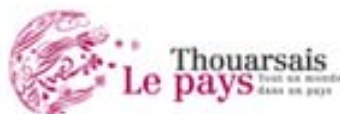


Diagnostic santé-social du Pays Thouarsais

● DIAGNOSTIC

● PAYS THOUARSAIS

Avec le financement de :



Avec la collaboration de :



VUE D'ENSEMBLE

SOMMAIRE

Présentation de la démarche et des objectifs

Dans le contexte de la territorialisation des politiques de santé, les acteurs des pays et agglomérations mènent des actions en faveur de la santé entendue au sens large, en incluant la prévention au-delà du curatif et en croisant les enjeux de santé avec ceux du développement local. Le « Panorama de la santé en Poitou-Charentes » réalisé dans le cadre des travaux du plan régional de santé publique (PRSP), ainsi que l'« Atlas social en Poitou-Charentes », sont des supports de ces diagnostics santé-social à l'échelle des pays.

L'objectif de ces diagnostics est, d'une part, de permettre aux acteurs locaux de mieux appréhender les problèmes de santé constatés sur leur territoire, de se les approprier afin de mettre en place des actions concrètes, et d'autre part de mettre à disposition des territoires une méthodologie rigoureuse, validée par les différents partenaires (Agence régionale de santé, Conseil régional, Pays), et harmonisée de façon à permettre une lecture régionale à partir de données déjà disponibles.

Les limites d'interprétation

Les données présentées dans les diagnostics santé-social sont issues de sources statistiques existantes et n'ont pas fait l'objet d'enquêtes spécifiques. Par ailleurs, les fiches de ces panoramas locaux sont indépendantes les unes des autres et les données qui les composent ne peuvent en aucun cas être rapprochées les unes des autres pour établir des relations de cause à effet entre tel déterminant et tel problème de santé.

Il s'agit de données statistiques agrégées (dernière année disponible au moment de la rédaction) dont la qualité est variable selon les sources et les effectifs considérés.

DIAGNOSTIC SANTE-SOCIAL DU PAYS THOUARSAIS

Thème 1 : Données générales

- Fiche 1.1 : Présentation du Pays
- Fiche 1.2 : Revenus, emploi et données sociales
- Fiche 1.3 : Minima sociaux et bas revenus
- Fiche 1.4 : Accès aux soins et au logement

Thème 2 : Mortalité, morbidité et facteurs de risque

- Fiche 2.1 : La mortalité
- Fiche 2.2 : La morbidité
- Fiche 2.3 : Alcool, tabac et autres addictions

Thème 3 : Environnement et santé

- Fiche 3.1 : Eau et santé
- Fiche 3.2 : Air et santé

Thème 4 : Offre de prise en charge

- Fiche 4.1 : Personnes âgées à domicile
- Fiche 4.2 : Personnes âgées en établissement
- Fiche 4.3 : Handicap
- Fiche 4.4 : Santé mentale
- Fiche 4.5 : La prise en charge des enfants de moins de 6 ans

Fiche 5 : Typologie des cantons du territoire

Fiche 6 : Synthèse des entretiens réalisés auprès d'acteurs locaux

Glossaire

Données générales

Une organisation territoriale centrée autour d'un pôle principal, Thouars

Avec 9 928 habitants en 2007, Thouars rassemble près d'un quart de la population du Pays et concentre à elle seule 48 % de l'emploi. Elle accueille une partie importante des plus grands établissements présents sur le territoire et dispose d'un très bon niveau d'équipements en services de base.

Thouars génère ainsi une attractivité conséquente sur les actifs habitant le Pays. Des liens affirmés existent avec Louzy, Sainte-Verge et Saint-Jean-de-Thouars, pôles de proximité immédiate, où l'emploi et la population sont nettement moins importants. Ils contribuent activement à la dynamique territoriale organisée autour du pôle principal. Cet espace, dense, est plutôt dynamique en raison de l'augmentation de sa population et/ou de ses résidences principales.

Thouars est également attractif pour des actifs habitant dans des pôles extérieurs au Pays : Saumur au nord, Airvault au sud-est, Bressuire et Nueil-les-Aubiers à l'ouest.

