34,3 %
Dont : - secteur libéral, centre de santé/mutualiste	16,6 %	26,1 %	23,7 %	29,9 %
- consultations externes (établ. public)	12,8 %	6,4 %	7,9 %	7,3 %
<b>Dermatologue (tous âges)</b>	<b>7,2 %</b>	10,4 %	9,4 %	11,1 %
Dont : - secteur libéral, centre de santé/mutualiste	6,8 %	10,1 %	8,9 %	10,5 %
- consultations externes (établ. public)	0,6 %	0,5 %	0,7 %	0,9 %
<b>Cardiologue (tous âges)</b>	<b>8,8 %</b>	10,0 %	8,6 %	10,8 %
Dont : - secteur libéral, centre de santé/mutualiste	5,6 %	9,1 %	7,4 %	9,4 %
- consultations externes (établ. public)	4,1 %	1,3 %	1,9 %	2,1 %
<b>Psychiatre (tous âges)</b>	<b>1,6 %</b>	3,0 %	2,3 %	2,6 %
Dont : - secteur libéral, centre de santé/mutualiste	1,2 %	2,6 %	2,1 %	2,3 %
- consultations externes (établ. public)	0,2 %	0,5 %	0,3 %	0,4 %
<b>Gastro-entérologue (tous âges)</b>	<b>6,0 %</b>	5,7 %	5,0 %	5,0 %
Dont : - secteur libéral, centre de santé/mutualiste	4,7 %	4,8 %	4,0 %	4,0 %
- consultations externes (établ. public)	1,5 %	1,1 %	1,2 %	1,3 %
<b>Pédiatre (enfants de moins de 15 ans)</b>	<b>15,5 %</b>	23,6 %	21,3 %	29,4 %
Dont : - secteur libéral, centre de santé/mutualiste/PMI	10,0 %	16,0 %	13,8 %	21,5 %
- consultations externes (établ. public)	6,9 %	11,1 %	10,4 %	12,9 %

Source : SNDS -DCIR/PMSI MCO et SSR (Cnam) - exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : activité libérale, activité salariée en centre de santé/centre mutualiste/PMI, actes et consultations externes (établissement de santé public)

1. proportion standardisée selon l'âge



## Un moindre recours de la population aux spécialités étudiées qui se retrouve dans toutes les classes d'âge, sauf pour l'ophtalmologie et la gastro-entérologie

► Les graphiques ci-après permettent de visualiser les taux de recours par classe d'âge de la population de la Communauté de communes à certaines spécialités en secteur libéral ou dans le cadre de consultations externes en établissement de santé, et de les comparer aux moyennes départementale et nationale.

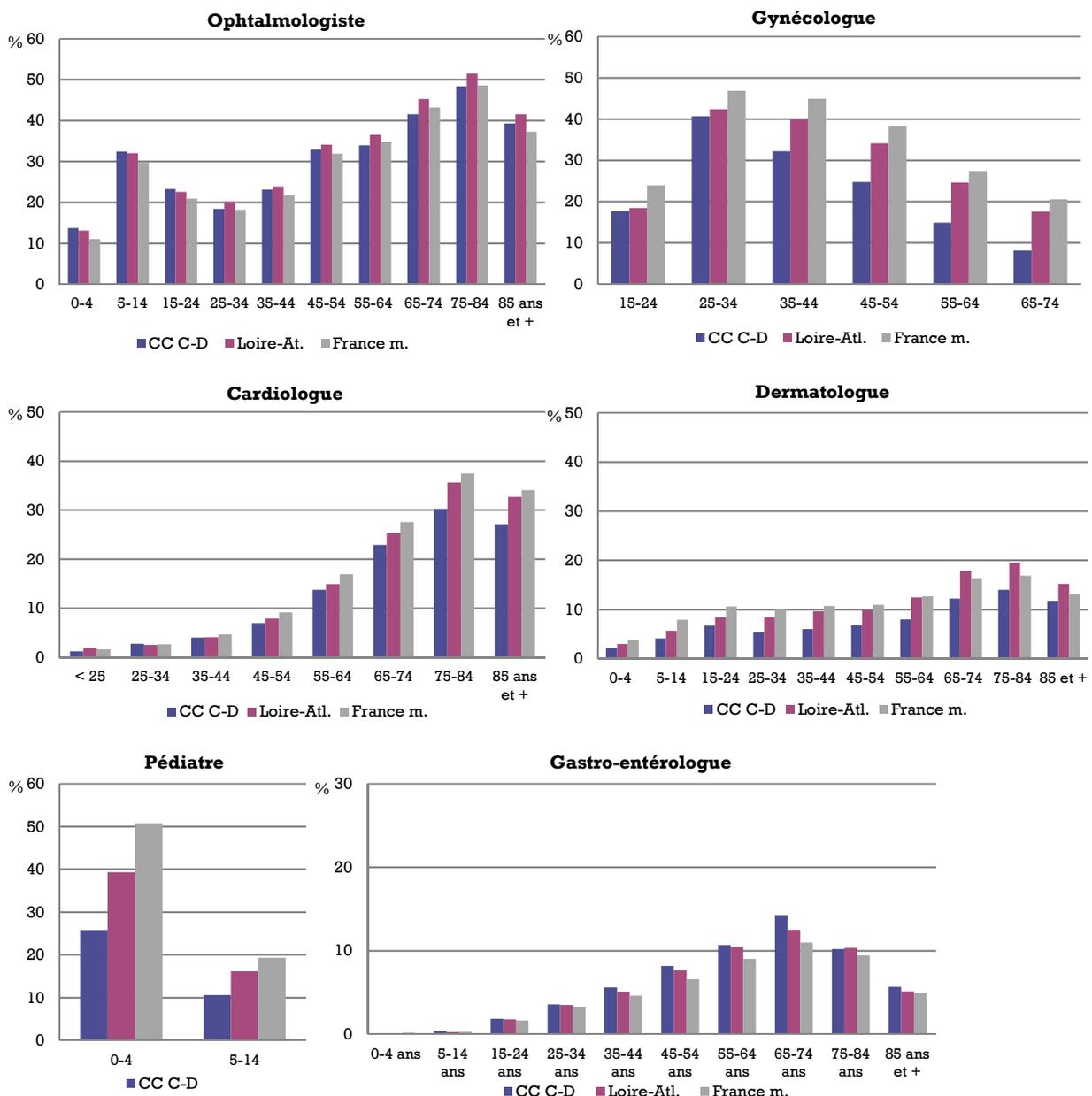
► Pour les différentes spécialités étudiées, les taux de recours sont inférieurs à la moyenne nationale dans toutes les classes d'âge, à l'exception du recours à un gastro-entérologue et à un ophtalmologiste.

- Pour la gastro-entérologie, le taux global de recours des habitants est supérieur à la moyenne nationale dans toutes les classes d'âge.

- Pour l'ophtalmologie, le taux de recours des habitants est supérieur à la moyenne nationale dans les classes d'âge avant 55 ans, et au-delà de 85 ans [Fig54].

**Fig54 Taux de recours annuel selon l'âge pour les spécialités suivantes : ophtalmologie, gynécologie, cardiologie, dermatologie, pédiatrie**

Communauté de communes Châteaubriant-Derval, Loire-Atlantique, France métropolitaine (2017)



Source : SNDS -DCIR/PMSI MCO et SSR (Cnam) - exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : activité libérale, activité salariée en centre de santé/centre mutualiste/PMI, actes et consultations externes (établissement de santé public)

Note : les échelles des graphiques sont différentes.



### 3.3 Chirurgiens-dentistes

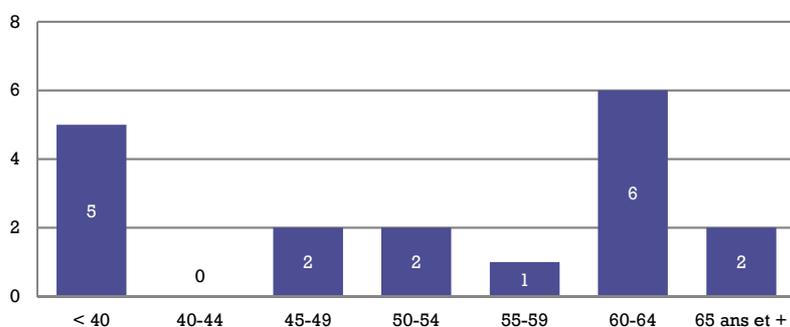
Le recours au chirurgien-dentiste résulte principalement d'un besoin de soins dentaires, qui peuvent être de natures très variées (détartrage, scellements de sillons chez les enfants, soins conservateurs, pose de prothèses, soins chirurgicaux, soins d'orthodontie...). Mais, il peut aussi s'inscrire dans une démarche préventive, et c'est dans ce contexte que l'assurance maladie propose des examens bucco-dentaires de prévention sans avance de frais tous les trois ans pour les enfants et jeunes adultes, dans le cadre du programme M'T dents.

Les conditions de remboursement des soins dentaires courants (traitement de carie, détartrage...) sont analogues à celles des soins médicaux. En revanche, le reste à charge est souvent important pour les autres soins, tels que les prothèses dentaires ou l'orthodontie. Le renoncement aux soins dentaires est fréquent, y compris pour les soins courants, en raison d'une méconnaissance de leurs conditions de prise en charge.

#### 18 chirurgiens-dentistes libéraux en exercice sur la Communauté de communes, dont près de la moitié sont âgés de 60 ans ou plus

- La Communauté de communes compte 18 chirurgiens-dentistes libéraux en activité en juillet 2018. 15 d'entre eux sont installés sur la commune de Châteaubriant, un à Derval, un à Erbray et un à Moisdon-la-Rivière [ENCADRÉ 9].
- D'après leur adresse postale d'exercice, 12 des 18 chirurgiens-dentistes du territoire exercent en groupe, soit deux tiers d'entre eux.
- Parmi ces 18 praticiens, 8 sont âgés de 60 ans ou plus, soit 44 % [Fig55]. Cette proportion est particulièrement élevée, deux fois supérieure à celles observées au plan départemental ou national (16 % en Loire-Atlantique, 18 % en Pays de la Loire, 21 % en France).

**Fig55 Répartition des chirurgiens-dentistes libéraux selon leur âge**  
Communauté de communes Châteaubriant-Derval (juillet 2018)



Source : RPPS (Asip Santé) - exploitation ORS Pays de la Loire

#### Par rapport à la moyenne nationale, une densité de praticiens inférieure d'environ 30 % et une activité supérieure de 13 %

- La densité de chirurgiens-dentistes libéraux à l'échelle de la Communauté de communes s'élève à 41 professionnels pour 100 000 habitants, soit une densité nettement inférieure à la moyenne départementale (63), régionale (51) et nationale (57) [Fig56].
- Les chirurgiens-dentistes libéraux du territoire ont réalisé, en moyenne 2 375 actes au cours de l'année 2016 (hors consultations). Si ce niveau est supérieur d'environ 10 % aux moyennes départementale (2 183, + 9 %) et nationale (2 100, + 13 %), il est proche de la moyenne régionale [Fig56].



**Fig56 Chirurgiens-dentistes libéraux : densité brute, activité moyenne**  
Communauté de communes Châteaubriant-Derval

	Densité brute (2018)	Activité moyenne* (2016)
<b>CC Châteaubriant-Derval</b>	<b>41</b>	<b>2 375</b>
Loire-Atlantique	63	2 183
Pays de la Loire	51	2 376
France métropolitaine	57	2 099

Sources : RPPS (Asip Santé), RP (Insee) - exploitation ORS Pays de la Loire, Sniiram (Carto Santé)

\* Activité (actes hors consultations) moyenne calculée sur les actifs à part entière (ayant une activité sur toute l'année).

### Un recours aux soins dentaires proche de la moyenne nationale

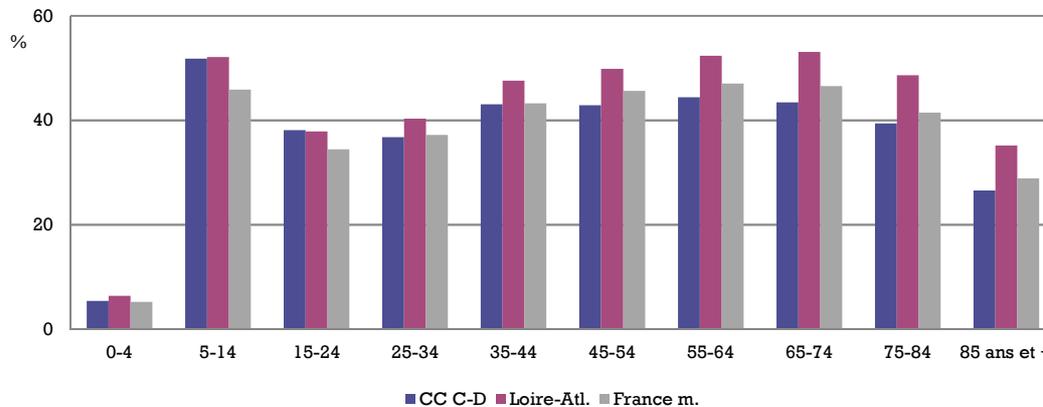
► Le taux de recours à un chirurgien-dentiste en 2017 des habitants de la Communauté de communes (40 %) est analogue à la moyenne nationale (40 %, à structure par âge comparable). Il est par contre plus faible qu'au plan départemental (45 %).

L'analyse des recours par classe d'âge met en évidence un taux inférieur à la moyenne nationale au-delà de 45 ans, et supérieur chez les 5-25 ans [Fig57].

Ce dernier constat peut être lié à l'adhésion aux examens de prévention proposés sans avance de frais par l'assurance maladie dans le cadre du programme Mt'dents. Toutefois, il doit être pondéré car ces données ne concernent qu'une seule année et ne permet pas d'apprécier le suivi bucco-dentaire des enfants. Une étude récente, commanditée par l'URPS chirurgiens-dentistes<sup>55</sup>, met ainsi en évidence que la Communauté de communes fait partie des EPCI de la région Pays de la Loire présentant les plus faibles proportions d'enfants ayant bénéficié d'un suivi préventif bucco-dentaire régulier<sup>56</sup> d'une part, de soins d'orthodontie d'autre part.

**Fig57 Taux de recours à un chirurgien-dentiste au moins une fois selon l'âge**

Communauté de communes Châteaubriant-Derval (2017)



Source : SNDS -DCIR/PMSI MCO et SSR (Cnam) - exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : activité libérale, activité salariée en centre de santé/centre mutualiste, actes et consultations externes (établissement de santé public)

<sup>55</sup> ORS Pays de la Loire, URPS Chirurgiens-Dentistes des Pays de la Loire. (2018). Recours au cabinet dentaire des enfants et des adolescents. Situation en Pays de la Loire et en France à partir d'une analyse des données du SNDS. 76 p.

<sup>56</sup> Ont été étudiés le suivi régulier (au moins 3 prestations de suivi bucco-dentaire) entre 6 et 9 ans, et entre 14 et 17 ans.



### 3.4 Infirmiers

Les infirmiers qui interviennent en ville peuvent exercer en libéral mais également dans d'autres contextes, et notamment de façon salariée dans les centres de soins infirmiers.

Ces professionnels ont un rôle particulièrement important dans l'organisation des soins de premier recours, en assurant, au domicile des patients, sept jours sur sept, des actes techniques (pansements, injections, pose de sondes...), le suivi de certains patients, des actes au bénéfice de patients dialysés, en chimiothérapie... mais aussi des soins d'hygiène (« toilettes »). Pour les infirmiers libéraux, les actes de soins d'hygiène font l'objet par les remboursements d'une cotation en AIS (acte infirmier de soins) alors que les autres actes sont très majoritairement cotés en AMI (acte médico-infirmier).

Le fait que les infirmiers se déplacent au domicile des patients est d'autant plus stratégique aujourd'hui que les médecins généralistes effectuent de moins en moins de visites.

#### **Près de 40 infirmiers libéraux et deux centres de soins infirmiers installés sur la Communauté de communes**

À l'échelle de la Communauté de communes, les soins infirmiers à domicile sont délivrés par :

► les 38 infirmiers libéraux en activité en juillet 2018.

Ces professionnels sont installés sur 13 communes de la Communauté de communes [ENCADRÉ 9] et exercent dans la très grande majorité (90 %) des cas en groupe pour assurer la continuité des soins.

► les centres de soins infirmiers

Deux centres sont installés sur le territoire. L'un à Châteaubriant, dispose d'un lieu de permanence ouvert à toute la population<sup>57</sup> et délivre des soins à domicile uniquement aux habitants de la commune. Le second couvre neuf communes du nord et de l'ouest de la Communauté de communes<sup>58</sup>, avec trois lieux de permanence (Rougé, Derval, Sion-Les-Mines). Neuf infirmiers exercent dans ce centre de soins.

► les Services de soins infirmiers à domicile (Ssiad). Ces services délivrent des soins d'hygiène auprès de personnes âgées dépendantes, ou de personnes handicapées ou atteintes d'une pathologie chronique. L'essentiel des intervenants sont des aides-soignants, les infirmiers assurant l'encadrement des équipes.

Quatre Ssiad interviennent auprès des habitants de la Communauté de communes Châteaubriant-Derval [Chapitre « Accompagnement des personnes âgées »].

► et dans le cadre de l'hospitalisation à domicile [Chapitre « Établissements de santé »].

#### **La part des soins d'hygiène dans l'activité des infirmiers libéraux du territoire est plus importante qu'au plan départemental**

► Les infirmiers libéraux de la Communauté de communes ont réalisé en moyenne 8 556 actes en 2016. Ce niveau moyen d'activité est supérieur à celui observé au plan départemental (+ 12 %), et dans une moindre mesure à la moyenne nationale (+ 5 %) [Fig58].

Cet écart avec le niveau départemental est lié notamment au fait que les infirmiers du territoire réalisent plus souvent des actes liés aux soins d'hygiène (« toilettes ») (en moyenne 2 345 actes par an vs 1 573)

#### **Une accessibilité aux soins infirmiers difficile à apprécier**

► L'accessibilité aux soins infirmiers sur un territoire est difficilement appréciable en raison de la multiplicité des acteurs (infirmiers libéraux, centre de soins infirmiers et Ssiad) et de la diversité des outils de recueil de leur activité. Les écarts entre territoires peuvent ainsi résulter de disparités d'organisation des soins infirmiers (présence plus ou moins importante de centres de soins infirmiers et de Ssiad), mais aussi de l'offre en établissement pour personnes âgées dépendantes.

► L'accessibilité potentielle localisée (APL), indicateur qui prend en compte notamment l'activité des professionnels et la demande de soins de la population selon sa structure par âge, est disponible uniquement pour les infirmiers libéraux.

<sup>57</sup> Permanence du lundi au vendredi, de 8 à 9 h, de 11 à 12 h et de 17 à 18h.

<sup>58</sup> Rougé, Fercé, Soulvache, Ruffigné, Saint-Aubin-des-Châteaux, Derval, Sion-les-Mines, Mouais, Lusanger.



En 2016, cette APL s'élève à 85 ETP pour 100 000 habitants à l'échelle de la Communauté de communes. Cette moyenne est supérieure à la moyenne départementale (76), mais nettement inférieure à la moyenne nationale (135) [Fig58].

**Fig58 Infirmiers libéraux : densité brute, accessibilité potentielle localisée (APL) et activité moyenne**  
Communauté de communes Châteaubriant-Derval, Loire-Atlantique, Pays de la Loire, France métropolitaine

	Densité brute (2018)	APL en ETP (2016)	Activité moyenne* (2016)	dont Activité moyenne AIS (2016)	% actes AIS
<b>CC Châteaubriant-Derval</b>	<b>86</b>	<b>85</b>	<b>8 556</b>	<b>2 345</b>	<b>27 %</b>
Loire-Atlantique	78	76	7 654	1 573	21 %
Pays de la Loire	82	73	8 090	1 361	17 %
France métropolitaine	140	135	8 177	2 751	34 %

Sources : Adeli, RP (Insee) - exploitation ORS Pays de la Loire, Sniiram (Cnam) - calculs Drees, Sniiram (Carto Santé)

\* Activité moyenne calculée sur les actifs à part entière (ayant une activité sur toute l'année).

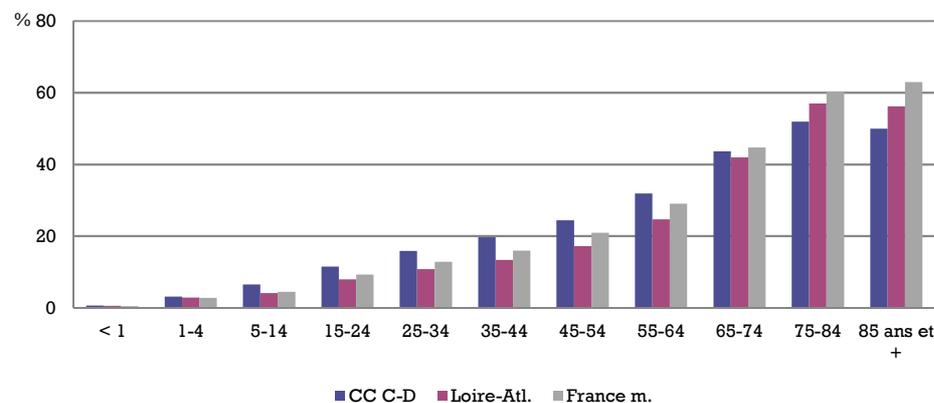
AIS : acte de soins d'hygiène.