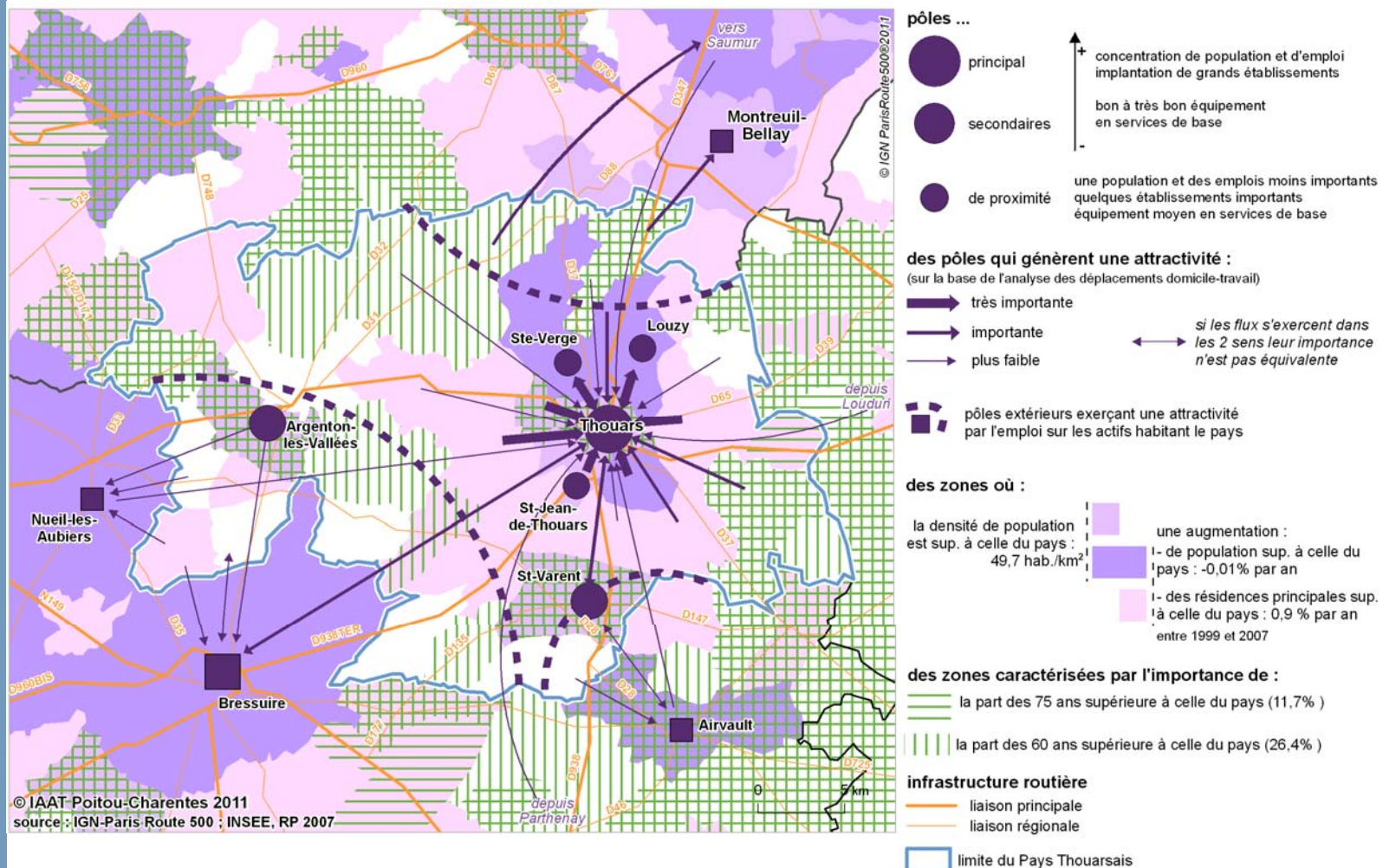
Deux pôles secondaires apparaissent également dans l'organisation territoriale du Pays : Argenton-Les-Vallées à l'ouest et Saint-Varent au sud-est. Connectés à Thouars, ils sont aussi et surtout tournés vers des pôles d'emploi extérieurs : Nueil-les-Aubiers et Bressuire pour Argenton-Les-Vallées et Airvault pour Saint-Varent.

Le nord du Pays est quant à lui en partie tourné vers Montreuil-Bellay et Saumur.

Les marges du Pays observent une part importante de personnes âgées de plus de 60 ans au nord, de plus de 75 ans au sud et à l'est. Ces populations sont également fortement présentes à Thouars et dans les pôles secondaires.

Un territoire très fortement polarisé par la ville de Thouars

Fiche 1.1 : Présentation du Pays



Pour en savoir plus :

- 1- Site Internet de l'Institut atlantique d'aménagement du territoire (IAAT) : <http://www.iaat.org>
- 2- Site Internet du Pays Thouarsais : <http://www.pays-thouarsais.com>

Données générales

Dynamiques démographiques

Le Pays Thouarsais compte 41 042 habitants en 2007. Il a perdu plus de 1 000 habitants depuis 1982. Mais cette diminution de population s'est ralentie et s'apparente à une stabilité (-0,01 % par an) entre 1999 et 2007. Sur cette même période, le nombre de ménages augmente de 0,9 %, signifiant une diminution de la taille des ménages présents sur le territoire.

La part des plus de 60 ans est très proche de celle observée en région (26,4 % contre 26,1 %). Ce sont les plus de 75 ans qui caractérisent le plus le territoire : ils représentent 11,7 % de la population du Pays Thouarsais contre 10,8 % en région.

Le revenu net annuel moyen par foyer fiscal est plus faible qu'au niveau départemental et régional. La part de foyers fiscaux imposables est inférieure de 4,5 points à celle du département et de la région.

Un taux d'emploi élevé

Le Pays Thouarsais observe un taux d'emploi des 15-64 ans de 66,8 %, nettement plus élevé qu'en région (63,7 %) mais d'1 point inférieur à celui des Deux-Sèvres (67,8 %). Le taux d'emploi des femmes est lui aussi relativement élevé (61,4 %).

L'indicateur de chômage de 7,3 % (Catégorie A), semblable à celui du département, est relativement faible, comparé à celui de la région (9,1 %).

Si le secteur des services est le principal employeur du territoire (47,5 %), l'importance de l'emploi dans l'industrie (24,5 %, soit 9 pts de plus qu'au niveau régional) et dans l'agriculture (près de 10 % soit 3,7 pts de plus qu'en région) est caractéristique du territoire, comparé à la situation régionale et départementale.

Le tissu économique

94 % des établissements ont moins de 20 salariés. De grands établissements (7 de 200 à 499 salariés et 1 de 500 à 999 salariés) relevant notamment des secteurs de l'industrie et des services sont présents sur le territoire. Quatre d'entre eux sont implantés sur la seule commune de Thouars.

Un territoire marqué par l'industrie et l'agriculture

Fiche 1.2 : Revenus, emploi et données sociales

| | Pays Thouarsais | Deux-Sèvres | Poitou- Charentes | unités |
|---|--------------------|-------------|----------------------|------------------------|
| Population en 2007 | | | | |
| Nombre d'habitants | 41 042 | 362 943 | 1 739 769 | habitants |
| Densité de population en 2007 | 49,7 | 60,5 | 67,4 | hab. / km ² |
| Evolution de population entre 1999 et 2007 | -0,01 | 0,7 | 0,7 | en % / an |
| Nombre de ménages | 17 677 | 155 475 | 771 744 | ménages |
| Part dans la population totale | | | | |
| des moins de 20 ans | 23,1 | 23,4 | 22,6 | % |
| des plus de 60 ans | 26,4 | 25,2 | 26,1 | % |
| dont : | | | | |
| des 60-74 ans | 14,8 | 14,6 | 15,3 | % |
| des 75 ans et plus | 11,7 | 10,6 | 10,8 | % |
| Part des femmes dans la population totale | 50,9 | 50,9 | 51,5 | % |
| Part des femmes de 60 ans et plus dans la population des 60 ans et plus | 55,8 | 55,5 | 56,2 | % |
| Part des femmes de 75 ans et plus dans la population des 75 ans et plus | 60,3 | 60,3 | 61,3 | % |
| Part des 15 ans et plus sans diplôme | 23,3 | 19,1 | 19,1 | % |
| Part des femmes de 15 ans et plus sans diplôme | 24,1 | 19,6 | 19,9 | % |
| Logement en 2007 | | | | |
| nombre total de logements | 20 471 | 175 394 | 966 703 | logements |
| résidences principales | 86,4 | 88,7 | 79,8 | % |
| résidences secondaires ou occasionnelles | 5,6 | 5,1 | 13,3 | % |
| logements vacants | 8,0 | 6,2 | 6,9 | % |
| Evolution entre 1999 et 2007 | | | | |
| du total des logements | 0,9 | 1,2 | 1,6 | % |
| des résidences principales | 0,9 | 1,4 | 1,5 | % |
| des résidences secondaires ou occasionnelles | -0,4 | 1,0 | 2,6 | % |
| des logements vacants | 1,8 | -0,4 | 1,1 | % |
| nombre de résidences secondaires pour 100 résidences principales | 6,5 | 5,8 | 16,6 | % |

source : INSEE, RP 2007

| | Pays Thouarsais | Deux-Sèvres | Poitou- Charentes | unités |
|---------------------------------------|--------------------|-------------|----------------------|---------|
| Emploi en 2007 | | | | |
| Nombre total d'emplois | 16 156 | 154 853 | 694 064 | emplois |
| Taux d'emploi de 15-64 ans | 66,8 | 67,8 | 63,7 | % |
| Taux d'emploi des femmes de 15-64 ans | 61,4 | 63,6 | 59,4 | % |
| par secteur d'activité | | | | |
| Agriculture, sylviculture et pêche | 9,7 | 6,5 | 6,0 | % |
| Industrie | 24,5 | 17,3 | 15,6 | % |
| Construction | 7,1 | 7,5 | 7,7 | % |
| Commerce | 11,2 | 12,5 | 13,2 | % |
| Services | 47,5 | 56,1 | 57,4 | % |

source : INSEE, RP 2007

| | Pays Thouarsais | Deux-Sèvres | Poitou- Charentes | unités |
|--|--------------------|-------------|----------------------|--------|
| Demandeurs d'emploi en fin de mois (DEFM) au 31 décembre 2010 | | | | |
| DEFM tenus de faire des actes positifs de recherche d'emploi, sans emploi (Cat. A) | 1 319 | 20 384 | 114 276 | defm |
| DEFM tenus de faire des actes positifs de recherche d'emploi (Cat. ABC) | 2 472 | 11 703 | 70 526 | defm |
| Indicateur de chômage DEFM Cat. A | 7,3 | 7,1 | 9,1 | % |
| Indicateur de chômage DEFM Cat. ABC | 12,8 | 11,7 | 14,0 | % |