### Un recours de la population aux infirmiers libéraux supérieur à la moyenne nationale

► Le recours des habitants de la Communauté de communes à un infirmier libéral apparaît plus élevé qu'au plan départemental et national : 23 % y ont eu recours au moins une fois au cours des deux dernières années vs 21 % en France [Fig59].

► Ce constat masque cependant des disparités selon les classes d'âge. Le taux de recours à un infirmier libéral est plus élevé qu'au plan national, parmi les habitants du territoire âgés de moins de 65 ans (17 % vs 14 % en France), et à l'inverse plus faible au-delà de 75 ans (respectivement 51 % vs 61 %). Ces résultats doivent toutefois être considérés avec précaution car interviennent sur le territoire deux centres de soins infirmiers, et 4 services des soins infirmiers à domicile (ssiad) qui prennent en charge les personnes âgées. Le taux d'équipement en Ehpad du territoire, plus élevé que la moyenne nationale, peut également expliquer ce constat.

**Fig59 Taux de recours à un infirmier libéral au moins une fois au cours des deux dernières années selon l'âge**  
Communauté de communes Châteaubriant-Derval (2016, 2017)



Source : Amos (SNDS) - exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : hors centre de soins infirmiers et ssiad.

### ENCADRÉ 8. Institut de formation en soins infirmiers et d'aides-soignants

Un institut de formation en soins infirmiers et d'aides-soignants est implanté à Châteaubriant, au niveau du pôle hospitalier.

Il propose :

- une formation infirmière,
- une formation aide-soignante,
- une formation continue (correspondant au développement professionnel continu, DPC).

La capacité d'accueil est de 50 places pour la formation infirmière et 30 places pour la formation aide-soignante (dont deux places pour l'accueil de parcours partiels et post-jury Validation des acquis de l'expérience). Pour le DPC, des sessions sont organisées avec 10 et 14 stagiaires.



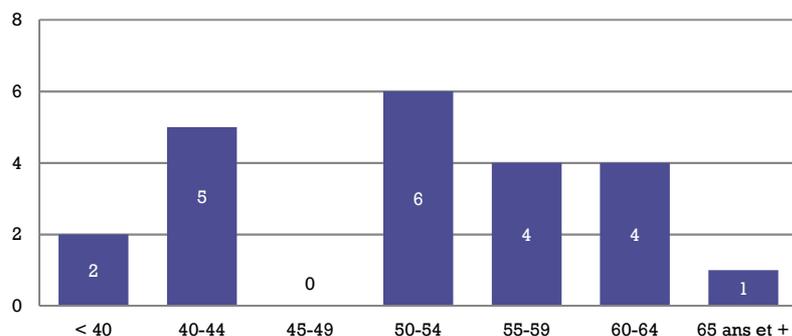
### 3.5 Masseurs-kinésithérapeutes

#### Une vingtaine de masseurs-kinésithérapeutes en activité sur la Communauté de communes, dont 23 % sont âgés de 60 ans ou plus

► 22 masseurs-kinésithérapeutes exercent une activité libérale en juillet 2018 sur le territoire. Une part importante d'entre eux ont plusieurs lieux d'activité, six exercent dans un autre cabinet en dehors de la Communauté de communes.

► Parmi ces professionnels, cinq sont âgés de 60 ans ou plus (23 %) [Fig60].

**Fig60 Répartition des masseurs-kinésithérapeutes libéraux selon leur âge**  
Communauté de communes Châteaubriant-Derval (juillet 2018)



Source : RPPS (Asip Santé) - exploitation ORS Pays de la Loire

#### Un niveau moyen d'activité des masseurs-kinésithérapeutes du territoire légèrement supérieur à la moyenne nationale

► Les masseurs-kinésithérapeutes libéraux de la Communauté de communes ont réalisé, en moyenne 4 709 actes en 2016<sup>59</sup>. Ce niveau est supérieur de plus de 20 % à la moyenne départementale (3 827) et de 4 % à la moyenne nationale (4 545) [Fig61].

#### Une accessibilité aux soins des masseurs-kinésithérapeutes particulièrement faible sur la Communauté de communes

► La densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux sur la Communauté de communes s'élève à 50 professionnels pour 100 000 habitants, soit une densité au moins deux fois plus faible que les moyennes départementale (115<sup>60</sup>) et nationale (103) [Fig61].

► L'accessibilité potentielle localisée (APL) aux masseurs-kinésithérapeutes, indicateur qui prend en compte notamment l'activité des professionnels et la demande de soins de la population selon sa structure par âge, s'élève en 2016 à 55 ETP pour 100 000 habitants à l'échelle de la Communauté de communes. Celle-ci est inférieure de plus de 40 % aux moyennes départementale (98) et nationale (95) [Fig61].

**Fig61 Masseurs-kinésithérapeutes libéraux : densité brute, accessibilité potentielle localisée (APL) et activité moyenne**

Communauté de communes Châteaubriant-Derval, Loire-Atlantique, Pays de la Loire, France métropolitaine

	Densité brute (2018)	APL (2016)	Activité moyenne** (2016)
<b>CC Châteaubriant-Derval</b>	<b>50</b>	<b>55</b>	<b>4 709</b>
Loire-Atlantique	115 *	98	3 827
Pays de la Loire	88 *	79	4 272
France métropolitaine	103 *	95	4 545

Sources : RPPS (Asip Santé), RP (Insee) - exploitation ORS Pays de la Loire, Sniiram (Cnam) - calculs Drees, Sniiram (Carto Santé)  
\* Données 2016.

\*\* Activité moyenne calculée sur les actifs à part entière (ayant une activité sur toute l'année).

<sup>59</sup> Comprend les actes AMS, AMK, AMC.

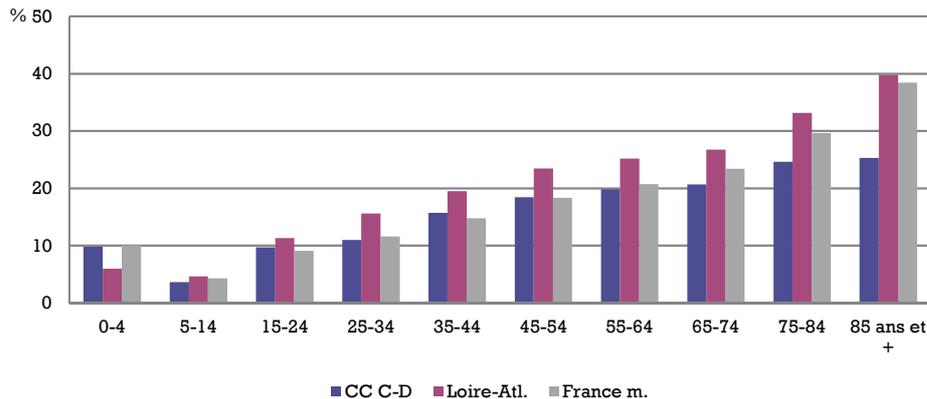
<sup>60</sup> Densité 2016.



## Un recours des personnes âgées aux soins des masseurs-kinésithérapeutes plus faible qu'au plan national

► 15 % des habitants de la Communauté de communes ont eu recours au moins une fois en 2017 à un masseur-kinésithérapeute (essentiellement en secteur libéral). Ce taux global est proche de la moyenne nationale (16 %). Il masque toutefois un recours plus faible chez les personnes âgées de 65 ans et plus du territoire (23 % des 65 ans et plus vs 28 % en France), et particulièrement chez les 85 ans et plus [Fig62]. Pour cette classe d'âge, ce constat peut être notamment lié au fait que, pour les résidents en Ehpad, les soins des masseurs-kinésithérapeutes peuvent être intégrés dans le forfait soins que l'assurance maladie verse à l'établissement et donc non comptabilisés individuellement.

**Fig62 Taux de recours à un masseur-kinésithérapeute au moins une fois dans l'année selon l'âge**  
Communauté de communes Châteaubriant-Derval (2017)



Source : SNDS -DCIR/PMSI MCO et SSR (Cnam) - exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : activité libérale, activité salariée en centre de santé/centre mutualiste, actes et consultations externes (établissement de santé public)

## 3.6 Pharmaciens et pharmacies

### 17 officines pharmaceutiques sur la Communauté de communes, 20 % des pharmaciens titulaires de ces officines sont âgés de 60 ans ou plus

► 27 pharmaciens libéraux exercent sur la Communauté de communes de Châteaubriant-Derval, dont 19 sont titulaires d'une officine pharmaceutique et 8 exercent dans le laboratoire médical d'analyses médicales Biomédilam, dont le siège est à Châteaubriant.

► Le pharmacien est le professionnel de santé auquel la population a le plus souvent recours, et ce en accès direct, sans prise de rendez-vous. Au total, la Communauté de communes compte 17 officines, réparties sur 13 communes du territoire : Châteaubriant (5 officines), Erbray, Derval, Issé, La Meilleraye-de-Bretagne, Marsac-sur-Don, Moisdon-la-Rivière, Rougé, Saint-Aubin-des-Châteaux, Saint-Julien-de-Vouvantes, Saint-Vincent-des-Landes, Sion-les-Mines, Soudan [ENCADRÉ 9].

► Selon les données du RPPS, plus de la moitié des titulaires de ces officines sont âgés de 55 ans ou plus (10 des 19 titulaires), et 21% de 60 ans ou plus (4 sur 19).

Contrairement à la médecine générale, l'implantation des officines pharmaceutiques est fortement encadrée, la création ou le transfert d'un établissement devant être agréé par l'Agence régionale de santé. Au plan national et régional, le nombre d'officines diminue, l'équilibre économique de certains établissements n'étant plus assuré. La région Pays de la Loire a ainsi perdu 62 officines entre janvier 2013 et décembre 2017<sup>61</sup>.

<sup>61</sup> Fascicule régional ordre pharmacien.



## ENCADRÉ 9. Répartition par commune des pharmacies et professionnels de santé libéraux de la Communauté de communes de Châteaubriant-Derval

### Répartition des professionnels de santé libéraux par commune

Communauté de communes Châteaubriant-Derval (juillet 2018)

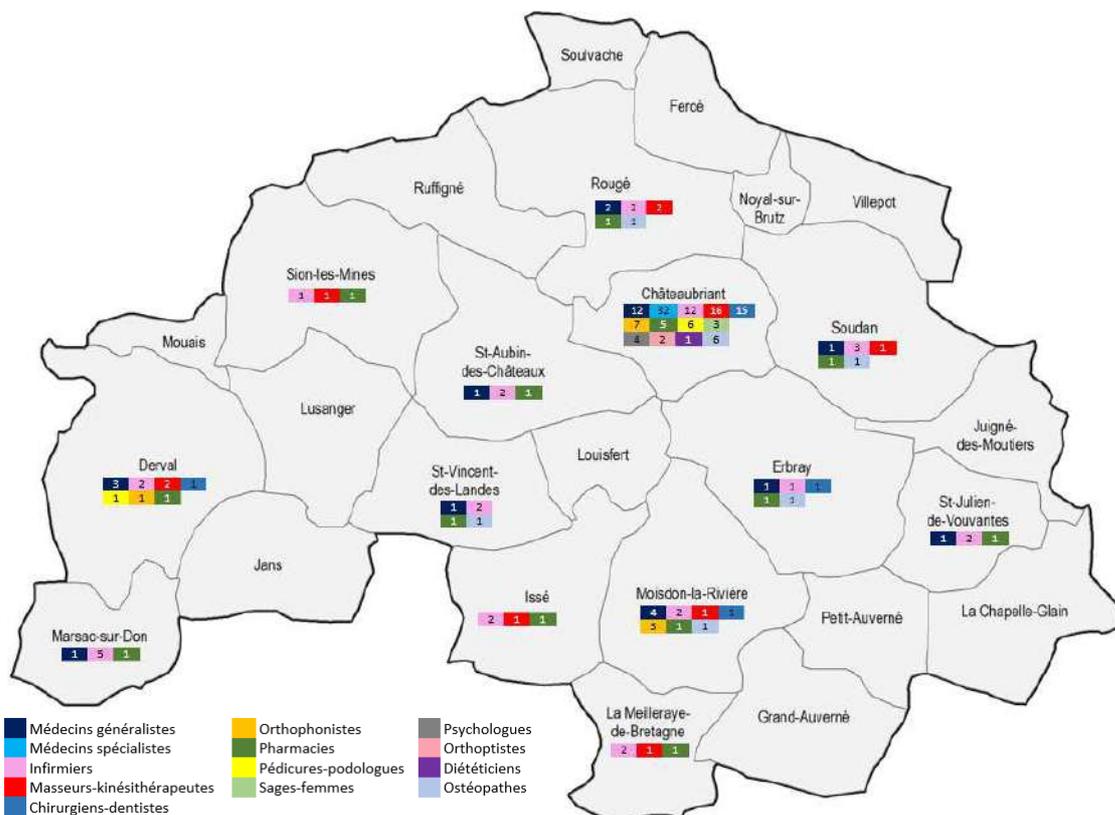
	Médecins généralistes	Infirmiers	Masseurs-kiné.	Chirurgiens-dentistes	Orthophonistes	Pédicures-podologues	Sages-femmes	Psychologues	Orthoptistes	Diététiciens	Ostéopathes	Pharmacies
La Chapelle-Clain												
Châteaubriant	12	12	16	15	7	6	3	4	2	1	6	5
Derval	3	2	2	1	1	1						1
Erbray	1	1		1							1	1
Fercé												
Grand-Auverné												
Issé		2	1									1
Jans												
Juigné-des-Moutiers												
Louisfert												
Lusanger												
Marsac-sur-Don	1	5										1
La Meilleraye-de-Bretagne		2	1									1
Moisdon-la-Rivière	4	2	1	1	3						1	1
Mouais												
Noyal-sur-Brutz												
Petit-Auverné												
Rougé	2	2	2								1	1
Ruffigné												
Saint-Aubin-des-Châteaux	1	2										1
Saint-Julien-de-Vouvantes	1	2										1
Saint-Vincent-des-Landes	1	2									1	1
Sion-les-Mines		1	1									1
Soudan	1	3	1								1	1
Soulvache												
Villepct												
<b>CC C-D</b>	<b>27</b>	<b>38</b>	<b>22*</b>	<b>18</b>	<b>11</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>11</b>	<b>17</b>

Sources : RPPS (Asip Santé), Adeli - exploitation ORS Pays de la Loire

\* Trois masseurs-kinésithérapeutes exercent sur deux communes de la Communauté de communes.

### Répartition géographique des pharmacies et des professionnels de santé libéraux par commune (médecins, infirmiers, chirurgiens-dentistes, masseurs-kinésithérapeutes)

Communauté de communes Châteaubriant-Derval (juillet 2018)



Sources : RPPS (Asip Santé), Adeli - exploitation ORS Pays de la Loire



### 3.7 Autres professionnels de santé libéraux

On recense par ailleurs sur la Communauté de communes de Châteaubriant-Derval :

**- 11 orthophonistes,**

Cet effectif correspond à une densité de 25 professionnels pour 100 000 habitants. Cette densité est inférieure aux moyennes départementale (41), régionale (31) et nationale (31).

Les orthophonistes de la Communauté de communes ont réalisé en moyenne 1 780 actes (AMO) en 2016, soit un niveau supérieur à celui observé au plan départemental (1 407, + 25 %), régional (1 479, + 20 %) ou national (1 620, + 10 %).

**- 7 pédicures-podologues,**

Cet effectif correspond à une densité brute de 16 professionnels pour 100 000 habitants, soit une densité nettement inférieure à celles observées au plan départemental (26), régional (22) et national (21<sup>62</sup>).

**- 3 sages-femmes,**

L'accessibilité potentielle localisée (APL) à ces professionnelles s'élève en 2016 pour la Communauté de communes à environ 14 ETP pour 100 000 habitants, soit une accessibilité inférieure aux moyennes départementale (20), régionale (18) et nationale (15).

**- 4 psychologues,**

**- 2 orthoptistes,**

**- 1 diététicien,**

**- et 11 ostéopathes [ENCADRÉ 9].**

#### ENCADRÉ 10. Transport sanitaire

Le transport de patients peut être assuré par une ambulance, une unité mobile hospitalière, un véhicule sanitaire léger, un taxi conventionné ou un véhicule de pompiers, en cas de situation d'urgence ou à la suite d'une prescription médicale (ex : recours à l'hôpital à la suite d'un accident, retour au domicile après hospitalisation, réalisation d'examens médicaux).

Cinq sociétés d'ambulance sont implantées sur la Communauté de communes (Châteaubriant : 2, Derval : 2, Moisdon-la-Rivière : 2, Rougé : 1, Issé : 1, St-Vincent-des-Landes : 1, St-Julien-de-Vouvantes : 1).

### 3.8 Laboratoire d'analyses médicales

La Communauté de communes de Châteaubriant-Derval dispose d'un laboratoire de biologie médicale, installé sur le site du pôle santé de Choisel.

Il fait partie de Biomédilam, groupe de neuf laboratoires de biologie médicale (Châteaubriant, Vitré, Guémené-Penfao, Héric, Pouancé, La Guerche-de-Bretagne, Vern-sur-Seiche et Châteaugiron), qui rayonne sur trois départements (44, 35, 53). Biomédilam, dont le siège est à Châteaubriant, dispose de deux plateaux techniques installés sur le site du Centre Hospitalier local, à Vitré et à Châteaubriant.

Ce laboratoire :

- assure les prélèvements et les analyses prescrits en ville aux horaires ouvrables,
- participe à la continuité des soins hospitaliers en effectuant 24h/24 et 7j/7 les examens de biologie médicale nécessaires aux soins réalisés au sein du Centre hospitalier et de la Clinique Sainte-Marie.

### 3.9 Imagerie médicale

Deux sites permettent la réalisation des examens d'imagerie sur la Communauté de communes de Châteaubriant-Derval.

Un **cabinet** de trois radiologues est installé en ville à Châteaubriant.

Sur le **pôle santé de Choisel**, un plateau technique permet la réalisation d'examens :

- échographiques (sauf grossesse et cardiovasculaires, réalisées dans les services de spécialité),

<sup>62</sup> Chiffres 2017 pour la Loire-Atlantique, Pays de la Loire, France métropolitaine.



- radiologiques (sauf mammographies et panoramiques dentaires),
- de scanner,
- d'imagerie par résonance magnétique (IRM).

Ce service d'imagerie médicale assure les examens pour les patients :

- hospitalisés au CH et à la Clinique Sainte Marie, 24h/24 et 7j/7,
- vus en consultations externes hospitalières,
- ayant une prescription d'imagerie par un médecin de ville, extérieur au pôle santé.

Son fonctionnement est assuré par un cadre de santé, un manipulateur en radiologie et un groupe de sept médecins radiologues libéraux organisés en association<sup>63</sup>, qui exercent par ailleurs dans le cabinet de ville de Châteaubriant ou dans une commune en dehors de la Communauté de communes.

L'IRM, inauguré en novembre 2017, est relié en télé-médecine avec le CHU de Nantes. En pratique, cela signifie que les patients passent leur examen à Châteaubriant où des manipulateurs en radiologie les installent et réalisent les images selon les prescriptions du médecin. Le médecin radiologue, qui interprète les images et fait un compte-rendu à l'intention du médecin prescripteur, est situé au CHU de Nantes.

### 3.10 Les coopérations interprofessionnelles

*Si les coopérations entre professionnels de santé s'organisent depuis longtemps, de nouveaux modes d'organisation, reconnus et financés par les pouvoirs publics, se sont développés ces dernières années pour faire face notamment à la baisse de la démographie médicale, au vieillissement de la population, et à la fréquence croissante des maladies chroniques qui en résultent. Sont présentées ci-après quelques-unes de ces nouvelles dynamiques.*

#### 3.10.1 Maison de santé pluriprofessionnelle

Une **maison de santé pluriprofessionnelle** (MSP) est un regroupement de professionnels de santé de soins primaires (de premier recours, et éventuellement de second recours) d'une même zone géographique, rassemblés autour d'un projet de santé commun, avec éventuellement un regroupement physique de certains professionnels de santé libéraux.

► En Pays de la Loire, le socle minimum pour constituer une MSP est de quatre professionnels de santé : trois médecins généralistes et un auxiliaire médical.

Début 2018, 82 maisons de santé pluriprofessionnelles sont en fonctionnement dans la région (projet de santé validé par l'ARS), dont 15 en Loire-Atlantique. Aucune MSP n'est installée sur la Communauté de communes de Châteaubriant-Derval.

► La création d'une MSP sur le site du Centre hospitalier de Châteaubriant d'ici 2021 est actuellement en cours de réflexion. De même, une MSP est en projet sur la commune de Derval.

#### 3.10.2 Centre de santé

► Tout comme une MSP, un **centre de santé** est une structure de soins de proximité dispensant principalement des soins dits de "premier recours" : médicaux (général et/ou spécialiste), dentaires (soins, prothèses, orthodontie), paramédicaux tels qu'infirmiers (en centre ou à domicile)... À la différence des MSP, les professionnels de santé qui y exercent sont salariés.