Source : Pôle emploi, Dares, STMT

| | Pays Thouarsais | Deux-Sèvres | Poitou- Charentes | unités |
|--|--------------------|-------------|----------------------|--------|
| Revenus en 2008 | | | | |
| Revenu net annuel moyen par foyer fiscal | 19 439 | 20 745 | 20 900 | euros |
| Part des foyers fiscaux imposables | 45,2 | 49,5 | 49,7 | % |

Source : DGI, Ircom 2008

Nombre d'établissements par tranche d'effectif salarié selon le secteur d'activité sur le Pays Thouarsais (hors agriculture)

| | 0 salarié | 1 à 9 salariés | 10 à 19 salariés | 20 à 49 salariés | 50 à 99 salariés | 100 à 199 salariés | 200 salariés ou plus | Total |
|---|------------|----------------|------------------|------------------|------------------|--------------------|----------------------|--------------|
| Industrie | 60 | 70 | 18 | 24 | 3 | 5 | 5 | 185 |
| Construction | 111 | 97 | 17 | 11 | 3 | 0 | 0 | 239 |
| Commerce | 201 | 189 | 13 | 12 | 0 | 1 | 1 | 417 |
| Services marchands | 547 | 278 | 17 | 21 | 5 | 3 | 0 | 871 |
| Adm. Publique, éducation, santé et action sociale | 30 | 138 | 33 | 24 | 7 | 1 | 2 | 235 |
| Total | 949 | 772 | 98 | 92 | 18 | 10 | 8 | 1 947 |

source : INSEE - Sîrène, dénombrement des établissements au 1er janv. 2009

Pour en savoir plus :

1- Site Internet de l'Institut atlantique d'aménagement du territoire (IAAT) : <http://www.iaat.org>

Données régionales

Dans la région en 2010, plus de 167 000 personnes couvertes par les minima sociaux¹

En 2010 en Poitou-Charentes, 9,5 % de la population est couverte par au moins un minima social, soit 167 302 personnes. La Charente-Maritime et la Vienne sont les départements les plus concernés (9,6 % de leur population, soit 58 803 et 40 608 puis les Deux-Sèvres avec 7,8 % (28 592 personnes) et la Charente (7,2 % soit 45 426 personnes).

Source : INSEE (Tableau de bord social)

Des revenus globalement plus faibles pour la région et ses départements que sur l'ensemble de la France métropolitaine

Dans la région en 2009, 46,0 % des ménages fiscaux ne sont pas imposables. Ce taux est plus important dans les Deux-Sèvres (47,7 %) et en Charente (47,1 %) et aux alentours de 45 % dans les 2 autres départements. Le revenu médian² est plus faible dans les Deux-Sèvres que dans la région. Toutefois, celui-ci est plus faible dans la région que sur l'ensemble de la France métropolitaine : 17 334 € contre 18 355 €.

Source : INSEE (Dispositif revenus fiscaux localisés des ménages 2009)

¹ Minima social

RSA, AAH, ASS, Minimum Vieillesse (voir glossaire)

Le RSA remplace le RMI à partir du 1^{er} juin 2009. Il est versé à des personnes qui travaillent déjà et dont les revenus sont limités ou à des personnes sans activité, notamment les anciens bénéficiaires du RMI ou de l'API.

² Le revenu fiscal correspond à la somme des ressources déclarées par les contribuables sur la déclaration des revenus, avant tout abattement. Il ne correspond pas au revenu disponible. :

- Revenu médian : 50 % de la population vivent avec au maximum le montant indiqué ;
- Quartile : 25 % de la population déclarent au maximum le montant indiqué.

En 2010, plus de 3 400 personnes couvertes par au moins un minima social

Fiche 1.3 : Minima sociaux et bas revenus

Part de la population couverte par les minima sociaux en 2010 (en %)

| | Pays Thouarsais | Deux-Sèvres | Poitou- Charentes |
|---|--------------------|-------------|----------------------|
| Revenu de Solidarité Active (RSA) | 5,0 | 4,6 | 6,3 |
| Allocation Adulte Handicapé (AAH) | 2,4 | 2,2 | 2,2 |
| Allocation de Solidarité Spécifique (ASS) | 0,7 | 0,7 | 0,9 |
| Minimum vieillesse | 2,4 | 2,3 | 2,3 |
| Population couverte | 8,4 | 7,8 | 9,5 |

Source : INSEE (Tableau de bord social)

Exploitation : ORS Poitou-Charentes

Premier quartile² et médiane des revenus fiscaux en 2009 (en €)



■ Premier quartile des revenus fiscaux annuels ■ Médiane des revenus fiscaux annuels

Source : INSEE (Tableau de bord social)

Réalisation : ORS Poitou-Charentes

En 2010, plus de 3 400 personnes sont couvertes (bénéficiaires et ayants-droits) par au moins l'un des quatre minima sociaux, soit 8,4 % de la population du Pays Thouarsais (7,8 % en Deux-Sèvres et 9,5 % en Poitou-Charentes).

Le Revenu de solidarité active (RSA), l'Allocation adultes handicapés (AAH) et le minimum vieillesse sont les principales prestations sociales versées. Le RSA est la seule allocation sociale dont le taux de bénéficiaires, sur le Pays Thouarsais mais également dans le département, est inférieur au taux de la région. Pour les autres prestations, les taux sont comparables entre eux quel que soit l'échelon géographique. En 2010, le territoire du Pays Thouarsais compte 870 allocataires du RSA (soit 2 067 bénéficiaires). Parmi ces allocataires, 69,1 % sont des allocataires du RSA socle (RSA socle seul + RSA socle et activité), ce qui est comparable avec le département (68,5 %) mais inférieur à ce qui est observé dans la région avec 72,2 % d'allocataires.

Les RSA socle + activité et RSA activité bénéficient aux foyers ayant de petits revenus du travail, contrairement au RSA socle qui bénéficie aux personnes qui n'ont pas de revenus du travail.

En 2009, le Pays Thouarsais a un revenu fiscal médian de 15 855 € par unité de consommation, inférieur à ceux du département et de la région. Le premier quartile des revenus fiscaux, qui se situe à 11 329 €, est également inférieur à celui du département et de la région.

La convention de partenariat sur le canton du Saint-Varentais

Une convention de partenariat lie le centre socioculturel du saint-varentais, la maison de l'emploi et de la formation du Pays Thouarsais, le CCAS de Saint-Varent et le Syndicat intercommunal à vocation unique, la MSA, la CAF et l'entreprise d'insertion Porte ouverte emploi. Ce partenariat vise à réunir les compétences de chacun pour être un observatoire de la vie sociale et familiale locale. Pour formaliser cette coopération, un comité technique d'application est créé sous le nom de groupe technique qui est défini comme une instance de veille et de réflexion sur la vie sociale et familiale locale, un lieu d'échange sur les besoins repérés des familles du territoire, un lieu de valorisation des ressources des partenaires, un espace de partage de l'actualité de chacun des partenaires et enfin un lieu d'élaboration d'actions communes sur l'amélioration de la vie quotidienne par le lien social et familial. Ces partenaires se réunissent au minimum une fois par trimestre sous l'initiative du centre socioculturel et peuvent associer d'autres structures à leurs échanges en fonction des actions mises en place.

Pour en savoir plus :

1- INSEE Poitou-Charentes. **Bilan économique et social 2008 : Chômage**. Cahier de Décimal n° 52. Juin 2009. p.80-84.

2- INSEE Poitou-Charentes. Tableau de bord social. Site internet <http://www.insee.fr/fr/regions/poitou-charentes/default.asp?page=themes/dossiers/tbbs/tbsocial.htm>, visité le 8 décembre 2011.

Données régionales

Plus de 5 % de la population bénéficiant de la CMUc dans la région

En 2010, 5,4 % de la population régionale étaient couvertes par la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc). Dans la région, seule la Charente dépasse les 6 % (6,6 %). La Charente-Maritime et la Vienne comptent respectivement 5,5 % et 5,6 % de bénéficiaires de la CMUc, tandis que dans les Deux-Sèvres, 4,0 % de la population est concernée.

Près d'une personne sur dix est allocataire d'une aide au logement dans la région

En 2009, 9,9 % des habitants de la région Poitou-Charentes sont allocataires d'une aide au logement. Ce taux est plus élevé dans la Vienne (11,8 %), du fait notamment de la présence d'étudiants. Le département des Deux-Sèvres compte 8,5 % d'allocataires d'une aide au logement.

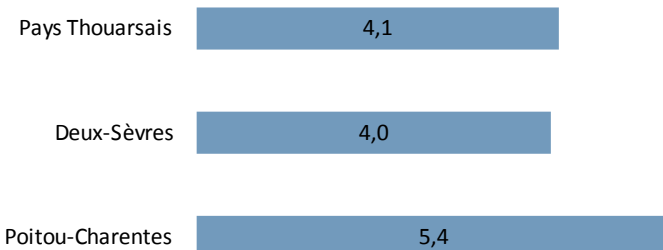
Un taux de logement social public comparable à la région

En 2010, le département des Deux-Sèvres compte 40 logements sociaux publics pour 1 000 habitants, contre une valeur régionale de 44 pour 1 000.