Les centres de santé garantissent au patient la dispense d'avance de frais (tiers-payant), systématiquement pour les frais remboursables par l'assurance maladie ; certains centres étendent également cette garantie aux frais pris en charge par les complémentaires. Les tarifs médicaux pratiqués sont obligatoirement de secteur 1 (pas de dépassements d'honoraires).

► À l'échelle de la Communauté de communes, un projet de faire évoluer le centre de soins infirmiers de Rougé/Sion-les-Mines/Derval, géré par l'association l'OPASS (Office pour la promotion de l'action

<sup>63</sup> Association des médecins radiologues des Portes de Bretagne.



sanitaire et sociale), en centre de santé avec salariat de deux médecins généralistes est actuellement en cours.

### 3.10.3 Équipes de Soins Primaires - Clap

Le dispositif des **Équipes de Soins Primaires Coordonnées Localement Autour du Patient** (ESP CLAP) est en cours d'expérimentation dans les Pays de la Loire. Il s'agit, pour des équipes pluriprofessionnelles comprenant au moins un médecin généraliste et un autre professionnel de santé de premier recours, de se coordonner sur la base d'un projet de santé dans la prise en charge d'une patientèle (visites, élaboration de plans personnalisés de santé, protocolisation organisationnelle comme la sortie d'hôpital...). Le temps de coordination des professionnels de santé peut être rémunéré.

### 3.10.4 Asalée, dispositif de coopération médecin généraliste-infirmier

► Asalée (Action de santé libérale en équipe) est un protocole de coopération médecins généralistes - infirmiers, validé par la Haute autorité de santé, qui permet des délégations d'actes ou d'activités des médecins généralistes vers des infirmiers.

► Les infirmiers, formés à l'éducation thérapeutique du patient, interviennent auprès d'un ou plusieurs médecins généralistes qui leur adressent des patients en consultation pour partager leur suivi dans le cadre de cinq protocoles :

- le dépistage et suivi de patients atteints de diabète de type 2
- le suivi de patients à risque cardiovasculaire
- le dépistage de la BPCO et suivi du sevrage tabagique
- le dépistage des troubles cognitifs,
- le dépistage et le suivi de l'enfant en surpoids/obèse.

► En janvier 2019, 43 infirmiers sont engagés dans le processus initié par l'association Asalée dans les Pays de la Loire, dont 15 infirmiers en Loire-Atlantique. Sur la Communauté de communes de Châteaubriant-Derval, deux infirmières Asalée interviennent auprès de médecins généralistes libéraux installés sur les communes de Châteaubriant, Martigné-Ferchaud, Moisdon-la-Rivière et Saint-Vincent-des-Landes.

### 3.10.5 Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

Les CPTS constituent un nouveau mode d'organisation pour les professionnels de santé prévu par la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016. Celle-ci stipule qu'« Afin d'assurer une meilleure coordination de leur action et ainsi concourir à la structuration des parcours de santé [...] et à la réalisation des objectifs du projet régional de santé [...], des professionnels de santé peuvent décider de se constituer en Communauté professionnelle territoriale de santé [...] ».

*La Communauté professionnelle territoriale de santé est composée de professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours [...] et d'acteurs médicosociaux et sociaux concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé.*

*Les membres de la Communauté professionnelle territoriale de santé formalisent, à cet effet, un projet de santé, qu'ils transmettent à l'agence régionale de santé. Le projet de santé précise en particulier le territoire d'action de la Communauté professionnelle territoriale de santé ».*

Le plan gouvernemental « Ma santé 2022 » récemment publié précise que les CPTS se verront confier la responsabilité de six missions prioritaires, avec une logique de responsabilité populationnelle :

- réalisation d'actions de prévention,
- garantie d'accès à un médecin traitant pour tous les habitants du territoire,
- réponse aux soins non programmés, c'est-à-dire la possibilité d'obtenir un rendez-vous dans la journée, en cas de nécessité,
- organisation de l'accès à des consultations de médecins spécialistes dans des délais appropriés,



- sécurisation des passages entre les soins de ville et l'hôpital, notamment pour anticiper une hospitalisation ou préparer la sortie de l'hôpital après une hospitalisation,
- maintien à domicile des personnes fragiles, âgées ou polypathologiques.

► Dans les Pays de la Loire, les Unions régionales des professions de santé (URPS) ont décidé de s'investir dans l'accompagnement de CPTS. Dans cet objectif, elles ont signé une charte visant à mieux se coordonner et partager leurs projets et expériences.

Un projet de CPTS à l'échelle de 6 Communautés de communes<sup>64</sup>, dont celle de Châteaubriant-Derval, est actuellement en cours de construction. Son objectif est de développer la coordination des soins et d'en améliorer l'accès pour la population, ainsi que de développer la prévention.

## 4 Offre et recours aux établissements de santé

► Au cours de la dernière décennie, l'organisation et le fonctionnement des établissements de santé présents sur le territoire de la Communauté de communes de Châteaubriant-Derval, et notamment du Centre hospitalier (CH) de Châteaubriant et de la Clinique Sainte-Marie ont été profondément restructurés, dans un objectif de complémentarité.

► Ainsi, le site de Choisel, où s'était installé en 1989 le CH de Châteaubriant, est devenu en 2006 un Pôle de santé regroupant, outre le CH, la Clinique Sainte-Marie, la maison médicale de garde, le scanner, le laboratoire Biomédilam, ainsi qu'un centre d'autodialyse.

► Par ailleurs, le CH de Châteaubriant est devenu en 2014 le Centre hospitalier intercommunal Châteaubriant-Nozay-Pouancé, par fusion des établissements de ces 3 communes. Au total, le CH emploie, sur les trois sites, 884 salariés, dont 61 médecins.

► Enfin, le CH de Châteaubriant-Nozay-Pouancé fait partie du groupement hospitalier de territoire 44 (GHT 44) qui regroupe les 13 établissements de santé publics du département de Loire-Atlantique. Le projet médical partagé du GHT 44 comporte les six axes de travail suivants :

- le pilotage d'un projet territorial en santé mentale et en addictologie,
- la prise en charge en aval des patients,
- la structuration de filières cliniques autour de soins gradués et territorialisés,
- le développement de filières plateau-technique avec des projets medicotechniques partagés,
- le développement d'équipes médicales partagées,
- le développement de la recherche et de la formation.

C'est par exemple dans ce cadre qu'un certain nombre de praticiens du CHU de Nantes viennent régulièrement exercer sur le site de Châteaubriant du CH, notamment aux urgences et en psychiatrie.

**Fig63 Photo et plan du Pôle de Choisel**



<sup>64</sup> Châteaubriant-Derval, Anjou Bleu Communauté, Pays de Redon, Pays d'Ancenis, Nozay, Pays Roche Féés.



## 4.1 Centre hospitalier de Châteaubriant-Nozay-Pouancé

Le site de Châteaubriant du CH de Châteaubriant-Nozay-Pouancé permet de prendre en charge des patients :

- en urgence,
- en hospitalisation de court séjour de médecine ou de gynéco-obstétrique, la chirurgie (hors gynéco-obstétrique) étant réalisée à la Clinique Sainte-Marie dans le cadre d'une concession de service public hospitalier,
- en soins de suite et de réadaptation (SSR),
- en soins de longue durée (USLD) (voir page 85),
- en consultations spécialisées.

L'offre de soins de l'établissement sur la Communauté de communes de Châteaubriant-Derval est complétée par :

- un service d'imagerie médicale disposant d'un scanner et d'un IRM (voir page 67),
- un centre de planification et d'éducation familiale (CPEF), lieu d'échanges et d'informations sur des questions relatives à la contraception et à l'Interruption volontaire de grossesse (IVG) (voir page 91),
- une antenne du centre fédératif prévention dépistage (CFPD) 44 qui réalise les missions de vaccinations, de lutte antituberculeuse et assure l'information, le dépistage et le diagnostic des infections sexuellement transmissibles (voir page 91),
- et trois établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) (voir page 85).

**Pour la prise en charge des urgences**, l'établissement dispose d'un service d'accueil d'urgences générales, qui a pris en charge plus de 19 000 passages en 2017 (soit 54 passages par jour) et d'un Service mobile d'urgences et de réanimation (Smur) susceptible d'intervenir 24 heures sur 24 sur décision du médecin régulateur du Samu [ENCADRÉ 13 et ENCADRÉ 14].

### En gynéco-obstétrique, sont proposés localement

- une activité de chirurgie gynécologique,
- une maternité de niveau 2A (maternité associée à une unité de néonatalogie, pouvant prendre en charge notamment les nouveau-nés prématurés à partir de 34 semaines et de plus de 1 600 grammes) [ENCADRÉ 11].

#### ENCADRÉ 11. Accouchements et naissances au Centre hospitalier de Châteaubriant

En 2017, 568 accouchements ont été enregistrés à la maternité du CH de Châteaubriant et ont donné lieu à 577 naissances vivantes. Comme aux niveaux national et régional, le nombre de naissances est en recul au cours des dernières années (689 naissances enregistrées en 2014).

Environ 60 % des femmes ayant accouché au CH résident dans la Communauté de communes de Châteaubriant-Derval, 7 % sont originaires de la Communauté de communes de la région de Nozay, 11 % du Maine-et-Loire (dont près de 8 % d'Ombree d'Anjou) et 9 % de l'Ille-et-Vilaine (données 2016).

L'âge moyen des mères ayant accouché à Châteaubriant s'élève à 29,1 ans, soit un âge inférieur d'au moins un point aux moyennes départementale (30,6), régionale (30,1) et nationale (30,2).

16 % des accouchements ont lieu par césarienne. Ce taux, en recul (20 % en 2013), est inférieur aux moyennes départementale (18 %), régionale (18 %) et nationale (20 %).

La prématurité (22 à 36 SA), qui constitue l'un des risques majeurs pour la santé des jeunes enfants, concerne 5,1 % des nouveau-nés à Châteaubriant (années 2016-2017). La maternité du CH ne prenant pas en charge les prématurés qu'à partir de 34 semaines d'amenorrhée et de plus de 1 600 grammes, ce taux est inférieur aux moyennes départementale (6,3 %), régionale (6,5 %) et nationale (7,1 %).

Un faible poids de naissance (inférieur à 2 500 grammes) constitue également un facteur de risque de problèmes de santé durant l'enfance et à l'âge adulte. Il est le plus souvent en relation avec une naissance prématurée ou un retard de croissance utérin. Le taux de nouveau-nés de faible poids s'élève à 6,4 % à Châteaubriant (années 2016-2017). Ce taux est comparable à celui observé aux plans départemental (6,5 %) et régional (6,6 %), et est inférieur à la moyenne nationale (7,3 %).

Enfin, le taux d'allaitement maternel à la sortie de la maternité s'élève à 43 % en 2017. Ce taux d'allaitement est plus faible que celui observé en 2014 (47 %).

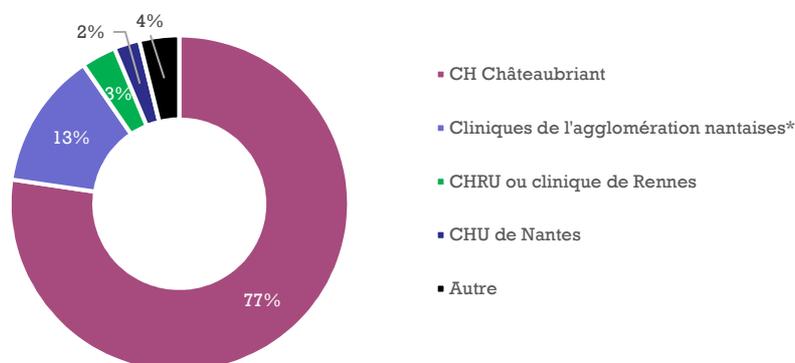
Source : ScanSanté - Indicateurs de santé périnatale - FFRSP - ATIH



## ENCADRÉ 12. Lieu d'accouchement des femmes de la Communauté de communes

Sur les 449 femmes résidant dans la Communauté de communes de Châteaubriant-Derval ayant accouché en 2016, plus de trois quart (77 %) d'entre elles ont été prises en charge à la maternité du CH de Châteaubriant. 16 % ont accouché à Nantes ou Saint-Herblain, et le plus souvent dans une clinique (13 %).

### Répartition des accouchements des femmes domiciliées dans l'EPCI selon le lieu d'accouchement Communauté de communes Châteaubriant-Derval (2016)



Source : PMSI MCO (SNDS) - exploitation ORS Pays de la Loire

\* Cliniques de l'agglomération nantaise (Polyclinique de l'Atlantique, Jules Verne et Brétéché).

## Les soins de médecine

Le site de Châteaubriant du CH compte 96 lits de médecine (plus 9 places en ambulatoire), répartis de la façon suivante :

- un service de cardiologie, qui comporte une unité de soins intensifs,
- un service d'hépatogastro-entérologie et d'addictologie, qui assure notamment des sevrages alcoolo-tabagiques,
- un service de médecine polyvalente, pour les autres spécialités, les situations de polyopathologies, et les soins palliatifs,
- un hôpital de jour, qui reçoit des patients pour des bilans et des traitements relevant de toutes les spécialités de l'hôpital, et assure des chimiothérapies ambulatoires pour des patients atteints de cancer,
- un service de pédiatrie-néonatalogie, qui prend en charge les enfants jusqu'à 15 ans et 3 mois et les nouveau-nés prématurés à partir de 34 semaines d'aménorrhée et de 1 600 grammes.

Ce service assure également des urgences pédiatriques de jour sans rendez-vous, pour tous les enfants de 0 à 1 an, les enfants adressés par le médecin traitant, ou ceux ayant une pathologie chronique.

## Les soins de suite et de réadaptation

L'activité des centres de soins de suite et de réadaptation (SSR) vise à prévenir ou réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion.

Les services de SSR assurent ainsi :

- des soins médicaux, curatifs et palliatifs,
- de la rééducation et réadaptation,
- des actions de prévention et d'éducation thérapeutique,
- la préparation et l'accompagnement à la réinsertion familiale, sociale, scolaire ou professionnelle.

Sur le site de Châteaubriant, le CH Châteaubriant-Nozay-Pouancé, dispose de l'offre suivante :

- une unité de SSR polyvalent de 60 lits dont 4 identifiés « soins palliatifs »,
- une unité de SSR cardiaque temps partiel de 6 places,
- une unité de SSR spécialisée pour les affections de l'appareil locomoteur et neurologique, en hôpital de jour, comportant 8 places,
- et d'un plateau technique dédié à la kinésithérapie, l'ergothérapie, le sport et la balnéothérapie.



## Les consultations spécialisées

Des consultations externes sont également proposées sur le site de Châteaubriant du Centre hospitalier dans de nombreuses spécialités (cardiologie, dermatologie, diabétologie-nutrition, endocrinologie, gynéco-obstétrique, hépato-gastro-entérologie, néphrologie, oncologie, pneumologie, pathologies vasculaires), mais aussi pour des problématiques d'addiction à l'alcool ou au tabac, de diététique, les troubles du sommeil, les plaies et escarres, les douleurs chroniques ou des prises en charge par hypnose ou acupuncture. Le recours des habitants de la Communauté de communes aux consultations externes hospitalières, proposées notamment par le Centre hospitalier de Châteaubriant, permettent de compenser pour partie et pour certaines spécialités, leur moindre recours aux spécialistes libéraux [Chapitre « Autres médecins spécialistes », Fig53].

En 2017, 64 000 actes et consultations externes, toutes spécialités confondues, ont été effectués par au CH<sup>65</sup>.

## La permanence d'accès aux soins de santé (Pass)

Le dispositif de permanence d'accès aux soins de santé (Pass) propose un accueil inconditionnel et un accompagnement dans l'accès au système de santé des personnes sans aucune couverture médicale. Le CH de Châteaubriant dispose d'une permanence d'accès aux soins de santé assurée par le service d'urgences. En 2017 la PASS a reçu 28 personnes.

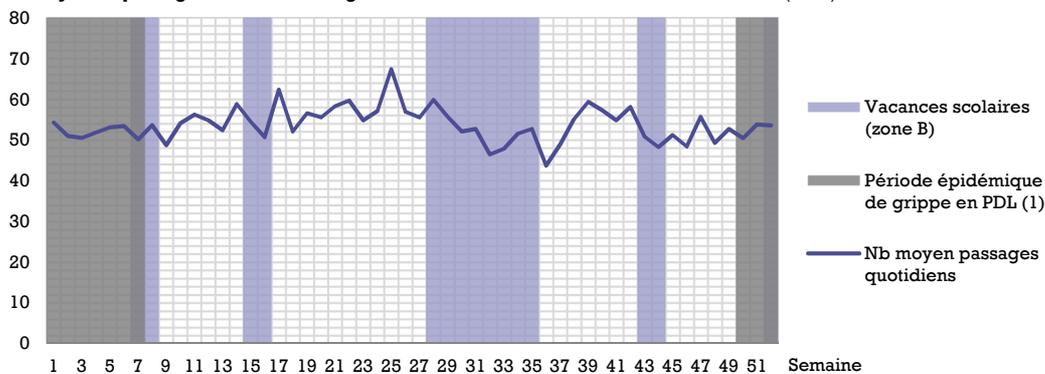
### ENCADRÉ 13. Passages au service d'urgences du Centre hospitalier de Châteaubriant

#### 54 passages au service d'urgences de Châteaubriant en moyenne chaque jour

19 632 passages ont été enregistrés au service d'urgences du CH de Châteaubriant en 2017, selon les données des résumés de passages aux urgences (RPU). Ce nombre de passages est en augmentation par rapport à l'année 2016 (17 476 RPU transmis, + 12 %).

Le nombre quotidien de passages s'établit en moyenne à 54, et fluctue assez peu selon les semaines, de 44 à 67. De façon globale, on note une baisse d'activité pendant les vacances scolaires d'été.

#### Nombre moyen de passages au service d'urgences de CH de Châteaubriant selon la semaine (2017)



Source : RPU (ORU Pays de la Loire)

1. Franchissement du seuil régional d'alerte pour les syndromes grippaux, méthodologie Santé publique France.

#### Plus d'un passage sur deux au SU de Châteaubriant concerne un habitant de la Communauté de communes de Châteaubriant-Derval

Environ 55 % des passages au service d'urgences du CH de Châteaubriant concernent des habitants de la Communauté de communes de Châteaubriant-Derval, 6 % de la Communauté de communes de la Région de Nozay, 5 % de la Communauté de communes du Pays d'Ancenis, 13 % des habitants d'Ille et Vilaine et 10 % du Maine-et-Loire.

Près de la moitié des personnes passant aux urgences sont des adultes âgés de 18 à 64 ans (46 %), un peu plus d'un sur quatre (27 %) sont des jeunes de moins de 18 ans, et 27 % sont des personnes âgées de 65 ans et plus.

La part des personnes âgées de 65 ans et plus dans la file active du service d'urgences du CH de Châteaubriant apparaît un peu plus élevée qu'en moyenne dans les SU de la région (23 % en Pays de la Loire), et à l'inverse celle des 18-64 ans y est moindre (50 %).

<sup>65</sup> Chiffres clés 2017. Centre hospitalier Châteaubriant-Derval-Nozay

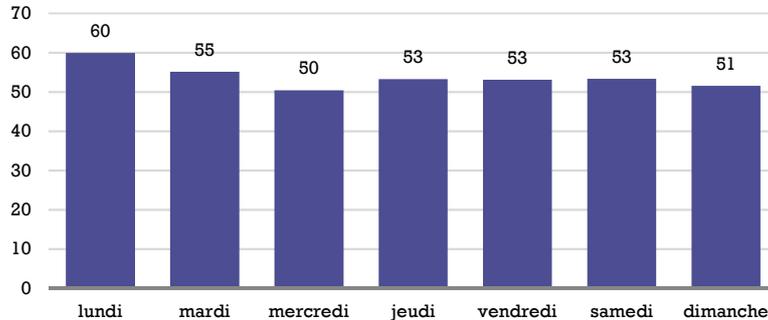


### Le lundi est le jour de la semaine où l'activité est la plus élevée

Comme au plan régional, le nombre de passages au service d'urgences du CH de Châteaubriant est plus élevé le lundi. Celui-ci est supérieur d'environ 13 % à celui observé en moyenne les autres jours de la semaine (+ 10 % en Pays de la Loire). Le volume d'activité fluctue relativement peu entre le mardi et dimanche. Il apparaît toutefois légèrement moindre les mercredis et dimanches, et au contraire un peu plus élevé les mardis.