Un peu plus de 4 % de la population du Pays bénéficiant de la CMUc

Fiche 1.4 : Accès aux soins et au logement

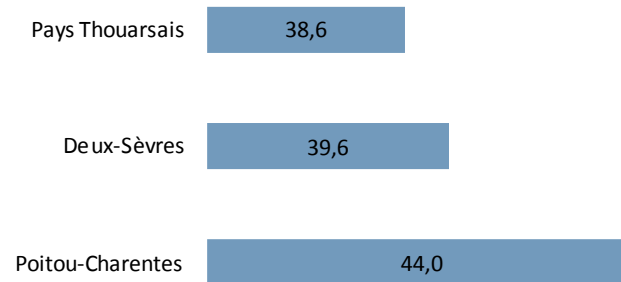
Part de la population couverte par la CMU complémentaire (assurés et ayants-droit) en 2010 (en %)



Source : Tableau de bord social INSEE (CPAM, MSA, RSI)

Exploitation : ORS Poitou-Charentes

Taux de logements sociaux publics en 2010 (pour 1 000 hab.)



Source : Tableau de bord social INSEE (DRE)

Exploitation : ORS Poitou-Charentes

En 2010, 1 704 personnes bénéficient de la couverture maladie complémentaire (CMUc) dans le Pays Thouarsais, soit 4,1 % de la population ; ce qui reste comparable à l'ensemble du département où 4,0 % de la population bénéficient de la CMUc (Poitou-Charentes : 5,4 %). Pour la période 2008-2010, l'évolution observée du nombre de bénéficiaires de la CMUc dans le Pays Thouarsais et dans la Région va dans le sens d'une augmentation, respectivement + 3,0 % et + 2,0 % alors que celle-ci est à la baisse dans les Deux-Sèvres (- 1,2 %).

Selon des données transmises directement par la CPAM de Niort (juin 2010) et la MSA des Deux-Sèvres (décembre 2010), le taux de bénéficiaires de la CMUc pour ces 2 régimes est plus important sur le canton de Thouars (4,3 %) puis sur Argenton-les-Vallées (3,2 %). Saint-Varent compte 2,2 % de bénéficiaires de la CMUc parmi la population générale.

En 2010, le Pays Thouarsais compte 39 logements sociaux pour 1 000 habitants (soit 1 558 habitations), ce qui est comparable au taux départemental (40 pour 1 000) mais inférieur au taux régional (44 pour 1 000). D'autre part, en 2009, le Pays Thouarsais comptabilise 3 573 allocataires de l'allocation logement, soit 8,7 % de sa population, ce qui est comparable au taux d'allocataires dans les Deux-Sèvres (8,5 %) et inférieur à celui du Poitou-Charentes (9,9 %).

Pour en savoir plus :

1. FNORS. *Inégalités socio-sanitaires en France, de la région au canton*. 2010. p. 62-67.
2. ORS Poitou-Charentes. *Précarité in Panorama de la santé Poitou-Charentes 2010*. Mars 2010. 2 p.
3. *Tableau de bord social Poitou-Charentes* : <http://www.insee.fr/fr/regions/poitou-charentes/default.asp?page=themes/dossiers/tbbs/tbsocial.htm>, visité le 3 mai 2011

L'accompagnement à l'examen de prévention du centre d'examen de santé (CES) des usagers de l'entreprise d'insertion Porte ouverte emploi (POE)

Les personnes bénéficiant d'un accompagnement dans le cadre de la structure d'insertion POE et présentant une problématique liée à la santé et/ou à l'accès aux soins se voient proposer une réunion d'information concernant la santé. Au cours de cette réunion, une infirmière du CES de Niort vient présenter le déroulement de l'examen de prévention. Suite à cette intervention, POE propose une aide à la constitution du dossier préalable à l'examen, organise le transport des personnes volontaires, voire l'accompagnement, en fonction de l'autonomie des groupes. En moyenne, cette initiative permet chaque année à deux groupes de huit ou neuf personnes de se rendre au CES. Toutefois, pour les personnes les plus éloignées des soins, les démarches à réaliser suite à cet examen (prises de rendez-vous chez un médecin généraliste ou chez des spécialistes, etc.) restent compliquées. Les salariés de POE s'interrogent quant aux actions à entreprendre pour améliorer cet accompagnement.

Mortalité, morbidité et facteurs de risque

En 1990, l'espérance de vie des picto-charentaises était de 81,8 ans, les plaçant au 1^{er} rang des régions françaises. Avec 74,2 années, les picto-charentais occupaient le 2^{ème} rang. En 2008, cette longévité atteint 84,8 ans pour les femmes (3^{ème} rang). L'espérance de vie des hommes passe, quant à elle, à 77,8 années (8^{ème} rang).

446 décès annuels dans le Pays Thouarsais dont 16 % avant 65 ans

Sur la période 2000-2008, 4 015 décès sont observés (2 192 chez les hommes et 1 823 chez les femmes), dont 648 prématurés² (avant 65 ans). Les maladies de l'appareil circulatoire⁵ sont à l'origine de 32 % des décès (contre 30 % en région), suivies par les tumeurs avec 28 %. Les causes extérieures de traumatismes et empoisonnements (suicide, accident de la circulation...) représentent 7 % des décès (contre 8 % en région) et les maladies de l'appareil respiratoire 6 %.