### Nombre moyen de passages quotidiens, selon le jour de la semaine

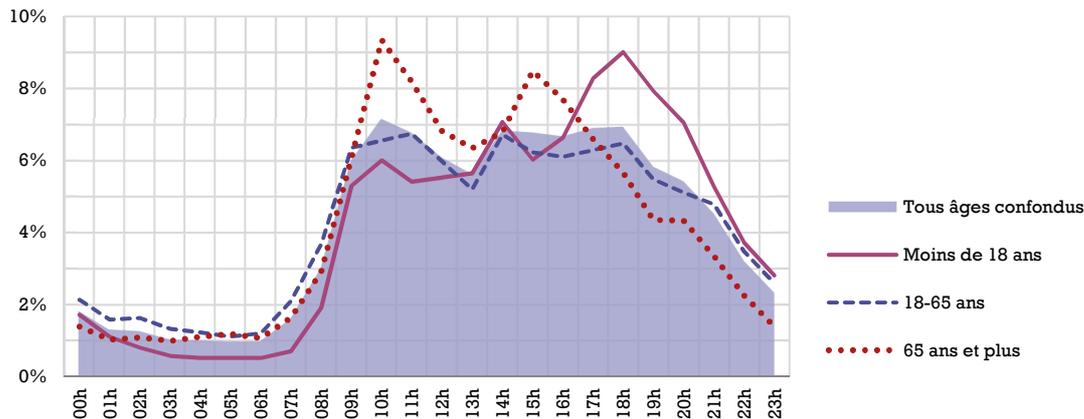
SU Châteaubriant (2017)



Source : RPU (ORU Pays de la Loire) **Des horaires d'arrivée aux urgences varient selon l'âge des patients**

Comme au plan régional, le nombre d'entrées au SU du CH de Châteaubriant augmente très nettement à partir de 8h, cette tendance concernant tous les groupes d'âge. Ce flux reste ensuite globalement stable entre 9h et 18h, avec un léger creux autour de midi. Le profil des entrants diffère toutefois selon l'heure d'arrivée. Les personnes âgées de 65 ans et plus entrent ainsi plus fréquemment en fin de matinée puis en milieu d'après-midi, alors que le flux d'entrée des adultes de 18-65 ans apparaît plus continu. Chez les jeunes de moins de 18 ans, les entrées prédominent largement après les heures de cours, au-delà de 17h et jusqu'en début de soirée. Au total, 44 % des arrivées aux urgences ont lieu lors des horaires de la permanence des soins, dont 25 % la nuit<sup>66</sup> (45 % et 27 % en Pays de la Loire).

### Répartition des passages aux urgences au CH de Châteaubriant selon l'heure d'entrée, par groupe d'âge (2017)



Source : RPU (ORU Pays de la Loire)

### Plus d'un passage aux urgences sur 4 donne lieu à une hospitalisation, comme au plan régional

26 % des passages aux urgences ont donné lieu en 2017 à une hospitalisation, soit un taux proche de celui observé au plan régional (27 %).

Cette proportion est particulièrement élevée chez les personnes âgées de 65 ans et plus (56 %), et dans une moindre mesure chez les enfants de moins d'un an (29 %), que dans les autres classes d'âge (11 % chez les 1-17 ans, 16 % chez les 18-64 ans). Dans la très grande majorité des cas (plus de 98 %), le patient est hospitalisé en service de court séjour.

Une analyse des diagnostics principaux<sup>67</sup> (DP) des passages au service d'urgences du CH pour l'année 2016<sup>68</sup> met en évidence que la très grande majorité des recours sont, comme au plan régional, liés à un DP de type médicochirurgical (53 %) ou traumatologique (32 %). Les diagnostics d'origine psychiatrique (2,5 %), liés à une intoxication (1,5 %) ou d'une autre nature (1 %), représentent une faible part des DP.

Parmi les DP médicochirurgicaux, les codes évoquant des symptômes et signes généraux - aux premiers rangs desquels figurent les douleurs - sont les plus fréquents, en lien avec le caractère souvent inaugural de la prise en charge au SU, et en l'absence de confirmation diagnostique avant les résultats d'examens complémentaires et d'avis spécialisés obtenus en aval des urgences.

Parmi les DP traumatologiques, les lésions des membres supérieurs et inférieurs sont les plus fréquentes (22 %), devant les traumatismes de la tête et du cou (7 %).

<sup>66</sup> Entre 20h et 8h.

<sup>67</sup> Correspond à l'affection ou au problème dont la prise en charge a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant.

<sup>68</sup> L'analyse n'a pu être menée sur l'année 2017 car pour seulement 33 % des RPU enregistrés le DP est renseigné et exploitable.



#### ENCADRÉ 14. Passages aux urgences des habitants de la Communauté de communes

**Un taux de recours aux services d'urgences des habitants de la Communauté de communes supérieur à la moyenne régionale, en particulier chez les jeunes hommes**

En 2017, environ 12 000 passages aux urgences ont concerné des habitants de la Communauté de communes de Châteaubriant-Derval selon les données des résumés de passages aux urgences (RPU) transmis par les services d'urgences des Pays de la Loire et des régions limitrophes<sup>69</sup>.

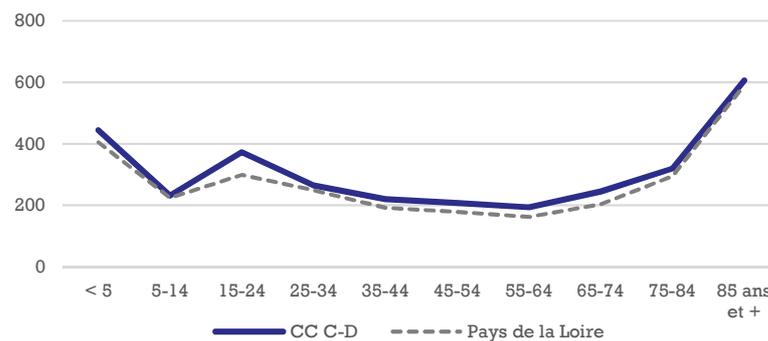
88 % de ces passages ont eu lieu au service d'urgences du Centre hospitalier de Châteaubriant.

Le taux de passages aux urgences parmi les habitants de la Communauté de communes s'élève à 272 pour 100 000 habitants, soit un taux supérieur de 12 % à la moyenne régionale (243).

Cette plus grande fréquence des passages aux urgences observée concerne les femmes comme les hommes du territoire, mais est toutefois un peu plus marquée chez ces derniers. Elle s'observe également pour toutes les classes d'âge, et l'écart est important pour les 15-24 ans (+ 25 %). Ce dernier constat pourrait être lié à une plus grande fréquence des passages pour traumatismes, qui motivent environ la moitié des recours dans ce groupe de population.

#### Taux de passages aux urgences selon la classe d'âge et le sexe (pour 1 000 habitants)

Communauté de communes Châteaubriant-Derval, Pays de la Loire (2017)



Source : RPU (ORU Pays de la Loire)

Globalement, le taux de passages aux urgences sont d'autant plus élevés que l'éloignement au service d'urgences augmente. Les habitants des communes rattachées aux codes postaux de Châteaubriant<sup>70</sup> (44110), qui sont parmi les plus proches du SU du CH de Châteaubriant, présentent ainsi le taux brut de recours le plus élevé : 305 passages pour 1 000 habitants. Le taux de recours des habitants rattachés au code postal de Derval<sup>71</sup> est environ 20 % plus faible (241 pour 1 000) et celui des habitants de la région de Nozay<sup>72</sup>, qui sont les plus éloignés, est inférieur d'environ 40 % (186 pour 1 000).

## 4.2 Clinique Sainte-Marie

En complémentarité avec le Centre hospitalier, la Clinique Sainte-Marie propose à la population une offre en chirurgie dans les domaines suivants : dentaire, ophtalmologie, ORL, orthopédie, urologie, vasculaire, viscéral et bariatrique.

S'y ajoute une activité d'angiologie, et une activité de gastroentérologie avec un plateau technique permettant notamment la réalisation d'endoscopies et explorations fonctionnelles, de dilatation digestive et la mise en place de prothèse, la ligature des varices œsophagiennes

La clinique offre également des consultations de kinésithérapie, des consultations avec une assistante sociale, et des consultations en psychologie en lien avec le CH.

La Clinique Sainte-Marie dépend du groupe Vivalto Santé et est placée sous une direction commune avec un centre hospitalier privé d'Ille et Vilaine (le Centre Hospitalier Privé Saint-Grégoire à Rennes). Elle dispose de 54 lits de chirurgie, dont 23 réservés à la chirurgie ambulatoire et de 4 lits de médecine.

<sup>69</sup> Bretagne, Centre, Normandie, Nouvelle-Aquitaine.

<sup>70</sup> Châteaubriant, Erbray, Louisfert, Noyal-sur-Brutz, Saint-Aubin-des-Châteaux, Soudan, Villepot.

<sup>71</sup> Derval, Lusanger, Mouais, Sion-les-Mines, Saint-Vincent-des-Landes.

<sup>72</sup> Nozay, Jans, Abbaretz, Vay, Marsac-sur-Don, Treffieux, La Grignonais.



### ENCADRÉ 15. Hospitalisations en court séjour au Centre hospitalier et à la Clinique Sainte-Marie de Châteaubriant

En 2017, près de 15 500 hospitalisations en service de court séjour (médecine, chirurgie ou obstétrique) ont été enregistrées dans l'un des deux établissements de santé castelbriantais, dont 8 900 au CH et 6 450 à la Clinique Sainte-Marie\*.

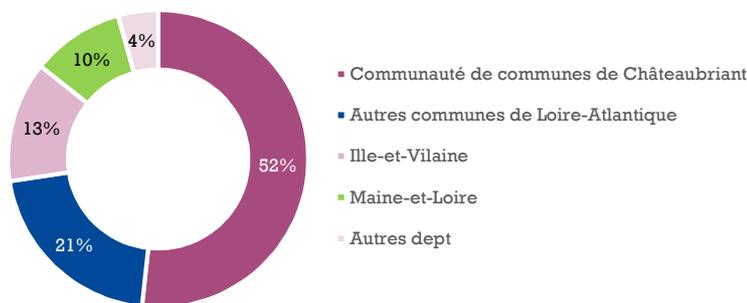
Plus de la moitié (52 %) des hospitalisations en court séjour enregistrées dans l'un des établissements de santé castelbriantais concernent des habitants de la Communauté de communes de Châteaubriant-Derval. 21 % des patients sont domiciliés dans un autre territoire de Loire-Atlantique, 13 % sont originaires d'Ille-et-Vilaine et 10 % du Maine-et-Loire (données 2016).

Plus de 95 % des séjours au CH de Châteaubriant sont des séjours non chirurgicaux. Près d'un quart des séjours (hors séances) au CH durent moins de 24 heures. Pour les séjours de plus de 24 heures, leur durée s'élève en moyenne à 5,3 jours. Ces séjours sont le plus souvent liés aux problèmes de santé suivants : maladie de l'appareil circulatoire (diagnostic principal pour 1 100 séjours), grossesse et accouchement (1 000), lésion traumatique et empoisonnement (1 000), maladie de l'appareil respiratoire (800) et maladie de l'appareil digestif (700).

Plus de 60 % des séjours à la Clinique Sainte-Marie sont des séjours chirurgicaux. Deux tiers des séjours durent moins de 24 heures, et la durée moyenne des séjours de plus de 24 heures est de 3,9 jours. Ils sont le plus souvent liés aux affections suivantes : tumeur (1 300 séjours), maladie de l'appareil digestif (1 200), maladie de l'œil et de ses annexes (1 100) et lésion traumatique et empoisonnement (800).

\* hors séances, hors CMD 90 « séjour en erreur », Source : scan santé

#### Répartition des hospitalisations en court séjour (MCO) enregistrées au CH de Châteaubriant et à la Clinique Sainte Marie selon le lieu de domicile des patients (2016)



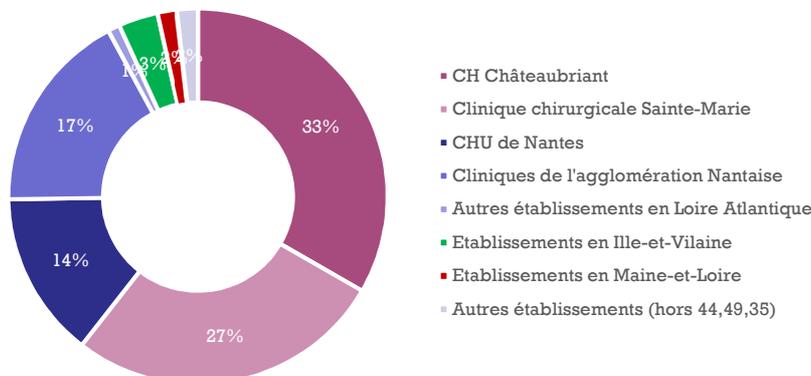
Source : PMSI MCO (SNDS) - exploitation ORS Pays de la Loire  
Champ : hors nouveau-nés bien portants et hors séances (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie et autres traitements itératifs).

### ENCADRÉ 16. Hospitalisations en court séjour des habitants de la Communauté de communes

En 2016, la très grande majorité (93 %) des 12 500 hospitalisations en service de court séjour (médecine, chirurgie ou obstétrique) des habitants de la Communauté de communes de Châteaubriant-Derval ont eu lieu dans un établissement de santé du département, dont le plus souvent au CH de Châteaubriant-Nozay-Pouancé (33%) ou à la Clinique Sainte-Marie (27 %). 33 % de ces hospitalisations ont eu lieu dans un établissement de l'agglomération nantaise (14 % au CHU de Nantes et 17 % dans une clinique).

Une analyse des motifs d'hospitalisation des habitants du territoire est présentée dans le chapitre « État de santé » page 18.

#### Répartition des hospitalisations en court séjour (MCO) enregistrées au CH de Châteaubriant et à la Clinique Sainte Marie selon le lieu de domicile des patients (2016)



Source : PMSI MCO (SNDS) - exploitation ORS Pays de la Loire  
Champ : hors nouveau-nés bien portants et hors séances (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie et autres traitements itératifs).



### 4.3 Hôpital à domicile (HAD)

L'hospitalisation à domicile (HAD) permet d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation avec hébergement. Le patient pris en charge bénéficie ainsi à domicile de soins médicaux, paramédicaux coordonnés.

L'HAD coordonne et assure à domicile des patients, des soins de nature hospitalière, en lien avec le médecin traitant.

Depuis 2012, l'hôpital à domicile Nantes & région dispose d'une antenne pour l'ensemble du Pays de Châteaubriant (territoire qui couvre les cinq Communautés de communes de Châteaubriant-Derval, Nozay, Blain, Erdre-et-Gesvres, et Pays-de-Redon) basée à Nozay, pourvue de 20 places.

### 4.4 Centre d'autodialyse

Une unité d'autodialyse permet aux patients ayant reçus une formation à l'hémodialyse de recevoir leur traitement de substitution de la fonction rénale, en présence d'une infirmière. Ce type d'unité fonctionne sous la responsabilité d'une équipe médicale néphrologique mais ne propose pas de permanence médicale.

Sur son site de Châteaubriant, le CH héberge une unité d'autodialyse gérée par l'association Echo (Expansion des centres d'hémodialyse de l'Ouest) financée principalement par l'Assurance maladie.

La construction d'une unité de dialyse médicalisée (Echo), sur le Pôle de santé Choisel est en projet.

### 4.5 Offre de soins et d'accompagnement en psychiatrie

Le CH Châteaubriant-Nozay-Pouancé ne dispose pas de service de psychiatrie. Sur le territoire de la Communauté de communes de Châteaubriant-Derval, l'offre de soins en psychiatrie est assurée par le Centre hospitalier spécialisé (CHS) de Blain.

Le **CHS de Blain** est organisé autour de trois pôles de psychiatrie adulte (Centre, lui-même découpé en sous-secteurs Nord et Sud, Ouest, et Est), un pôle de pédopsychiatrie, un pôle d'unités intersectorielles, et un service d'accueil familial thérapeutique adultes.

Plus de 1 500 habitants de la Communauté de communes ont été pris en charge par un établissement de soins psychiatriques au cours de l'année 2015 (hors Apsyades) [**Chapitre « Santé mentale, troubles mentaux et du comportement, suicides », page 38**].

#### 4.5.1 Psychiatrie adulte

Au CHS de Blain, comme dans tout établissement de santé mentale public, la psychiatrie adulte est sectorisée selon un découpage géographique.

Pour la Communauté de communes de Châteaubriant-Derval :

- 23 des 26 communes la composant sont couvertes par le sous-secteur Nord du pôle « Centre » du CHS de Blain (qui dispose d'un centre de soins psychothérapeutiques à Châteaubriant) [**Fig64**],
- la commune de Marsac-sur-Don dépend du sous-secteur Sud du pôle « Centre » (avec un CMP situé à Héric),
- les communes de Mouais et de Derval dépendent du pôle « Ouest » (avec un CMP à Savenay).



**Fig64 Carte des sous-secteurs Nord et Sud du pôle « Centre » du CHS de Blain**



Source : CHS de Blain, 2017

Le sous-secteur Nord du pôle « Centre » de psychiatrie adulte dispose :

- d'un centre de soins à Châteaubriant qui comprend<sup>73</sup> :
  - . un centre médicopsychologique (CMP) (*file active*<sup>74</sup> en 2017 : 826),
  - . un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTTP) (*file active* en 2017 : 94),
  - . un hôpital de jour (HDJ) (*file active* en 2017 : 39),
  - . un centre médicopsychologique (CMP) de gérontopsychiatrie,
  - . une équipe de liaison intervenant au Centre hospitalier de Châteaubriant et à Nozay,
- et sur le site du CHS de Blain, d'une offre d'hospitalisation à temps plein composée :
  - . d'une unité d'hospitalisation temps plein de 20 lits,
  - . d'une unité intermédiaire de 16 lits,
  - . des « appartements protégés » situés à Blain (gérés par les association « Ailleurs » et « Les 2 vallées 44 »).

Par ailleurs, le CHS de Blain gère le pôle d'Accueil familial thérapeutique adultes (SAFTA) du département. En 2017, il comprenait 105 places mise à disposition par 91 accueillants familiaux, dont environ un tiers domicilié sur la Communauté de communes Châteaubriant-Derval. Les accueillants familiaux bénéficient d'une formation professionnelle et sont intégrés dans le travail d'équipe pluridisciplinaire du CHS de Blain (réunions de synthèse, visites à domicile, consultations médicales, groupes de réflexion clinique...).

Le **centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)** des **Apsyades**, (Association pour le soin, l'écoute et la recherche en psychiatrie et addictologie) dispose d'une antenne à Châteaubriant. Le CSAPA a une mission de soin et d'aide psychosociale auprès des personnes ayant développé une conduite addictive ou en interrogation sur cette problématique (usagers et/ou entourage).

<sup>73</sup> Données issues du rapport d'activité 2017 du CHS de Blain

<sup>74</sup> La file active représente nombre total de personnes prises en charge dans une structure donnée au cours de l'année étudiée.



#### ENCADRÉ 17. Typologie des structures de soins en psychiatrie adulte et infanto-juvénile

Les équipes de psychiatrie publique sont pluriprofessionnelles et réparties dans de multiples structures dans et hors de l'hôpital. Les différentes structures présentées ci-dessous existent pour adultes et pour enfants et adolescents.

##### **Centre médicopsychologique (CMP)**

Le centre médicopsychologique est une unité extrahospitalière de proximité qui assure, pour toute personne en souffrance psychique, des consultations médicopsychologiques et sociales dans un objectif de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et/ou d'orientation vers des structures adaptées.

##### **Hôpital de jour (HDJ)**

L'hôpital de jour est une alternative à l'hospitalisation complète qui propose aux patients au sortir d'une hospitalisation ou directement sur indication médicale, des actions de soins dans l'objectif d'éviter l'émergence, le développement, la persistance et les conséquences des troubles psychiques. Cette prise en charge continue ou discontinue vise à développer les capacités relationnelles et faciliter l'intégration des personnes dans la cité.

##### **Activité thérapeutique à temps partiel (ATTP)**

L'accueil thérapeutique à temps partiel propose aux patients, sur indication médicale, des activités individualisées ou de groupe visant à maintenir, ou favoriser, une existence autonome.

Cet accueil peut se faire dans des structures de soins extrahospitalières spécifiques : les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ou au sein du CMP.

##### **Appartements protégés**

Les appartements protégés sont des appartements individuels loués par une association et sous-loués à des patients en association avec un contrat de soin et d'accompagnement.

## 4.5.2 Pédopsychiatrie

Le **pôle infanto-juvénile du CHS de Blain** est composé de quatre centres de soins psychothérapeutiques, dont un est basé à Châteaubriant. Ce dernier comprend :

- un centre médicopsychologique (CMP) pour les 0-16 ans,
- un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) pour les 3-16 ans,
- un hôpital de jour (HDJ) pour les 3-12 ans.

Toutes les **hospitalisations** en pédopsychiatrie du département de Loire-Atlantique se font au sein du Service d'hospitalisation intersectoriel de pédopsychiatrie (SHIP) du Pôle Départemental de Pédopsychiatrie hébergé par le Centre hospitalier Georges Daumézon, situé à Bouguenais. Le SHIP dispose de deux unités d'hospitalisation temps plein de 7 places chacune.

Ponctuellement, des enfants présentant des troubles mentaux ou du comportement peuvent être hospitalisés dans le service de pédiatrie du CH de Châteaubriant-Nozay-Pouancé ou dans une des unités d'hospitalisation d'adultes du CHS de Blain.

Le centre de soins psychothérapeutiques de Châteaubriant assure l'**activité de pédopsychiatrie de liaison** dans le service de pédiatrie du CH de Châteaubriant.

Les **Apsyades**, association pour le soin, l'écoute et la recherche en psychiatrie et addictologie, dispose également d'un **CMP** pour enfants et adolescents situé à Châteaubriant.

Ce lieu de prévention, de diagnostic et de soins pour les enfants, les adolescents et leurs familles participe, aux côtés des secteurs hospitaliers, aux missions de service public.