Chez les hommes, plus d'un décès sur cinq a lieu avant 65 ans

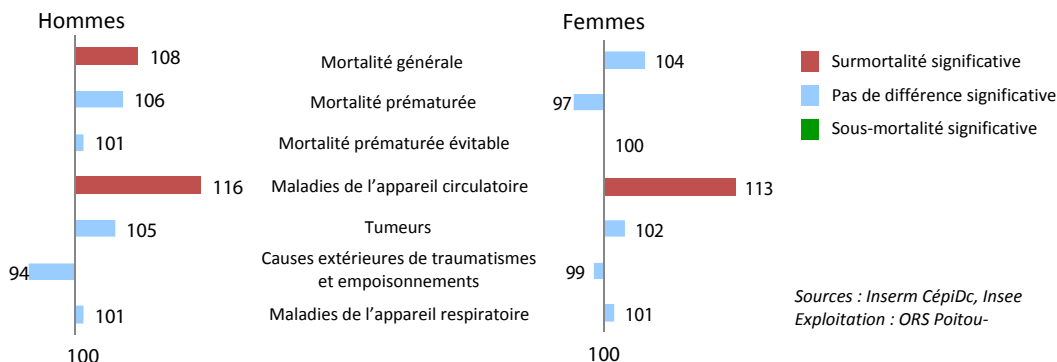
Les décès prématurés² sont plus fréquents chez les hommes que chez les femmes. Le Pays Thouarsais confirme cette règle avec 52 décès masculins annuels moyens sur la période 2000-2008, soit 21 % des décès, contre 20 dans la population féminine, soit 10 %.

Sur la même période, le taux de mortalité infantile⁴ du territoire est de 3,7 décès pour 1 000 naissances vivantes (3,6 ‰ en Poitou-Charentes), soit 1,8 décès en moyenne par an.

Une mortalité par maladies de l'appareil circulatoire supérieure au niveau régional

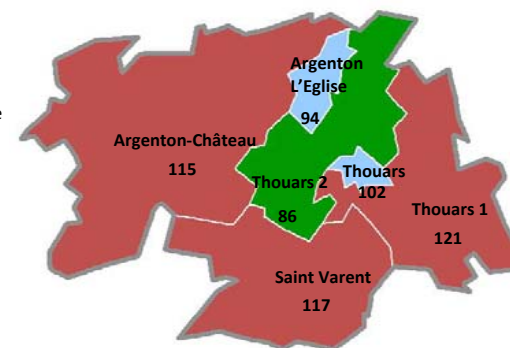
Fiche 2.1 : La mortalité

Indices comparatifs de mortalité¹ (ICM) du Pays Thouarsais pour la mortalité générale, prématurée², prématurée évitable³ et pour les principales causes de décès, selon le sexe entre 2000 et 2008 (ICM Poitou-Charentes = 100)



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

Indices comparatifs de mortalité¹ (ICM) toutes causes confondues dans les cantons du Pays Thouarsais, entre 2000 et 2008 (ICM Poitou-Charentes = 100)



Sources : Inserm CépiDc, Insee
Exploitation : ORS Poitou-

Sur la période 2000-2008 et à structure d'âge égale, la mortalité générale féminine du Pays Thouarsais n'est pas significativement différente de celle des picto-charentaises. Chez les hommes, cette mortalité se montre toutefois supérieure de 8 %. La fréquence des décès « prématurés »² (avant 65 ans) et « prématurés évitables »³ sont également comparables aux niveaux régionaux, chez les hommes comme chez les femmes.

Les différences de mortalité observées entre le territoire et la région pour les tumeurs, les causes extérieures de traumatismes et empoisonnements ainsi que les maladies de l'appareil respiratoire, n'apparaissent pas significatives. Toutefois la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire⁵ se révèle plus élevée dans le Pays Thouarsais, de 16 % chez les hommes et de 13 % chez les femmes.

À l'échelle des cantons, la mortalité générale est supérieure au niveau régional de 21 % pour Thouars 1, de 17 % pour Saint-Varent et de 15 % pour Argenton-Château. Elle se montre inférieure de 14 % pour Thouars 2. Dans le canton de Thouars, les décès « prématurés »² et « prématurés évitables »³ se révèlent plus fréquents de respectivement 34 % et 25 % par rapport au Poitou-Charentes. À l'inverse, la mortalité prématurée est 18 % plus faible dans le canton de Thouars 2.

Une surmortalité par maladies de l'appareil circulatoire de 48 % est observée pour Thouars 1, de 38 % pour Saint-Varent et de 11 % pour Thouars. Il existe également une surmortalité par tumeurs de 14 % dans le canton d'Argenton-Château par rapport au niveau régional. Le canton de Thouars 2 montre une sous-mortalité par causes extérieures de traumatismes et empoisonnements de 31 %. Concernant la mortalité par maladies de l'appareil respiratoire, aucune différence significative n'est mise en évidence au sein des cantons.