## 5 Accompagnement des personnes âgées

Les politiques publiques en faveur des personnes âgées ou en situation de handicap relèvent à la fois de l'Agence régionale de santé (ARS) pour ce qui concerne l'organisation des soins (financements assurance maladie) et du Département pour les aides individuelles (allocation personnalisée d'autonomie, prestation de compensation...), le financement de la dépendance et la coordination gériatrique notamment.

De plus, depuis la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, la conférence des financeurs de prévention de la perte d'autonomie réunit au niveau départemental l'ensemble des financeurs de la prévention, sous la co-présidence du Conseil départemental et de Nantes métropole.

Ainsi, le programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention élaboré par la conférence des financeurs s'articule étroitement avec le Projet régional de santé (PRS) de l'ARS et l'engagement départemental Agir pour bien vieillir.

Sur le terrain, la prise en charge des personnes âgées 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 médicosociaux, dont les interventions sont pour partie financées par le Département. Enfin, la part prise par l'entourage dans l'aide et l'accompagnement des personnes âgées, et notamment celles en situation de dépendance qui vivent à domicile, reste prépondérante.

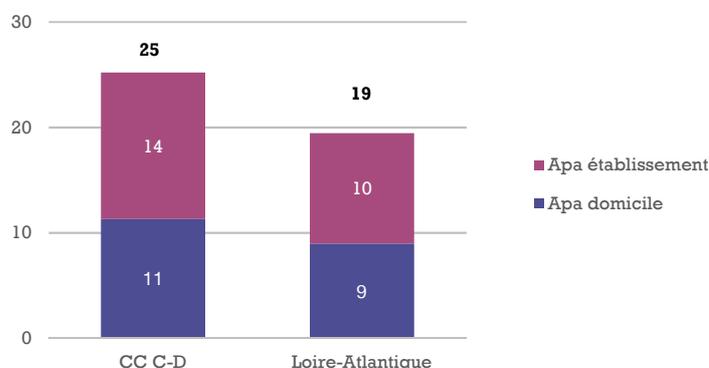
### Près de 1 200 bénéficiaires de l'Apa, soit un quart des habitants âgés de 75 ans et plus

L'allocation personnalisée d'autonomie (Apa) est versée par les Départements aux personnes âgées de 60 ans ou plus en perte d'autonomie (appartenant aux Gir 1 à 4, [ENCADRÉ 18]), qu'elles vivent à leur domicile ou qu'elles résident en établissement. Cette prestation permet de financer en partie les différentes aides (humaines et techniques) auxquelles ces personnes ont recours pour compenser leurs difficultés dans la réalisation des actes de la vie quotidienne. L'Apa peut être accordée à partir de 60 ans, mais environ 90 % de ses bénéficiaires sont âgés de 75 ans et plus.

Sur le territoire de la Communauté de communes de Châteaubriant-Derval, 1 165 personnes bénéficient de l'Apa à la fin de l'année 2017. Rapporté à l'effectif de la population des 75 ans et plus, le taux de bénéficiaires de l'Apa s'élève à 25 pour 100 personnes. Ce taux est supérieur au taux observé dans le département de la Loire-Atlantique (19 %). Cette situation locale peut être rapprochée du moindre niveau moyen des revenus des habitants par rapport à la moyenne départementale<sup>75</sup>.

Cet effectif global de bénéficiaires de l'Apa n'a pas connu d'évolution significative au cours des dernières années (1 177 en 2015, 1 225 en 2016) [Fig65].

**Fig65 Taux de bénéficiaires de l'Apa pour 100 personnes âgées de 75 ans et plus**  
Communauté de communes Châteaubriant-Derval, Loire-Atlantique (2017)



Sources : Département de Loire-Atlantique, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

<sup>75</sup> L'Apa n'est pas soumise à condition de ressources. Mais, une participation financière pouvant aller jusqu'à 90 % du plan d'aide reste à la charge des bénéficiaires lorsque leurs ressources sont supérieures à un plafond.



## 11 % des personnes âgées de la Communauté de communes et en situation de forte dépendance vivent à domicile

522 des 1 165 bénéficiaires de l'Apa vivent à domicile. Cet effectif est en très légère augmentation (503 en 2015, 508 en 2016). Ces bénéficiaires vivant à domicile représentent 45 % du nombre total de bénéficiaires de l'Apa. Cette proportion est proche de celle observée à l'échelle départementale (46 %). Parmi ces bénéficiaires vivant à domicile, 47, soit 9 % sont en situation de forte dépendance, c'est-à-dire relèvent du Gir 1 ou 2. Ce pourcentage est un peu plus faible que celui retrouvé en Loire-Atlantique (12 %) [Fig66].

643 bénéficiaires de l'Apa vivent en établissement. Cet effectif est plus faible que celui observé sur les années précédentes (674 en 2015, 717 en 2016). 26 % de ces bénéficiaires relèvent du Gir 1 et 36 % du Gir 2. Ces proportions sont supérieures à celles observées à l'échelle du département (respectivement 19 et 34 %).

Au global, 11 % des personnes en Gir1 ou Gir2 vivent à domicile, ce qui représente près de 50 personnes à l'échelle de la Communauté de communes. Cette proportion, bien qu'inférieure à la moyenne départementale (16 %), illustre les enjeux du maintien à domicile des personnes âgées fortement dépendantes. Les besoins importants d'aide et d'accompagnement dans ce domaine, qui ne peuvent que croître dans les années qui viennent.

**Fig66 Répartition des bénéficiaires de l'Apa selon le mode de résidence**  
Communauté de communes Châteaubriant-Derval, Loire-Atlantique (2017)

	Communauté de communes						Loire-Atlantique		
	Domicile		Établissement		Total Effectif	% de bénéficiaires vivant à domicile	Domicile	Établisse- ment	% de bénéficiaires vivant à domicile
	Effectif	%	Effectif	%					
Gir 1	1	0 %	168	26 %	169	1 %	1 %	19 %	3 %
Gir 2	46	9 %	231	36 %	277	17 %	11 %	34 %	22 %
<i>Sous-total Gir1, Gir2</i>	<i>47</i>	<i>9 %</i>	<i>399</i>	<i>62</i>	<i>446</i>	<i>11 %</i>	<i>12 %</i>	<i>53 %</i>	<i>16 %</i>
Gir 3	82	16 %	102	16 %	184	45 %	17 %	21 %	40 %
Gir 4	393	75 %	142	22 %	535	73 %	71 %	26 %	70 %
Ensemble	522	100 %	643	100 %	1 165	-	100 %	100 %	-

Source : Département de Loire-Atlantique - exploitation ORS Pays de la Loire

### ENCADRÉ 18. Les groupes iso-ressources

La grille **Aggir** (Autonomie gérontologique groupe iso-ressources) répartit les personnes selon leur niveau d'autonomie, à partir du constat des activités ou gestes de la vie quotidienne effectués. Les personnes qui se situent dans les Gir 1 à 4 ont droit à l'Apa.

**Gir 1** : personnes confinées au lit et au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

**Gir 2** : personnes confinées au lit et au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour les actes essentiels de la vie courante, et personnes dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé des capacités motrices. Le déplacement à l'intérieur du logement est possible mais la toilette et l'habillage ne sont pas faits ou partiellement.

**Gir 3** : personnes ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie motrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle.

Ainsi, la toilette et l'habillage ne sont pas faits ou partiellement. De plus, l'hygiène de l'élimination nécessite l'aide d'une tierce personne.

**Gir 4** : personnes qui n'assument pas seules leur transfert mais qui une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillage. La plupart s'alimentent seules ; ce groupe comprend les personnes sans problèmes de locomotion mais qu'il faut aider pour les activités corporelles et les repas.

**Gir 5** : personnes autonomes dans leur déplacement chez elles, qui s'alimentent et s'habillent seules. Elles peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

**Gir 6** : personnes autonomes pour les actes discriminants de la vie quotidienne.



## 5.1 Centre local d'information et de coordination gérontologique (Clic)

► Destiné au public, le Clic est un guichet d'accueil de proximité des personnes âgées et des aidants, rassemblant les informations et coordonnant les actions de l'ensemble des organismes intervenant en matière d'accompagnement des personnes âgées (Département, communes, services de l'État, assurance maladie, services de maintien à domicile, associations, structures d'hébergement, professionnels de santé, etc.). Le Clic a pour mission de conseiller, informer et orienter les aînés et leur famille, ainsi que l'ensemble des professionnels intervenant auprès des personnes âgées. Il apporte ainsi toutes les informations disponibles localement en matière de services à domicile (services d'aides et de soins à domicile), d'adaptation du logement, de transports, de téléassurances, d'offre de soins et de loisirs pour les séniors et de solutions d'hébergement en établissements.

► Le Clic assure également, en s'appuyant sur ses partenaires, une mission de coordination gérontologique et d'évaluation dans l'objectif de :

- évaluer la situation et les besoins de la personne âgée dans son lieu de vie et d'élaborer un plan d'aide personnalisé en concertation avec la personne âgée et son entourage,
- coordonner l'action des établissements et des services intervenant auprès de la personne âgée,
- favoriser l'offre d'une prestation personnalisée adaptée à chaque cas, mise en œuvre, grâce à un travail en équipe multiprofessionnelle et pluridisciplinaire et susceptible d'évoluer selon les besoins de la personne âgée.

► Financé par le Conseil départemental, les Communautés de Communes de Châteaubriant-Derval et de Nozay et la Carsat des Pays de la Loire, le Clic de Châteaubriant intervient sur les deux Communautés de communes Châteaubriant-Derval et de Nozay.

► Au cours de l'année 2017, l'équipe du Clic a accompagné 699 habitants de la Communauté de communes Châteaubriant-Derval âgés de plus de 60 ans et réalisé 359 visites à domicile sur ce territoire.

## 5.2 Soins et accompagnement à domicile

### 5.2.1 Services de soins infirmiers à domicile (Ssiad)

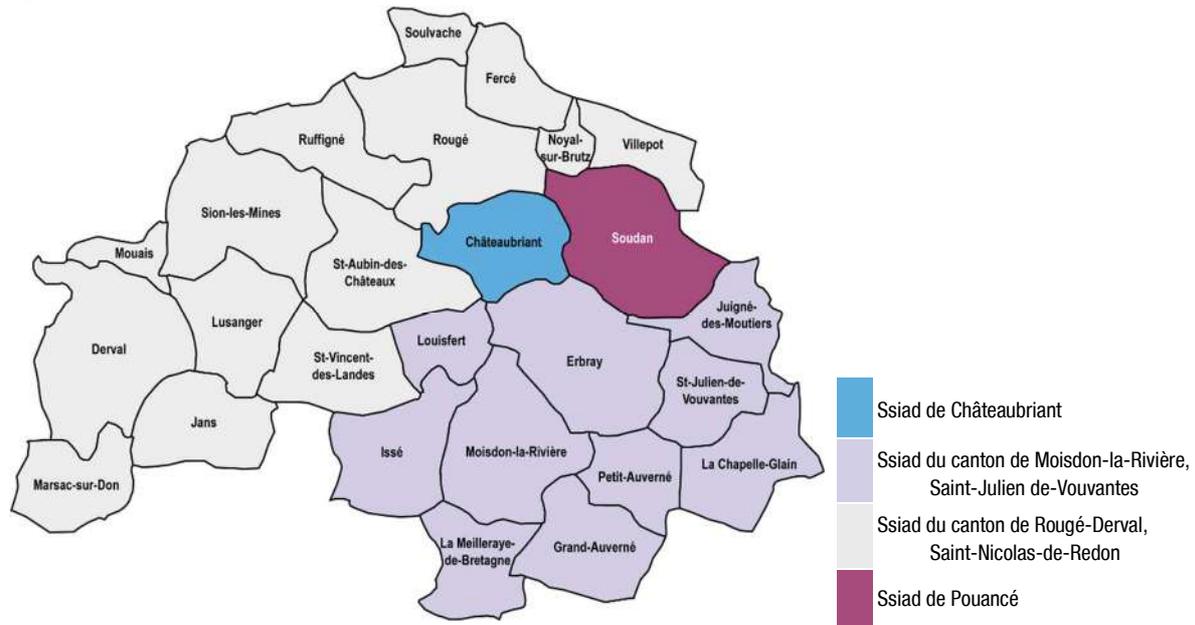
► Les Ssiad contribuent au maintien des personnes à leur domicile en assurant, sur prescription médicale, des soins de base ou techniques aux personnes âgées de plus de 60 ans, malades ou en perte d'autonomie, ou aux personnes de moins de 60 ans handicapées ou atteintes d'une maladie chronique [décret n° 2004-613 du 25 juin 2004].

► Quatre Ssiad interviennent auprès des personnes âgées de la Communauté de communes Châteaubriant-Derval :

- le Ssiad de Châteaubriant (45 places pour personnes âgées de plus de 60 ans),
- le Ssiad du canton de Moisdon-la-Rivière / Saint-Julien-de-Vouvantes (34 places),
- le Ssiad du canton de Rougé-Derval, Saint-Nicolas de Redon, Les Ssiad du canton de Rougé-Derval (38 places en 2018) et de Saint-Nicolas de Redon (57 places pour personnes âgées de 60 ans et plus en 2018) ont fusionné le 1<sup>er</sup> janvier 2019. Ce nouveau Ssiad intervient sur les quatorze communes de l'ouest du territoire de la Communauté de communes Châteaubriant-Derval,
- le Ssiad de Pouancé pour la commune de Soudan [Fig67].



**Fig67 Territoire d'intervention des Ssiad intervenant sur la Communauté de communes de Châteaubriant-Derval**



## 5.2.2 Services d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad)

Les Services d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad) assurent au domicile des personnes ou à partir de leur domicile des prestations de services ménagers ou d'aide à la personne.

Douze Saad gérés par des Centres communaux d'action sociale (CCAS)<sup>76</sup> ou des réseaux associatifs de services à la personne<sup>77</sup> sont implantés sur la Communauté de communes Châteaubriant-Derval.

*NB. Il n'y a pas de Service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD) sur la Communauté de communes. Ces structures assurent à la fois les missions du Ssiad et du Saad et permettent ainsi aux bénéficiaires de ne faire appel qu'à un seul service.*

## 5.2.3 Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (Maia)

► La Maia est une méthode qui associe tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie et de leurs aidants et ce dans une démarche dite intégrative.

► La Communauté de communes de Châteaubriant-Derval relève de la délégation de Châteaubriant du dispositif Maia Nord Loire-Atlantique, financée par l'Agence régionale de santé (ARS), et piloté par le Conseil départemental. Ce dispositif couvre 78 communes situées au nord du département [Fig68].

► La Maia a trois mécanismes :

- la concertation/table tactique : il s'agit de créer un espace d'échange, de concertation sur des difficultés du territoire et les axes d'amélioration en présence des responsables de services, institutionnels. Deux rencontres annuelles ont lieu chaque année depuis 2014.
- le guichet intégré qui vise à assurer une réponse harmonisée et unique aux demandes des personnes âgées à tout endroit du territoire. Cet axe n'est pas déployé sur le territoire à ce jour.
- la gestion de cas qui consiste à mettre en place un suivi personnalisé de personnes de 60 ans et plus dites en situation complexe par un gestionnaire de cas. Ce dernier est l'interlocuteur direct de la personne et assure la coordination de l'ensemble des actions nécessaires au projet de maintien

<sup>76</sup> Les CCAS des communes de Châteaubriant, Issé, Moisson la Rivière, Rougé, Saint Aubin des Châteaux, et Soulvache gèrent des Saad.

<sup>77</sup> Les réseaux associatifs de services à la personne disposent de Saad implantés dans les communes de Derval, Fercé, Lusanger, Ruffigné, Saint-Vincent-des-Landes et Sion-les-Mines.



à domicile. En 2017, 6 personnes résidant sur la Communauté de communes de Châteaubriant-Derval ont été accompagnées par une gestionnaire de cas de la Maia Nord Loire-Atlantique. Au total, ce sont 18 personnes qui ont bénéficiées d'un accompagnement de la Maia depuis 2014.

**Fig88 Carte des Maia de Loire-Atlantique**



Source : Conseil départemental de Loire-Atlantique

## 5.2.4 Autres structures

D'autres structures interviennent en accompagnement des personnes âgées sur le territoire. C'est notamment le cas :

- des prestataires de services à la personne, associatifs ou privés qui proposent, entre autres, des prestations pour les séniors :
  - . réseau associatif de services à la personne (ADMR) de Derval,
  - . association d'aide à domicile en activités regroupées (Adar),
  - . association d'aide à domicile pour tous (ADT),
  - . association Fleurs de services de familles rurales,
- de l'antenne castelbriantaise de l'association France Alzheimer,
- du bistrot mémoire du Pays de Châteaubriant, lieu d'accueil et d'accompagnement des personnes vivant avec des troubles de la mémoire ainsi que de leurs aidants, proches et professionnels. Le bistrot mémoire, animé par une psychologue et une équipe de bénévoles accueille au Bar « l'Amazone » tous les 2ème et 4ème vendredis du mois à partir de 14h30.
- des services de portage de repas à domicile...



### 5.3 Établissements pour personnes âgées

► La Communauté de communes Châteaubriant-Derval compte dix établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) répartis sur le territoire et une unité de soins de longue durée (USLD) située sur le site de Châteaubriant du Centre Hospitalier Châteaubriant-Nozay-Pouancé.

► La capacité d'accueil globale des Ehpad de la Communauté de communes est de 579 places, auxquelles s'ajoutent 30 lits en USLD [Fig69].

► Selon les établissements, différents types d'accueil spécifiques peuvent être proposés aux bénéficiaires. Ainsi :

- les Ehpad du Don (Issé) et de Saint-Julien (Saint-Julien de Vouvantes) comportent des **unités Alzheimer** permettant la prise en charge des personnes désorientées,
- la Mapa du Centre hospitalier de Châteaubriant comporte un Pôle d'activité et de soins adaptés (PASA) permettant d'accueillir, à la journée, des personnes désorientées (Alzheimer ou apparentées) dans le but de leur proposer des activités sociales et thérapeutiques,
- l'Ehpad du parc de la Lande (Châteaubriant) dispose, depuis septembre 2018, d'une unité d'hébergement renforcée (UHR) de 14 lits, accueillant des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ayant des troubles du comportement sévères et proposant des projets de vie personnalisés pour chaque patient, dans un environnement architectural adapté,
- l'Ehpad du Don (Issé) dispose d'un lit d'accueil temporaire.

Le Tulipier est, une structure rattachée au CH et située à Châteaubriant, qui propose 10 places d'accueil de jour à des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées, du lundi au vendredi de 9h30 à 16h30. L'accueil de jour offre à la fois des activités physiques et cognitives aux personnes âgées en perte d'autonomie, et une solution de répit et d'accompagnement aux aidants.

► Le taux d'équipement en places d'Ehpad et d'USLD sur la Communauté de communes Châteaubriant-Derval (131) est légèrement inférieur à ceux du département (136) et de la région (137) mais est, comme pour la plupart des EPCI de la région, supérieur à la moyenne nationale (101).

**Fig69 Structures d'accueil des personnes âgées dépendantes**  
Communauté de communes Châteaubriant-Derval (2018)

	Etablissement	Commune	Total	Nombre de places			
				Unité Alzheimer	UHR	PASA	Acc. de jour
USLD	CH Châteaubriant	Châteaubriant	30				
	CH Châteaubriant - Béré	Châteaubriant	48				
	CH Châteaubriant - Mapa	Châteaubriant	80			oui	
	CH Châteaubriant - Parc la Lande	Châteaubriant	31		14		
Ehpad	Le Val d'Emilie	Derval	80				
	Ehpad du Don	Issé	49	12			1
	Notre Dame du Don	Moisdon-la-Rivière	62				
	Val de Brutz	Rougé	66				
	Maison d'accueil Saint-Julien	St-Julien-de-Vouvantes	70	11			
	Les Fontenelles	St-Vincent-des-Landes	80				
	CH Châteaubriant -Le Tulipier	Châteaubriant	10				10

Source : Finess - exploitation ORS Pays de la Loire



## 6 Accompagnement des personnes en situation de handicap

### 6.1 Maison départementale des personnes handicapées (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 en situation de handicap, de décider de l'orientation de ces personnes (enfant ou adulte) et de l'attribution des différentes aides et prestations (qu'elles soient mises en œuvre par la MDPH, le département, l'éducation nationale...). La MDPH est un Groupement d'intérêt public, présidé par le président du Conseil départemental.

► Dans un souci de proposer un accueil de proximité aux habitants du département, la MDPH de Loire-Atlantique a missionné les Clic, les centres médicosociaux et les unités personnes âgées/personnes handicapées du Conseil départemental de Loire-Atlantique pour :

- informer sur les droits et les services disponibles aux personnes en situation de handicap,
- conseiller sur les demandes à effectuer auprès de la MDPH,
- remplir les dossiers de demandes auprès de la MDPH et informer les personnes de l'état d'avancement de leurs dossiers.

Ainsi, selon leur lieu de résidence (et leur âge), les habitants de la Communauté de communes en situation de handicap peuvent demander aide et conseil auprès :

- de l'unité personnes âgées / personnes handicapées de la délégation de Châteaubriant du Conseil départemental de Loire-Atlantique,
- du Clic de Châteaubriant,
- d'un des deux centre médicosociaux du territoire.

► Parmi les habitants de la Communauté de communes de Châteaubriant-Derval, au 31 décembre 2016 :

- 120, soit 1 % des enfants et jeunes de moins de 20 ans, bénéficient de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), une prestation destinée à compenser les frais d'éducation et de soins apportés à un enfant en situation de handicap,
- 793, soit 3,3 % des personnes âgées de 20 à 64 ans, bénéficient de l'allocation aux adultes handicapés (AAH), aide financière qui permet d'assurer un minimum de ressources aux personnes en situation de handicap [Fig70].

Le taux de bénéficiaires de l'AEEH sur le territoire (1,0 %), qui est relativement proche de la moyenne départementale (1,1 %), est nettement inférieur à la moyenne nationale (1,7 %).

Par contre, pour la population adulte d'âge moyen, le taux de bénéficiaires de l'AAH dans la Communauté de communes est supérieur d'au moins 20 % aux moyennes départementale et nationale.

**Fig70 Nombre et taux de bénéficiaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et de l'allocation aux adultes handicapés (AAH)**

Communauté de communes Châteaubriant-Derval, Loire-Atlantique, Pays de la Loire, France métropolitaine

	Bénéficiaires de l'AEEH		Bénéficiaires de l'AAH	
	Effectif	Taux pour 100 enfants de moins de 20 ans	Effectif	Taux pour 100 personnes de 20 à 64 ans
<b>CC de Châteaubriant-Derval</b>	<b>120</b>	<b>1,0</b>	<b>793</b>	<b>3,3</b>
Loire Atlantique	-	1,1	-	2,6
Pays de la Loire	-	1,4	-	2,5
France métropolitaine	-	1,7	-	2,7

Sources : Caf, MSA 2016 - exploitation ORS Pays de la Loire



## 6.2 Offre en établissements d'accompagnement pour enfants en situation de handicap

- ▶ L'accompagnement médicosocial des enfants et adolescents en situation de handicap peut se faire via différentes structures et notamment des établissements d'éducation spéciale et des services d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad).
- ▶ La Communauté de communes de Châteaubriant-Derval dispose ainsi :
  - d'un Institut médicoéducatif (IME) : l'IME les Perrières, situé à Châteaubriant, accueille 62 enfants et adolescents âgés de 6 à 20 ans, présentant une déficience intellectuelle avec ou sans troubles associés (moteurs, sensoriels, du spectre autistique, ...)
  - d'un Sessad : le Sessad Nord Loire-Atlantique dispose d'une antenne à Châteaubriant qui accompagne, en concertation avec les familles, 26 enfants et adolescents présentant une déficience intellectuelle dans l'objectif de les maintenir dans leur milieu ordinaire de vie et d'éducation [Fig71].

**Fig71 Capacité d'accueil des enfants et adolescents handicapés en institut médicoéducatif (IME)**  
Communauté de communes Châteaubriant-Derval, Loire-Atlantique, Pays de la Loire, France métropolitaine

	Capacité Nombre de places	Taux d'équipement pour 1000 habitants de moins de 20 ans
<b>CC de Châteaubriant-Derval</b>	<b>62</b>	<b>5,3</b>
Loire-Atlantique	-	3,3
Pays de la Loire	-	3,7
France	-	4,3

Sources : STATISS, FINISS (au 31 12 2015 pour LA, Pdl Et France et au 19 07 2018 pour CC de Châteaubriant-Derval, RP 2015)

- ▶ La Communauté de Communes ne dispose pas d'Établissement pour enfants ou adolescents polyhandicapés (EEAP), structure médicalisée. Ces établissements ont pour vocation l'accueil en internat ou semi-internat, des enfants qui souffrent d'un polyhandicap (association d'une déficience mentale grave à une déficience motrice importante) entraînant une réduction notable de leur autonomie.
- ▶ Par ailleurs, à la rentrée 2016, deux écoles élémentaires, trois collèges et un lycée situés à Châteaubriant disposaient d'unités localisées pour l'inclusion scolaire (Ulis) qui permettent l'accueil d'un groupe d'élèves présentant des troubles des fonctions cognitives ou mentales [Fig72].

**Fig72 Liste des ULIS**  
Communauté de communes Châteaubriant-Derval (2016-2017)

Établissement	Commune	Secteur	Nombre d'enfants accueillis
École Claude Monet	Châteaubriant	Public	10
École Nazareth-St Joseph	Châteaubriant	Privé	7
Collège Robert Schuman	Châteaubriant	Public	nd
Collège la Ville aux roses	Châteaubriant	Public	nd
Collège St Joseph	Châteaubriant	Privé	nd
Lycée Guy Moquet - Etienne Lenoir	Châteaubriant	Public	nd

Source : Académie de Nantes  
Nd non disponible



## 6.3 Offre en établissements d'accompagnement pour personnes adultes en situation de handicap

- ▶ L'offre d'accueil et l'hébergement des personnes en situation de handicap se répartie entre une offre médicalisée (qui relève de la double compétence ARS et Conseil départemental) et une offre non médicalisée (qui relève exclusivement du Conseil départemental).
- ▶ Sur le territoire, il n'y a pas de maison d'accueil spécialisée (Mas), ni de foyer d'accueil médicalisé. En revanche, la Communauté de communes de Châteaubriant-Derval apparaît plutôt bien dotée en offre d'hébergement et d'accompagnement non médicalisés des personnes en situation de handicap et en établissements et services d'aide par le travail (Esat). Ainsi :
  - l'Adapei (Association départementale des amis et parents de personnes handicapées mentales) gère à Châteaubriant :
    - . l'ESAT Les Ateliers de la Mée (94 places),
    - . le foyer d'accueil et d'hébergement Renac (17 places),
    - . des logements accompagnés (10 places),
    - . un service d'accompagnement à la vie sociale (16 places).
  - l'Établissement public médicosocial l'Ehretia propose :
    - . deux foyers de vie (Jean Seroux à Châteaubriant et La Gaudinays à Saint-Aubin-des-Châteaux), situés sur la Communauté de communes de Châteaubriant-Derval (43 places<sup>78</sup> au total),
    - . un Service d'accompagnement et de soutien à la parentalité (SASP) à Châteaubriant (10 places).
  - l'association Notre-Dame-du-Mont gère le foyer de vie l'Étoile du berger, situé au Petit-Auverné (12 places) [Fig73].

**Fig73 Offre d'accueil et d'hébergement des adultes handicapés**  
Communauté de communes Châteaubriant-Derval

Structure	Capacité	Taux d'équipement pour 1 000 habitants âgés de 20 à 59 ans	
		CC Châteaubriant *	Pays de la Loire *
Maison d'accueil spécialisée	0	0	1,0
Foyer d'accueil médicalisé	0	0	1,0
Etablissement et service d'aide par le travail	94	4,5	3,6
Foyer d'hébergement pour adultes handicapés	27	1,3	3,9
Foyer de vie pour adultes handicapés	55	2,6	
Service d'accompagnement à la vie sociale	26	1,2	-

Sources : Finess (exploitation ORS Pays de la Loire), RP 2015, livret PRS 2  
\* Châteaubriant : données 2018 ; Pays de la Loire : données 2017.

### ENCADRÉ 19. Typologie des structures d'accompagnement des personnes en situation de handicap

Les **maisons d'accueil spécialisées (Mas)** accueillent des adultes handicapés en situation de « grande dépendance », ayant besoin d'une aide permanente et individualisée.

Les **foyers d'accueil médicalisés (Fam)** accueillent des personnes handicapées qui, en raison de leur dépendance, sont inapte à toute activité professionnelle et nécessite l'assistance d'une tierce personne pour effectuer la plupart des actes essentiels de la vie courante ainsi qu'une surveillance médicale et des soins constants. Il s'agit donc à la fois de structures occupationnelles et de structures de soins.

Les **établissements et services d'aide par le travail (Esat)** sont des établissements médico-sociaux qui ont pour objectif l'insertion sociale et professionnelle des adultes handicapés. Les ESAT accueillent des personnes dont les capacités de travail ne leur permettent pas de travailler dans une entreprise ordinaire ou adaptée ou d'exercer une activité professionnelle indépendante.

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

Les **foyers de vie** (ou foyers occupationnels) proposent des animations et des activités adaptées à des adultes qui, en raison de leur handicap ne peuvent effectuer un travail productif (y compris en Esat). Certains foyers de vie proposent également un hébergement.

Les **foyers d'hébergement** sont destinés à l'hébergement et l'entretien des adultes handicapés qui exercent une activité professionnelle en milieu ordinaire, dans un Esat, ou dans une entreprise adaptée.

<sup>78</sup> Dont 2 places d'accueil temporaire et 9 places d'accueil de jour.



## 7 Opérateurs en prévention et promotion de la santé

► La santé est liée à des comportements individuels mais dépend aussi des contextes sociaux, économiques, environnementaux... En lien avec ce caractère multidimensionnel, la promotion de la santé qui « a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer »<sup>79</sup> est une responsabilité collective.

► Parmi les nombreux autres acteurs concernés et engagés dans cette dynamique peuvent être cités :

- les collectivités locales et donc les élus (gestion de l'eau et des déchets, aménagement des infrastructures de transport, cohésion sociale, gestion des crèches et des établissements scolaires, protection des milieux naturels...),
- les offreurs de soins de ville (médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes... indépendants et regroupés en maisons pluriprofessionnelles de santé ou Communautés professionnelles territoriales de santé),
- les établissements de santé et médicosociaux,
- les services et professionnels de l'État (santé, éducation nationale, travail, logement...),
- le monde associatif, acteur essentiel de la prévention et de la promotion de la santé,
- et dans une approche communautaire, les individus eux-mêmes et leur entourage (famille, amis, collègues de travail...).

► Ce chapitre ne recense donc pas de manière exhaustive les structures et dispositifs castelbriantais qui participent à la prévention-promotion de la santé mais présente les acteurs institutionnels et associatifs clés à travers une triple approche :

- transversale,
- thématique : les addictions, la santé mentale, la vie affective et sexuelle, la nutrition,
- et populationnelle : la santé de la mère et de l'enfant, la santé des jeunes, la santé des personnes au travail.

### 7.1 Approche transversale

► Le vieillissement de la population, le maintien de la démographie médicale ou la réduction des inégalités territoriales de santé constituent des enjeux majeurs pour les **collectivités locales**. De même, l'accessibilité des services, des commerces, des loisirs, la gestion des crèches et des établissements scolaires, l'urbanisme, l'aménagement des infrastructures de transports, la gestion de l'eau et des déchets, l'habitat... sont des champs de compétences des collectivités locales mais aussi des leviers pour améliorer la santé des habitants.

Ainsi, sur la Communauté de communes :

- le **Conseil départemental de Loire-Atlantique** dispose, à Châteaubriant, d'une délégation territoriale qui regroupe les services dédiés à la solidarité, l'aménagement et au développement local,
- les 26 communes disposent de **Centres communaux d'action sociale (CCAS)** qui mènent différentes actions dans les champs de la lutte contre l'exclusion, les services d'aide à domicile, la prévention et animation pour les personnes âgées, le soutien au logement et à l'hébergement, la petite enfance/jeunesse, le soutien aux personnes en situation de handicap...

► L'**Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps)** Pays de la Loire est une association œuvrant dans le champ de la promotion de la santé, de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique du patient qui dispose de centres ressources dans les cinq départements de la région. L'Ireps développe des projets de santé globale ou thématiques (développement et renforcement des compétences psychosociales, nutrition, santé mentale, vie affective et sexuelle, santé et environnement...) auprès de publics et dans des milieux variés (établissements scolaires et universitaires, établissements médicosociaux, entreprises, lieux de soin). Le pôle territorial de Loire-Atlantique est basé à Nantes et dispose d'un centre de ressources documentaires ouvert tous les jours.

<sup>79</sup> OMS. (1986). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. 6 p.



## 7.2 Approche thématique

### 7.2.1 Addictions

► En termes de prévention et de prise en charge des addictions, outre les ressources hospitalières<sup>80</sup>, les **Apsyades** (Association pour le soin, l'écoute et la recherche en psychiatrie et addictologie) offrent à Châteaubriant :

- un Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa) qui propose un accompagnement vers l'arrêt, la consommation modérée de drogues ou vers un traitement de substitution,
- Une Consultation jeunes consommateurs (CJC) qui a pour mission d'accueillir des jeunes consommateurs en questionnement sur leur consommation, ainsi que leur entourage.

L'association néphaliste **Vie Libre** dispose d'une antenne à Châteaubriant qui organise des réunions d'entraide tous les premiers vendredis du mois.

► Des actions de prévention peuvent également être menées sur le territoire par des acteurs qui ne sont pas implantés localement.

Ainsi, par exemple :

- l'**Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie** (ANPAA) œuvre dans des objectifs de prévention et de l'intervention précoce à la réduction des risques, aux soins et à l'accompagnement pour l'ensemble des addictions : alcool, tabac, drogues illicites, médicaments psychotropes, jeux excessifs...
- **Alcool assistance** organise des entretiens individuels et des groupes de parole réguliers afin d'assurer un accompagnement thérapeutique et une aide à la mise en place d'un processus de changement de comportement chez des adultes rencontrant des difficultés avec l'alcool,
- le **Comité départemental contre les maladies respiratoires** de Loire-Atlantique (CDMR44) mène des actions de sensibilisation concernant les maladies respiratoires et notamment l'arrêt du tabac dans différents contextes dont les établissements scolaires,
- la **Structure régionale d'appui et d'expertise (Srae) Addictologie** mène des projets concourant à la qualité des pratiques professionnelles, et à l'information des acteurs et du grand public en matière de conduites addictives (tabac, médicaments, alcool, drogues...),
- les différents **services d'aide à distance** (Alcool info service, Drogues info service, Ecoute cannabis, tabac info service) rendent accessibles pour les habitants de la Communauté de communes aides ou informations en matière d'alcool, drogues, tabac et autres dépendances.

### 7.2.2 Troubles mentaux et du comportement

► Concernant la prévention et l'accompagnement de personnes souffrant de troubles mentaux et du comportement et de leurs familles, plusieurs ressources spécifiques ont été identifiées sur le territoire de la Communauté de communes Châteaubriant-Derval.

Le **Groupe d'entraide mutuelle** (GEM) est un lieu de loisirs et de rencontres, fondé par et pour les usagers et ex-usagers en psychiatrie et destiné à rompre l'isolement, restaurer et maintenir les liens sociaux et redonner confiance en soi. Le GEM L'Étoile Filante a été créé en 2015 à Châteaubriant et est financé par l'ARS. Fin 2018, il comptait 48 adhérents et proposait des activités et temps d'échanges les lundis après-midi, mardi, jeudi et vendredi.

D'autres **associations**, notamment de familles, soutiennent et accompagnent les patients et leurs familles. Ainsi l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM) et l'Union départementale des associations familiales (UDAF) disposent d'antennes à Châteaubriant.

► Enfin, des actions de prévention peuvent également être menées sur le territoire par des acteurs qui ne sont pas implantés localement comme l'association **SOS Dépression 44** qui propose une écoute

<sup>80</sup> Consultation d'addictologie au CH Châteaubriant-Nozay-Pouancé et CMP.



téléphonique anonyme, confidentielle et gratuite pour lutter contre l'isolement et le mal-être dans l'objectif de diminuer les tentatives de suicide et les suicides.

### 7.2.3 Vie affective et sexuelle

► Dans le champ de la vie affective et sexuelle, les actions de prévention peuvent concerner la prévention des risques liés à la vie affective et sexuelle, le dépistage des infections mais aussi avoir pour objectifs la communication, l'information et les échanges sur différentes thématiques (sexualité, contraception...).

► Localement, s'inscrivent dans ce champ :

- le **Centre de planification et d'éducation familiale** (CPEF) et le **Centre d'interruption volontaire de grossesse** (CIVG) du CH de Châteaubriant-Nozay-Pouancé qui ont pour missions :
  - . d'informer et d'orienter en matière de vie affective et sexuelle,
  - . de réaliser des consultations gynécologiques et psychosociales relatives à la contraception, à la prévention des infections sexuellement transmissibles et à l'interruption volontaire de grossesse,
  - . de proposer des entretiens individuels ou en couple portant sur différents sujets (le couple, la parentalité, le conseil aux personnes victimes de violences...),
  - . d'organiser des animations collectives dans les milieux scolaires,
- l'unité territoriale de Châteaubriant (hébergé par le CPEF) du **Centre fédératif prévention dépistage** (CFPD) **44** qui assure, entre autre, l'information, le dépistage et le diagnostic des infections sexuellement transmissibles.

► De nombreuses autres structures ne disposant pas d'une antenne implantée localement sont susceptibles de proposer des actions de prévention dans le champ de la vie affective et sexuelle à l'échelle de la Communauté de communes. Peuvent notamment être citées :

- le **Planning familial**, mouvement militant d'éducation populaire qui a pour mission d'animer des lieux d'expression et d'information sur les sexualités, les méthodes de contraception, l'IVG, les IST... La Fédération régionale Pays de la Loire dispose de quatre antennes dont une à Nantes et une à Blain,
- **Santé info solidarité-animation** (Sis-Animation) qui a pour objectif de lutter contre le VIH/sida, les IST, les hépatites virales et contre toutes formes d'exclusions et de discriminations basées sur la sexualité ou l'état de santé en animant des activités de terrain et de réseau. Une délégation Pays de la Loire/Bretagne est implantée à Nantes,
- **Aides** (association de lutte contre le sida et les hépatites) qui intervient sur l'ensemble du territoire auprès des personnes séropositives et des populations les plus vulnérables à ces infections. Aides dispose d'un réseau de 75 lieux d'accueil en France dont un à Nantes.

### 7.2.4 Nutrition

► Le rôle joué par l'alimentation et la pratique d'activité physique comme facteurs de protection ou de risque de nombreuses pathologies (cancer, maladies cardiovasculaires, obésité, ostéoporose diabète...) est aujourd'hui bien documenté. Améliorer les pratiques alimentaires, augmenter l'activité physique et diminuer la sédentarité à tous les âges sont ainsi des objectifs phares de la politique actuelle de santé publique, au plan national comme en région.

► Des projets et actions de promotion de santé en lien avec la nutrition peuvent être menés par :

- des acteurs locaux comme par exemple l'association des Ateliers et chantiers du Pays de la Mée (ACPM) qui propose des ateliers de cuisine et de découvertes d'activités sportives à leurs salariés,
- des structures départementales ou régionales :
  - . l'**Ireps** propose des formations et un accompagnement aux professionnels (diététiciens, infirmiers, conseillers en économie sociale familiale...) souhaitant initier des projets de promotion de santé en lien avec la nutrition,



- le **Centre de ressources, d'expertise et de performance sportive** (CREPS) des Pays de la Loire, établissement public local de formation dans les domaines du sport, de la jeunesse et de l'éducation populaire,
- la **Structure régionale appui et expertise nutrition** (SRAE Nutrition) mène de multiples actions auprès des professionnels et anime notamment des groupes de travail autour de la promotion de la santé, de l'obésité et de la dénutrition, dans un objectif d'amélioration des pratiques professionnelles.

## 7.3 Approche populationnelle

### 7.3.1 Santé de la mère et de l'enfant

► Du désir d'enfant à la première année de vie du nouveau-né, la période qui entoure la grossesse et la naissance est susceptible d'influencer de façon importante et durable la santé physique, mentale et sociale de la mère et de l'enfant, ainsi que celle de leur entourage<sup>81</sup>.

► Au niveau local :

- le service de **Protection maternelle et infantile** (PMI) du Conseil départemental de Loire-Atlantique installé dans le centre médicosocial de Châteaubriant :
  - réalise des consultations du nourrisson et de suivi médical des enfants de 0 à 6 ans,
  - apporte un soutien adapté et des conseils personnalisés sur les soins quotidiens (pesée, allaitement, alimentation, sommeil, hygiène, pleurs du nourrisson...),
  - anime des ateliers thématiques collectifs,
  - réalise des bilans de santé dans les écoles maternelles auprès des enfants de 3/4 ans.
- le **Centre de planification et d'éducation familiale** (CPEF) du CH Châteaubriant-Nozay-Pouancé réalise, entre autres, des actions individuelles et collectives de prévention portant sur l'éducation familiale et la préparation à la fonction parentale.

► Au niveau régional, le **réseau Sécurité naissance - Naître ensemble**, regroupe les 23 maternités des Pays de la Loire, et l'ensemble des professionnels intervenants dans le champ de la périnatalité dans un double objectif de coordination des acteurs et d'amélioration de la qualité des soins.

### 7.3.2 Santé des jeunes

► La Communauté de communes de Châteaubriant-Derval compte en 2013 plus de 15 200 enfants âgés de 1 à 17 ans, qui représentent 26 % de la population totale. Cette classe d'âge correspond à différentes étapes de vie qui ont chacune leurs propres caractéristiques en matière de santé : la petite enfance, l'enfance, l'adolescence, puis l'entrée dans la vie adulte. Ce sont des périodes importantes pour le développement physique et psychique, les acquisitions scolaires et culturelles, l'intégration à la vie sociale/au cercle des pairs, le détachement progressif vis-à-vis des parents.

L'environnement familial et social, tout comme les comportements et habitudes de vies adoptées à ces périodes de la vie, sont des facteurs déterminants de la santé des individus.

► Aussi de nombreuses actions de promotion/prévention de la santé sont menées vers le public des jeunes au niveau local.

► Les équipes médicales et infirmières de la **santé scolaire** ont pour mission de :

- dépister le plus tôt possible, des troubles sensoriels, développementaux ou comportementaux pour améliorer leurs prises en charge et permettre à l'enfant de se développer au mieux,
- assurer des actions de prévention individuelles et collectives et de promotion de la santé afin notamment d'apporter aux enfants les connaissances et compétences auxquelles ils pourront faire appel tout au long de leur vie pour adopter de saines habitudes de vie,
- prendre en charge l'accueil et l'écoute des élèves pour tout motif ayant trait à la santé.

<sup>81</sup> ORS Pays de la Loire, Réseau « Sécurité Naissance - Naître ensemble » des Pays de la Loire. (2013). La santé périnatale dans les Pays de la Loire. Rapport 2013. 192 p.



Dans ce cadre, deux examens de santé sont obligatoires : la visite médicale des 6 ans (réalisée, le plus souvent, en grande section de maternelle) et le bilan infirmier qui se déroule lorsque l'élève est en sixième. Les infirmières scolaires mènent également auprès des élèves, des actions de prévention sur des thématiques diverses (addictions, sexualité...) généralement en collaboration avec les équipes éducatives et des partenaires associatifs. Sur la Communauté de communes de Châteaubriant-Derval, quatre médecins et cinq infirmières scolaires interviennent dans les différents établissements publics et privés.

- ▶ La **Maison des adolescents** (MDA) de Loire-Atlantique dispose d'une antenne Nord avec des lieux d'accueil sur rendez-vous dans la Communauté de communes : à Châteaubriant et à Derval. La MDA est un lieu d'accueil, d'écoute, d'information, et d'orientation des adolescents (de 11 à 21 ans) et de leurs familles. L'équipe pluridisciplinaire (composée d'animateurs, pédiatres, psychiatres, psychologues, infirmiers, enseignants spécialisés, etc.) propose aux adolescents un accompagnement individualisé et si nécessaire une orientation vers un dispositif plus adapté aux problèmes des adolescents. La MDA a également une mission de mise en réseau des professionnels de l'adolescence à l'échelle départementale. Elle anime ainsi des groupes ressources formés au repérage et à l'identification des situations de mal-être et de conduites à risque adolescentes. Elle est enfin également un pôle ressource pour les professionnels amenés à intervenir auprès des adolescents.
- ▶ Le **Réseau ados sur Châteaubriant** a pour vocation de permettre des échanges entre des membres des établissements scolaires de l'Éducation Nationale (infirmières, assistantes sociales, psychologues, médecins de santé scolaire) et des professionnels des services de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte du CHS de Blain.
- ▶ Le **Réseau parentalité de Châteaubriant** : le Conseil départemental et la CAF organisent des rencontres (environ 4 fois par an) avec les structures enfance et jeunesse, l'École des Parents et des Educateurs (EPE), le service social de protection de l'enfance (SSPE), l'Aide sociale à l'enfance, la MDA, le CCAS de Châteaubriant (groupe de 20 à 30 personnes : éducateur spécialisé, assistante sociale, animateurs, directrice, agent de développement, conseiller CAF et Insertions, bénévoles, agent de développement local...).

### 7.3.3 Santé des personnes au travail

- ▶ La prise en compte de la santé en milieu professionnel est principalement axée sur la prévention des risques relatifs à l'environnement (machines, produits, locaux...) et à l'organisation du travail. Elle se traduit généralement dans les entreprises par la mise en œuvre de démarches plus ou moins formalisées d'évaluation, de prévention et de gestion des risques.
- ▶ Afin de conduire des actions de santé au travail, prévenir et diminuer les risques professionnels ; assurer le suivi médical réglementaire de leurs salariés et participer au suivi et à la traçabilité des expositions professionnelles, les entreprises peuvent créer un service autonome de santé au travail, ou adhérer à un service de santé interentreprises.
- ▶ Ainsi, le **Service médical Inter-entreprises** (SMIE) de Châteaubriant et de sa région procède à la surveillance de plus de 7 000 salariés répartis dans 730 entreprises adhérentes [**Chapitre 8.6 « Point de vue d'acteurs en charge de l'accompagnement des personnes âgées », page 97**].



## 8 Éléments qualitatifs apportés par des entretiens auprès d'acteurs et de la population

### L'essentiel

De l'avis des habitants que la Communauté de communes de Châteaubriant-Derval ayant participé aux deux entretiens collectifs organisés dans le cadre de cette étude, ce territoire offre un cadre de vie sain et agréable.

Pour autant, les personnes rencontrées sont peu nombreuses à estimer que la population du territoire est en bonne santé. Parmi les difficultés mises en avant, habitudes de vie défavorables, existence de problématiques en lien avec la santé psychique, offre de soins jugée insuffisante ou trop éloignée et recours aux soins et aux prestations sociales tardifs sont évoqués tant par les habitants que par les acteurs à propos des populations qu'ils accompagnent. Ces problématiques seraient notamment favorisées par les situations socio-économiques et familiales difficiles et les difficultés de déplacement de certains ménages.

Néanmoins, les ressources de santé publique sont nombreuses sur le territoire et les entretiens réalisés font ressortir l'existence d'une réelle dynamique de professionnels de terrain portés par une volonté commune d'échanges et de partenariats.

### 8.1 Méthode

► À l'issue du diagnostic quantitatif, un diagnostic qualitatif a été mené dans l'objectif de confronter les constats établis sur la base des données quantitatives aux perceptions des habitants et acteurs de la Communauté de communes afin de les conforter, de les enrichir, voire de les nuancer. À la différence des méthodes quantitatives, cette approche n'offre pas de représentativité statistique mais permet d'éclairer sur la diversité des positions et points de vue des habitants et acteurs de la Communauté de communes. Les propos rapportés ci-dessous ne sont donc pas généralisables à l'ensemble de la population.

Pour cette deuxième phase, différentes rencontres ont été organisées auprès d'habitants et de professionnels en charge de la santé et de l'accompagnement de différentes populations (nourrissons et jeunes enfants, élèves des collèges, personnes âgées, travailleurs, personnes atteintes de troubles psychiques) afin de recueillir leurs avis et perceptions concernant la santé de ces populations et ses déterminants.

Ce diagnostic qualitatif s'est donc organisé en 2 volets :

- des entretiens semi-directifs ont été menés auprès de seize professionnels :
  - . du centre médicopsychologique (CMP) adulte,
  - . du service médical interentreprises de Châteaubriant (SMIE),
  - . de l'unité personnes âgées / personnes handicapées de la délégation de Châteaubriant du Conseil départemental de Loire-Atlantique et du Centre local d'information et de coordination (Clic) de Châteaubriant,
  - . des Services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) du territoire,
  - . d'acteurs accompagnant la santé des élèves du collège public Robert Schuman,
  - . du service départemental de protection maternelle et infantile (PMI).
- deux rencontres citoyennes auprès des usagers et habitants de la Communauté de communes, organisées les 11 et 12 novembre 2018, à Châteaubriant et à Derval. Ces rencontres ont rassemblé 24 participants aux profils variés (habitants de Châteaubriant, Derval, Sion-les-Mines, Lusanger, Saint-Vincent-des-Landes, élus, professionnels du secteur paramédical et social, militants et membres de réseaux associatifs).



## 8.2 Point de vue d'acteurs en charge de la protection maternelle et infantile

### Rappel : principaux constats issus de l'analyse des données quantitatives

En 2016, les habitantes de la Communauté de communes de Châteaubriant-Derval ont donné naissance à 476 nouveau-nés, le plus souvent à la maternité du CH de Châteaubriant. Globalement, dans la population de ce territoire, ce sont donc chaque année environ 500 femmes enceintes ou jeunes mères, et environ 3 000 jeunes enfants de moins de 6 ans qui nécessitent une prise en charge de leur santé. Cette prise en charge est assurée de façon complémentaire par différents professionnels (médecins, pédiatres, sages-femmes, gynécologues, professionnels de la PMI...). Par rapport à la moyenne nationale, le recours aux médecins libéraux des jeunes enfants du territoire se caractérise par un recours plus fréquent au médecin généraliste et moins fréquent au pédiatre, en lien avec la démographie de ces professionnels sur le territoire.

Les professionnelles de la Protection maternelle et infantile (PMI) rencontrées (puéricultrices, médecin et administratrice), ont rapporté les principales forces et faiblesses du territoire concernant la santé de la mère et de l'enfant des familles prises en charge par leurs services :

- ⊖ Carence de médecins à la PMI, en ville, au CMP et dans les écoles  
Les professionnelles rencontrées ont fait part de leur difficulté à organiser le suivi médical de certains jeunes enfants habitant la Communauté de communes Châteaubriant-Derval. En effet, le service de PMI de Châteaubriant, n'ayant pas réussi à remplacer un médecin parti en 2017, n'assure plus que deux à trois demi-journées de consultation par mois contre huit auparavant. Ce qui est d'autant plus critique que certains médecins de ville n'acceptent plus de prendre en charge de nouveaux patients. De même, malgré les bonnes relations de partenariat entretenues entre les services de PMI du territoire et le CMP pour enfants et adolescents d'une part, et la médecine scolaire d'autre part, les puéricultrices rapportent des difficultés pour organiser le suivi médical d'enfants pour lesquels elles identifient des besoins.
- ⊖ Difficultés de déplacements  
Les professionnelles interrogées ont fait part des difficultés rencontrées par certains ménages des communes périphériques à Châteaubriant et Derval pour se déplacer dans les Centres médicosociaux (CMS) aux horaires de consultation et d'atelier organisés par la PMI.
- ⊖ Prise en charge de familles sans couverture médicale  
Tous les ans, une dizaine de familles sans couverture médicale ne bénéficiant pas de la CMU sont accueillies sur le territoire de la Communauté de communes. Ces familles peuvent se tourner vers la PASS du CH pour ce qui concerne les soins mais c'est à la PMI d'assurer le suivi médical et la vaccination, sans moyens dédiés.
- ⊖ Habitudes de vie de certaines familles  
Outre les retards à la vaccination et aux dépistages (handicap, audition, vue...) observés chez les enfants des familles n'ayant pas accès à la prévention, les professionnelles interrogées ont indiqué rencontrer, dans la population qu'elles prennent en charge, des problématiques de santé en lien avec :
  - . l'alimentation : certaines familles suivies auraient des habitudes alimentaires inadaptées du fait d'un manque de ressources économiques mais également d'une mauvaise éducation à la nutrition (repas unique le soir, pas de regroupement familial à l'occasion des repas, boire de l'eau perçue comme une privation...),
  - . des violences intrafamiliales à relier avec des problématiques d'addictions, de maladies psychiques ou de maltraitements subies et carences affectives chez les parents.Auprès de ces familles en difficultés, les acteurs de la PMI travaillent ainsi autant à assurer le suivi médical des mères et des enfants, qu'à lever les freins culturels expliquant leur méconnaissance de l'intérêt de la prévention (vaccination, dépistage...) et des habitudes de vie saines (nutrition, sommeil...).
- ⊕ Soucis d'« aller vers » les familles  
Face aux difficultés de mobilité de nombreuses familles, les puéricultrices de PMI réalisent, en plus de leurs permanences dans les CMS du territoire, un nombre croissant de visites à domicile pour l'accompagnement pré et postnatal. De plus, afin de permettre aux familles de bénéficier



des ateliers collectifs organisés par les services de PMI (ateliers : musique, motricité libre, allaitement...) les professionnels de PMI s'organisent pour aller chercher/raccompagner celles qui n'auraient pas de moyen de transport.

⊕ Bonnes relations entre délégations et avec les partenaires

Les acteurs de PMI rencontrés ont fait part de l'importance de leur travail en réseau et des échanges qu'elles entretiennent avec leurs collègues des autres délégations du département comme avec les autres professionnels du territoire et notamment les sages-femmes (hospitalières et libérales) qui leur permet d'orienter les familles en fonction de leurs besoins ou déplacements tout en maintenant une relation de confiance.

⊕ Expérimentation du dispositif PANJO

Entre 2014 et 2018, la délégation de Châteaubriant a pris part à l'expérimentation du dispositif PANJO piloté par Santé publique France et l'Agence des nouvelles interventions sociales et de santé (ANISS). Ce dispositif vise à mieux accompagner les futurs parents se sentant seuls ou trop peu entourés lorsqu'ils se préparent à accueillir leur premier enfant. Cette expérimentation est à l'origine d'une dynamique positive permettant à la fois un accompagnement bienveillant, et à domicile de familles primipares exprimant un sentiment de solitude, mais également le développement du travail en réseaux des professionnels de la protection maternelle et infantile sur le territoire.

### 8.3 Point de vue d'acteurs en charge de la santé des élèves

#### Rappel : principaux constats issus de l'analyse des données quantitatives

Le territoire de la Communauté de communes de Châteaubriant-Derval compte environ 5 800 jeunes âgés de 6 à 14 ans, en âge d'être scolarisés en école primaire ou au collège. Ils représentent 13 % de la population.

L'environnement familial et social impacte de façon majeure le développement de l'équilibre physique, social et émotionnel des enfants dès le plus jeune âge. Le territoire de la Communauté de communes de Châteaubriant-Derval se caractérise par une fréquence particulièrement forte des familles nombreuses, et par une progression importante du nombre de familles monoparentales sur les années récentes. Ces dernières représentent actuellement 7 % des ménages.

Le territoire présente par ailleurs le taux de mesures d'aide sociale à l'enfance le plus élevé des EPCI du département (27 mesures pour 1 000 jeunes de moins de 21 ans, contre 18 pour 1 000 au plan départemental).

► Un médecin scolaire, une assistante sociale et un conseiller principal d'éducation (CPE) ont été rencontrés au collège public Robert Schuman de Châteaubriant. De l'avis de ces professionnels, les principaux problèmes et déterminants susceptibles d'impacter la santé rencontrés chez les collégiens de la Communauté de communes sont :

- une mauvaise hygiène bucco-dentaire<sup>82</sup>,
- un recours tardif à l'ophtalmologie,
- de mauvaises habitudes alimentaires,
- un manque de sommeil associé, selon les professionnels, à l'utilisation nocturne d'écrans (téléphone, ordinateur, télévision),
- un manque de pratique sportive.

► Les acteurs ont également fait part du retentissement que peuvent avoir les difficultés socio-familiales sur la santé des jeunes qui se traduit notamment par :

- l'absentéisme de certains élèves,
- le non-recours ou le retard de recours aux soins des enfants, la prévention n'étant pour ces familles pas prioritaire,
- la difficulté pour un certain nombre de collégiens, de gérer ses émotions qui se traduit pas des insultes, bagarres, jeux qui dégénèrent dans l'enceinte de l'établissement scolaire.

<sup>82</sup> Une étude régionale récente a montré que la CC est l'EPCI du département de Loire-Atlantique qui présente la plus faible proportion d'enfants ayant eu un suivi bucco-dentaire régulier d'une part, et un recours à l'orthodontie d'autre part : ORS Pays de la Loire, URPS Chirurgiens-Dentistes des Pays de la Loire. (2018). Recours au cabinet dentaire des enfants et des adolescents. Situation en Pays de la Loire et en France à partir d'une analyse des données du SNDS. 76 p.



► La question des transports a également été évoquée à plusieurs reprises comme impactant indirectement l'état de santé des collégiens. Ainsi, selon les personnes interrogées, des difficultés de déplacement (liées souvent à des difficultés économiques) seraient à l'origine de la sédentarité de certains enfants habitant les communes les plus éloignées de Châteaubriant et du non-recours ou du recours tardif à certains professionnels de santé (notamment chirurgiens-dentistes, ophtalmologistes et psychologues).

L'organisation du ramassage scolaire a, en outre, été évoqué comme source de stress et d'insécurité pour certains élèves. En effet, la plateforme de transit rassemblant près de 2 000 élèves de tous âges serait parfois le théâtre de violences entre élèves, qui participeraient à dégrader le climat scolaire.

## 8.4 Point de vue d'acteurs en charge de la santé des travailleurs

### Rappel : principaux constats issus de l'analyse des données quantitatives

Parmi les 26 500 habitants âgés de 15 à 64 ans de la Communauté de communes de Châteaubriant-Derval, 17 500 exercent un emploi, sur le territoire de la Communauté de communes ou ailleurs. La Communauté de communes offre quant à elle 16 000 emplois occupés ou non par des habitants de la Communauté de communes. Le secteur tertiaire représente 63 % de ces emplois, et est donc moins important qu'au plan national (78 %). À l'inverse, les emplois industriels sont surreprésentés sur la commune (18 % *vs* 12 % en France), de même que les emplois agricoles (11 % *vs* 3 %).

► Le Service médical interentreprises de Châteaubriant et de sa région (SMIE) a été sollicité pour apporter des éléments descriptifs des travailleurs pris en charge, leur état de santé global, les principaux risques auxquels ils sont exposés, les principales maladies à caractère professionnel rencontrées, les actions de préventions mises en œuvre.

Jusqu'à fin 2018, le SMIE exerçait son activité sur un secteur géographique couvrant 18 des 26 communes de la Communauté de Communes Châteaubriant-Derval. Derval et les communes les plus à l'Ouest de la Communauté de communes étaient rattachées au service de Santé au Travail de Redon. En 2019, l'organisation du SMIE va évoluer, avec notamment la prise en charge du secteur Nozay-Derval et le recrutement de nouveaux médecins et infirmiers en santé-travail.

► Les salariés de 729 entreprises de tous secteurs d'activités (hors secteur agricole) étaient surveillés en 2016 par le SMIE, ce qui représentait 7 378 personnes (soit près d'un salarié de la Communauté de communes sur 2). Il s'agit pour l'essentiel de petites et moyennes entreprises : 95 % emploient moins de 50 salariés, et 82 % moins de 10 salariés.

Parmi ces salariés, environ 1 700 nécessitent une surveillance médicale renforcée en raison d'une exposition au bruit, plus de 800 pour une exposition à des agents biologiques et près de 800 pour une exposition à des agents cancérigènes.

► Les statistiques de la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) permettent de décrire les accidents du travail et les maladies professionnelles pour le régime général. Les données transmises par le SMIE concernent l'année 2012.

En 2012, 46 **maladies professionnelles** (MP) ont été reconnues pour les salariés suivis par le SMIE. Les maladies professionnelles les plus fréquemment reconnues sont, comme aux plans national et régional, les troubles musculo-squelettiques (TMS). Les TMS du membre supérieur représentent ainsi plus de 95 % des MP. Ces troubles concernent, plus fréquemment, le poignet et la main dans 46 % des cas (40 % pour les Pays de la Loire). Les TMS de l'épaule représentent 28 % des cas (34 % pour les Pays de la Loire), et celles du coude 26 % des cas (25 % pour les Pays de la Loire). Les pathologies ostéo-articulaires, qu'elles soient liées à des maladies, des accidents de travail ou des maladies professionnelles, sont en première ligne des motifs d'incapacité recensés par le SMIE.

À noter toutefois que ces données sur les maladies professionnelles déclarées ne reflètent que très partiellement la fréquence des maladies liées au travail, et ne permettent notamment pas d'apprécier l'importance des troubles psychosociaux liés au travail, mise en évidence par le dispositif de surveillance des maladies à caractère professionnel.



► 451 accidents de travail avec arrêt ont concerné en 2012 des salariés suivis par le SMIE, représentant 1,1% de accidents enregistrés par la Carsat des Pays de Loire.

La fréquence de ces accidents avec arrêt dans les entreprises suivies par le SMIE (51,8 accidents pour un million d'heures travaillées) est supérieure à celle observée en moyenne en Pays de Loire (37,7). Par contre la gravité de ces accidents est nettement inférieure (indice de gravité de 6,2 vs 11,2).

La fréquence maximale des accidents avec arrêt est observée dans les activités de métallurgie (77 accidents avec arrêt par million d'heures travaillées), les activités de service (67) (nettoyage et désinfection, professions de santé, vétérinaires, action sociale, organisations économiques et culturelles, services aux personnes et à la collectivité, autres...), et le BTP (66).

Pour la gravité, le secteur chimie-plasturgie vient en tête, avec un indice de gravité de 15,5, suivi de près par le BTP (14,9) puis la métallurgie (11,5).

► Les besoins exprimés par les entreprises, lors d'une enquête réalisée par le SMIE en 2013, concernent le plus souvent l'évaluation des ambiances physiques de travail (attentes formulées par 15 % des entreprises), l'ergonomie des postes et des locaux (14 %), l'information et l'éducation pour la santé, au sujet des addictions notamment (11 %). 7 % des entreprises font également part de besoins concernant le maintien dans l'emploi des salariés totalement ou partiellement inaptes à leur poste de travail, 5 % l'évaluation des risques psychosociaux et 4 % des conseils d'hygiène de vie en rapport avec les rythmes de travail, l'alimentation et le sommeil.

► En écho à ces besoins, les priorités d'actions identifiées dans le projet de service 2014-2018 du SMIE concernaient la prévention du risque chimique, des conduites addictives en entreprise, de l'inaptitude dans l'entreprise, des risques psychosociaux, ainsi que l'éducation sanitaire en relation avec le travail de nuit.

## 8.5 Point de vue de professionnels du centre médico-psychologique (CMP)

### Rappel : principaux constats issus de l'analyse des données quantitatives

Comme en France, la fréquence des pathologies psychiatriques est importante dans la population et les statistiques relatives aux affections de longue durée (ALD) de l'assurance maladie permettent d'approcher la fréquence des cas nécessitant des soins longs et coûteux. Ainsi, environ 1 400 des habitants de la Communauté de communes, soit 3 % de cette population, sont en ALD pour des troubles mentaux ou du comportement. Sont le plus souvent en cause, chez les moins de 65 ans, les troubles de l'humeur, les troubles de la personnalité et du comportement et les troubles schizophréniques, et chez les personnes vieillissantes, les démences et les troubles dépressifs.

Environ 1 550 habitants (3,5 %) sont suivis par les équipes de soins des établissements psychiatriques (consultation en CMP, CATTP, hospitalisation de jour, à temps complet...). Près de 230 ont fait l'objet au moins une fois d'une hospitalisation à temps complet dans l'année, ces patients étant le plus souvent des hommes souffrant de troubles schizophréniques ou des femmes avec des troubles dépressifs.

En termes d'évolution, une augmentation des admissions en ALD pour affections psychiatriques est comme en France observée à l'échelle de la Communauté de communes, et plus particulièrement des admissions liées à des troubles de l'humeur et à des troubles de la personnalité et du comportement parmi les habitants de moins de 65 ans.

Par ailleurs, comme dans de nombreuses intercommunalités de Loire-Atlantique, la fréquence des suicides (en moyenne 10 décès par an) parmi les habitants de la Communauté de communes dépasse de près de 60 % la moyenne nationale.

Enfin, même si cette situation n'est pas spécifique au territoire castelbriantais et s'élargit plus globalement aux autres territoires du nord du département, plusieurs indicateurs témoignent d'une plus grande fréquence des problèmes de santé aigus et chroniques liés à l'alcool parmi les habitants de la Communauté de communes.



► De l'avis des professionnels du CMP pour adultes rencontrés (cadre, infirmière, assistante sociale), les principales problématiques concernant les habitants de la Communauté de communes souffrant de troubles psychiques sont :

- en termes de **problèmes de santé**

Comme dans tous les CMP, les patients reçus au CMP adulte de Châteaubriant peuvent être classés en deux groupes :

- . des personnes souffrant d'une pathologie psychiatrique chronique,
- . des personnes victimes d'un « accident de la vie » ou ayant vécu un évènement critique nécessitant un soutien psychologique.

Les professionnels rencontrés s'accordent pour dire qu'une grande partie des patients qui font appel au CMP expriment autant de besoins de prise en charge de leur santé mentale que de leurs problèmes sociaux (problèmes économiques, familiaux, de travail, de logement...).

En cohérence avec les constats formulés par l'analyse des bases de données médico-administratives, une forte problématique locale liée aux addictions, notamment à l'alcool mais également aux drogues illicites, est rapportée.

Par ailleurs, les professionnels indiquent que les patients du secteur sollicitent le CMP, comme les autres professionnels de santé, qu'en dernier recours. Les équipes sont ainsi souvent confrontées à des demandes urgentes, à des situations de crises, lorsque les familles/structures d'accueil sont « épuisées ». Ces situations nécessitent alors des prises en charges lourdes qui auraient été plus faciles à organiser si le recours aux soins n'avait pas été aussi tardif.

- en termes de **parcours de soins**

Le CMP, comme les Apsyades sont des structures plutôt bien identifiées, tant par les professionnels de santé libéraux et le service d'urgences du CH Châteaubriant-Nozay-Pouancé, que par la population.

Cependant, le découpage administratif des secteurs de soins en psychiatrie et les difficultés de déplacement propres aux territoires ruraux peuvent complexifier le recours aux soins en psychiatrie de la population de la Communauté de communes. Les professionnels du CMP indiquent ainsi être amenés à prendre en charge des patients travaillant à Châteaubriant mais relevant, par leur commune de résidence des CMP de Héric ou Savenay. De même, les professionnels rencontrés ont fait part des difficultés pour un certain nombre de patients à se rendre dans des structures spécialisées en raison de problèmes de mobilité. Il s'agit notamment de jeunes ou de personnes âgées sans moyen de locomotion personnel et des personnes restreignant leurs déplacements pour des raisons économiques.

En lien avec le caractère rural du territoire, les professionnels ont également souligné :

- . une forte problématique d'isolement de certains habitants de la Communauté de communes qui sont éloignés de l'offre de soins et de prévention,
- . une certaine réticence à recourir à l'offre de soins spécialisés disponible uniquement à Nantes, perçue comme trop éloignée des familles et aidants, et souvent comme un environnement trop différent de celui des patients.

► Par ailleurs, malgré l'existence de liens avec le secteur de pédopsychiatrie et avec la Maison départementale des adolescents (MDA), les professionnels interrogés ont indiqué un manque de ressources locales pour la prise en charge et la prévention chez les adolescents et jeunes adultes. L'unité Espace du CHU de Nantes est jugée inaccessible (en terme de distance et de nombre de places) et les services d'hôpital de jour adultes administrativement dédiés aux personnes âgées de 15 ans et 3 mois à 65 ans, non adaptées aux jeunes de 15 à 18 ans.

► Enfin, les professionnels du CMP ont indiqué travailler en partenariat avec de nombreuses structures médicales et paramédicales (CHS de Blain, CH de Châteaubriant, médecins généralistes, infirmières libérales), médicosociales (Adapei, Ehrétia, Oeuvres de Pen-Bron...) administratives (municipalité, CCAS) et associatives (association Saint-Benoît Labre, Une famille un toit...) tout en indiquant qu'une meilleure communication (en terme de fréquence et de qualité) serait bénéfique pour la prise en charge des patients.



## 8.6 Point de vue d'acteurs en charge de l'accompagnement des personnes âgées

### Rappel : principaux constats issus de l'analyse des données quantitatives

La Communauté de communes compte, en 2015, 8 700 habitants âgés de 65 ans ou plus. Leur effectif devrait augmenter d'environ 30 % d'ici 2027. 1 160 personnes bénéficient de l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa), ce qui représente environ un quart des habitants de la Communauté de communes âgés de 75 ans et plus. Parmi ces bénéficiaires, 520 vivent à domicile et 640 en établissement.

L'accompagnement des personnes âgées sur le territoire s'appuie sur

- des structures d'aides au maintien à domicile : le Clic de Châteaubriant qui couvre les Communautés de communes de Châteaubriant-Derval et Nozay, trois Services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) totalisant 117 places qui interviennent sur 24 des 26 communes de la Communauté de communes (Communauté de communes) et le dispositif Maia Nord Atlantique qui accompagne les personnes âgées en situation complexe habitant la Communauté de communes.
- dix établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) comptabilisant 579 places et 30 lits de soins en unité de soins de longue durée (USLD). Le taux d'équipement en places d'Ehpad et d'USLD sur la Communauté de communes Châteaubriant-Derval (131) est légèrement inférieur à ceux du département (137) et de la région (136) mais est, comme pour la plupart des EPCI de la région, supérieur à celui de la France (104).

► De l'avis des professionnels du service personnes âgées/personnes handicapées du Conseil départemental de Loire-Atlantique et du Centre local d'information et de coordination gérontologique (Clic) et des Ssiad de Châteaubriant et Moisdon-la-Rivière rencontrés, les principales problématiques en lien avec l'accompagnement des personnes âgées du territoire sont :

- En termes d'organisation du **maintien à domicile**

Les Ssiad sont surchargés et n'arrivent pas à répondre à l'ensemble des demandes. Ils transfèrent donc les demandes les moins lourdes vers les Ssad, les infirmières libérales et les autres services d'aides à domicile. Les professionnelles interrogées indiquent que cette solution est rendue possible par une bonne articulation entre ces différents partenaires – en effet, les différents professionnels sanitaires et médicosociaux du territoire déclarent bien se connaître. Même si un manque de coordination ou de travail commun entre secteur est pointé par certains.

Toutefois, la prise en charge des personnes âgées n'est pas toujours optimale pour les patients, ni pour les aidants qui ne sont ainsi pas toujours suffisamment soutenus dans leur rôle d'aidant.

Les professionnels indiquent que la limitation des visites à domicile réalisées par les médecins généralistes complique le recours aux soins des personnes âgées n'ayant pas les moyens de se déplacer.

La disparition des commerces de proximité et de services de portage des repas observée dans certaines communes est également mentionnée comme étant un frein au maintien à domicile de personnes âgées.

- En terme de **prise en charge en institution**

Si le territoire est plutôt bien pourvu en nombre de places en Ehpad, les professionnels insistent sur l'absence de place d'hébergement temporaire (1 place pour l'ensemble de la Communauté de communes) et le peu de places en accueil de jour qui pourraient permettre d'allonger ou d'améliorer les conditions de maintien à domicile de certaines personnes.

► Les professionnels interrogés indiquent observer de fréquents retards de recours aux soins et aux prestations sociales de la part des personnes âgées résidant sur la Communauté de communes, qui les amènent à devoir prendre en charge des situations urgentes et complexes.

Ils attribuent ces retards à :

- des difficultés de déplacement,
- des situations d'isolement géographique et social,
- une méconnaissance des droits des usagers, pour les prestations sociales notamment,
- une certaine forme de pudeur qui empêche les personnes en perte d'autonomie de demander de l'aide (pour les transports, les tâches ménagères, les repas...),
- la raréfaction des visites à domicile des professionnels médicosociaux, les difficultés de



coordination entre professionnels, l'absence d'évaluation à domicile systématique de la situation des personnes d'un certain âge.

Certains professionnels indiquent également être confrontés à des situations de vétusté (absence de salle de bain et de toilettes), précarité, voire insalubrité des logements des personnes âgées qui complexifient la prise en charge des personnes.

► Néanmoins, ces difficultés ne concernent pas l'ensemble des situations rencontrées et les professionnels indiquent également observer une augmentation des demandes « préventives » de familles anticipant la perte d'autonomie de leurs proches, ainsi que de nombreuses situations de soutien social et familial chez les personnes âgées isolées géographiquement.

## 8.7 Point de vue des habitants de la Communauté de communes

► Le point de vue des habitants de la Communauté de communes a été recueilli lors de deux rencontres ayant rassemblé 24 personnes. Ces participants ont été amenés à exprimer leur perception de l'état de santé en général des habitants de la Communauté de communes, ainsi que les principaux facteurs facilitant le vivre en bonne santé sur le territoire.

► Interrogées sur leur conception de la santé, les personnes rencontrées sont nombreuses à donner une définition proche de celle proposée par l'OMS en 1946 « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

► Alors qu'il était demandé aux participants de se positionner dans la salle selon s'ils étaient d'accord, indécis ou pas d'accord avec différentes propositions, peu nombreux sont ceux qui ont estimé que :

- *les habitants du territoire sont en bonne santé*

Plusieurs participants ont indiqué ne pas savoir se positionner sur cette proposition. Ils sont nombreux à identifier des facteurs négatifs : « de plus en plus de maladies lourdes », « des personnes âgées isolées et en mauvaise santé », « des problèmes d'obésité et de suivi dentaire chez les écoliers », « peu d'intérêt pour la santé », « des personnes qui n'ont pas l'habitude des comportements de prévention ». Mais ils ne savent pas comment situer leur territoire par rapport à d'autres.

- *les habitants du territoire fument/boivent, en moyenne, moins que les Français/habitants du département*

Les participants sont plutôt surpris d'apprendre que la mortalité par cancer du poumon (dont le principal facteur de risque est le tabagisme) est, sur le territoire, inférieure à la moyenne nationale. Ils sont en revanche globalement conscients de la situation peu favorable du territoire en matière d'indicateurs de santé liés à la consommation excessive d'alcool par rapport à la situation nationale.

- *les accidents de la route présentent un problème de santé publique à l'échelle de la Communauté de communes*

Les participants sont peu nombreux à estimer que les accidents de la route représentent une problématique spécifique pour le territoire. Pour autant, les données quantitatives montrent que la situation de la Communauté de communes est moins favorable que la moyenne <sup>83</sup>.

- *il y a suffisamment de médecins sur le territoire*

L'offre de soins disponible sur le territoire est un sujet de préoccupation des habitants de la Communauté de communes qui indiquent rencontrer des difficultés (délais trop longs) pour obtenir des consultations spécialisées, notamment chez les ophtalmologistes.

Le manque de médecins généralistes<sup>84</sup> a également été largement évoqué par les participants aux deux rencontres. Toutefois, aucun participant n'a signalé rencontrer lui-même des difficultés à ce propos.

<sup>83</sup> Globalement les accidents motivent une part importante des recours aux urgences sur le territoire : 780 habitants sont hospitalisés en court séjour dans l'année pour une lésion traumatique (un taux d'hospitalisation supérieur de 42 % à la moyenne nationale ; + 14 % en Loire-Atlantique). Le territoire présente une mortalité par accidents de la route deux fois plus élevée que celle observée au plan départemental et national. Et la fréquence des accidents de la vie courante parmi les habitants de la CC est supérieure de 28 % à la moyenne nationale.

<sup>84</sup> La densité de médecins généralistes exerçant sur la CC est nettement inférieure à la moyenne nationale : - 41 %. Le niveau moyen d'activité de ces professionnels est à l'inverse supérieur à la moyenne nationale : + 28 %.



- ▶ Globalement, les habitants de la Communauté de communes rencontrés indiquent disposer d'une bonne qualité de vie qu'ils associent à un cadre de vie agréable et à une absence de pollution atmosphérique et sonore.
- ▶ Concernant les autres forces et faiblesses du territoire, les personnes rencontrées sont moins unanimes :
  - ⊖ certaines personnes rencontrées ont pointé le manque de professionnels de santé, le peu d'animations sociales et culturelle destinée aux jeunes et le nombre élevé de personnes en situation de grand isolement social. S'y ajouteraient, selon eux, notamment pour les habitants les plus éloignés des communes de Châteaubriant et Derval, des difficultés de mobilité et donc d'accès aux services de santé mais aussi culturels et sociaux. Ces difficultés sont particulièrement prégnantes pour les jeunes, les personnes âgées et les ménages les plus précaires,
  - ⊕ à l'inverse, pour d'autres participants, les équipements sportifs, le réseau associatif, la rapidité des déplacements domicile-travail (en lien avec de courtes distances à parcourir et l'absence d'embouteillage) et les relations d'entraide constituent des atouts du territoire.



# INDEX DES SIGLES

AAH	Allocation aux adultes handicapés	GHT	Groupement hospitalier de territoire
ACPM	Ateliers et chantiers du pays de la Mée	Gir	Groupe iso-ressource
Adapei	Association départementale des amis et parents de personnes handicapées mentales	HAD	Hôpital à domicile
ADAR	Aide à domicile aux retraités	HDJ	Hôpital de jour
ADMR	Réseau associatif de services à la personne (anciennement "Aide à domicile en milieu rural")	ICM	Indice comparatif de mortalité
ADOPS 44	Association pour l'organisation de la permanence des soins des médecins libéraux en Loire-Atlantique	IME	Institut médicoéducatif
ADR	Aide à domicile pour tous	Inpes	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (aujourd'hui Santé publique France)
AED	Aide éducative à domicile	Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
AEEH	Allocation à l'éducation de l'enfant handicapé	Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale
AEIMF	Aide éducative intensive en milieu familial	IP	Information préoccupante
AEMO	Aide éducative en milieu ouvert	IRCG	Insuffisance respiratoire chronique grave
Aggir	Autonomie gérontologique groupe iso-ressources	Ireps	Instance régionale d'éducation et de promotion santé
Aides	Association de lutte contre le Sida	IRM	Imagerie par résonance magnétique
AIS	Actes infirmiers de soins	Maia	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie
ALD	Admission en affection de longue durée	Mas	Maison d'accueil spécialisée
AMI	Actes médicaux infirmiers	MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
AMO	Acte médical orthophonique	MDA	Maison des adolescents
ANISS	Agence des nouvelles interventions sociales et de santé	MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
Anpaa	Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie	MEP	Mode d'exercice particulier
APA	Aide personnalisée d'autonomie	MP	Maladie professionnelle
APL	Accessibilité potentielle localisée	MSA	Mutualité sociale agricole
ARS	Agence régionale de santé	MSA	Mutualité sociale agricole
ASE	Aide sociale à l'enfance	MSP	Maison de santé pluriprofessionnelle
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation	MSP	Maison de santé pluriprofessionnelle
ATTP	Activité thérapeutique à temps partiel	OMS	Organisation mondiale de la santé
BCMD	Base des causes médicales de décès	OMS	Organisation mondiale de la santé
BPCO	Broncho pneumopathie chronique obstructive	OPASS	Office pour la promotion de l'action sanitaire et sociale
CAF	Caisse d'allocations familiales	ORL	Oto-rhino-laryngologie
CAPS	Centre d'accueil et de permanence des soins	ORS	Observatoire régional de la santé
Carsat	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail	Pass	Permanence d'accès aux soins
CATTP	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel	PDSA	Permanence des soins ambulatoires
CC	Communauté de communes	PMI	Protection maternelle et infantile
CCAS	Centre communal d'action sociale	PMSI MCO	Programme de médicalisation des systèmes d'information - Médecine, chirurgie, obstétrique
CCMSA	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole	PRS	Projet régional de santé
CDMR	Comité départemental contre les maladies respiratoires	RP	Recensement de la population
CépiDc	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès	RPPS	Répertoire partagé des professionnels de santé
CFFD	Centre fédératif prévention dépistage	RPU	Résumé de passage aux urgences
CH	Centre hospitalier	RSI	Régime social des indépendants
CHS	Centre hospitalier spécialisé	Saad	Service d'aide et d'accompagnement à domicile
CIVG	Centre d'interruption volontaire de grossesse	SAFTA	Service d'accueil familial thérapeutique pour adultes
CJC	Consultation jeunes consommateurs	Samu	Service d'aide médicale urgente
Clic	Centre local d'information et de coordination	SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
CMD	Causes médicales de décès	SED	Action de soutien éducatif à domicile
CMP	Centre médico-psychologique	Sessad	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
CMS	Centre médicosocial	SHIP	Service d'hospitalisation intersectoriel de pédopsychiatrie
CMU	Couverture maladie universelle	SMIE	Service médical inter-entreprises de Châteaubriant et de sa région
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire	Smur	Service mobile d'urgences et de réanimation
Cnaf	Caisse nationale d'allocations familiales	SNDS	Système national des données de santé
Cnam	Caisse nationale de l'assurance maladie	Sniiram	Système national inter-régimes de l'assurance maladie
CPE	Conseiller principal d'éducation	SPASAD	Service polyvalent d'aide et de soins à domicile
CPEF	Centre de planification et d'éducation familiale	Srae	Structure régionale d'appui et d'expertise
CPTS	Communauté professionnelles territoriales de santé	Ssiad	Services de soins infirmiers à domicile
CREPS	Centre de ressources, d'expertise et de performance sportive	SSPE	Service social de protection de l'enfance
CRSA	Conférence régionale de santé	SSR	Soins de suite et de réadaptation
CSAPA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie	TCAM	Taux de croissance annuel moyen
DPC	Développement professionnel continu	TMS	Troubles musculo-squelettiques
EEAP	Établissement pour enfants ou adolescents polyhandicapés	UDAF	Union départementale des associations familiales
Ehpad	Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	UHR	Unité d'hébergement renforcée
EPCI	Établissement public de coopération intercommunale	ULIS	Unité localisée pour l'inclusion scolaire
EPE	École des parents et des éducateurs	UNAFAM	Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques
ESAT	Établissement et service d'aide par le travail	URPS	Union régionale des professions de santé
ESP CLAP	Équipe de soins primaires coordonnée localement autour du patient	USLD	Unité de soins de longue durée
ETP	Équivalent temps plein	VADS	Voies aérodigestives supérieures
Fam	Foyer d'accueil médicalisé	VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
FFRSP	Fédération française des réseaux de santé en périnatalité		
GEM	Groupe d'entraide mutuelle		



# Diagnostic local de santé 2018

Communauté de communes  
**Châteaubriant-Derval**

Afin de poursuivre sa démarche de démocratie sanitaire sur le territoire, et avec la volonté de partager avec l'ensemble des acteurs locaux (professionnels de santé et du secteur médicosocial, élus...) une meilleure connaissance des enjeux locaux, la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) a sollicité l'Observatoire régional de la santé (ORS) des Pays de la Loire pour réaliser un diagnostic territorial de santé à l'échelle de la Communauté de communes de Châteaubriant-Derval.

Ce diagnostic vise à établir un état des lieux objectif et étayé de la situation sanitaire et sociale du territoire afin de contribuer à l'identification des besoins locaux de santé. Il comprend l'analyse approfondie de données quantitatives, enrichie et mise en perspective par des entretiens menés auprès d'habitants et d'acteurs de la prévention et promotion de la santé du territoire.

Cette étude a été financée par la CRSA.

## **Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire**

Hôtel de la région • 1 rue de la Loire • 44966 Nantes Cedex 9

Tél. 02 51 86 05 60 • Fax 02 51 86 05 75

accueil@orspaysdelaloire.com • www.santepaysdelaloire.com