Pour en savoir plus :

- 1- Fnors. **Inégalités socio-sanitaires en France - De la région au canton**. 2010. 280 p.
- 2- ORS Poitou-Charentes. **Panorama de la santé Poitou-Charentes 2010**. Mars 2010. 152 p.
- 3- ORS Poitou-Charentes. **Atlas de la mortalité en Poitou-Charentes**. Mars 2009. 52 p.
- 4- Debarre J., Giraud J. **Typologie des cantons du Poitou-Charentes**. ORS Poitou-Charentes. Décembre 2007. 4 p.

¹ICM (indice comparatif de mortalité), ²mortalité prématurée, ³mortalité prématurée évitable, ⁴mortalité infantile : Voir glossaire

⁵Les cardiopathies ischémiques, les maladies vasculaires cérébrales et l'insuffisance cardiaque chronique représentent la majorité des maladies de l'appareil circulatoire. Les principaux facteurs de risque de leur survenue sont l'hypercholestérolémie, l'hypertension artérielle, le diabète, le tabagisme, l'alimentation et un mode de vie sédentaire.

Mortalité, morbidité et facteurs de risque

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

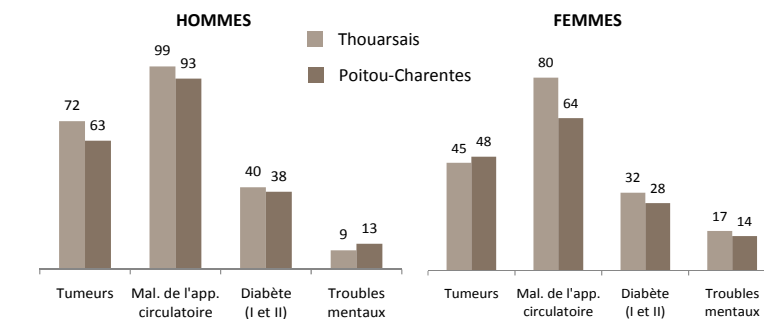
- **Les admissions en affection de longue durée (ALD) :** en cas d'affections nécessitant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le code de la sécurité sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré. La liste de ces affections dites de longue durée comporte trente affections ou groupes d'affections. Le dénombrement des nouvelles admissions en ALD pour une maladie fournit une évaluation de son incidence. Mais cette dernière, aussi qualifiée « d'incidence médico-sociale », comporte des biais conduisant le plus souvent à une sous-estimation de la morbidité réelle.

- **Le recours à l'hospitalisation :** les données de l'activité médicale recueillies dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) permettent d'analyser les maladies motivant les recours hospitaliers par l'exploitation du diagnostic principal défini, à la fin du séjour du patient, comme étant celui qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant. Les séjours considérés sont affectés au lieu de résidence du patient et concernent les unités de soins de courte durée MCO¹ des établissements de santé publics et privés. A noter que du fait du caractère médico-économique de ces données, leur principale limite est de ne repérer que la morbidité traitée par le système de soins.

Davantage d'admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires chez les femmes

Fiche 2.2 : La morbidité

Taux brut² annuel moyen d'admission en affection de longue durée (ALD) selon le sexe entre 2007 et 2009 (pour 10 000 habitants)



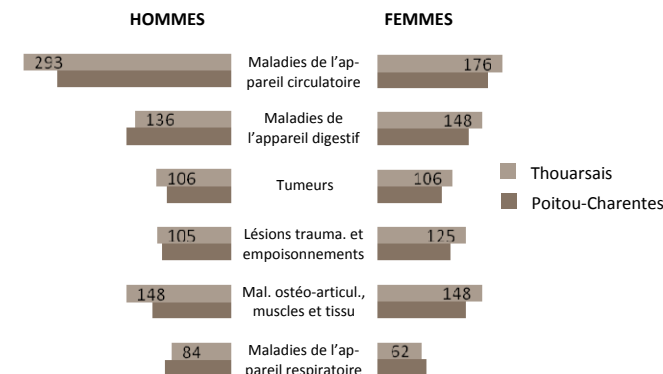
Sources : ALD inter-régimes, INSEE (RP 2007)

Exploitation : ORS Poitou-Charentes

Entre 2007 et 2009, 950 nouvelles admissions en affection de longue durée (ALD) sont enregistrées en moyenne par an dans le Pays Thouarsais, dont 54 % concernent des hommes. Les principaux motifs d'admission sont, chez les hommes comme chez les femmes : les maladies de l'appareil circulatoire (39 % des nouvelles admissions chez les hommes et 38 % chez les femmes), les tumeurs (29 % et 21 %), le diabète (16 % et 15 %) et les troubles mentaux (4 % et 8 %). La part des admissions pour maladies de l'appareil circulatoire chez les femmes du Pays est significativement supérieure à celle de la région (+ 5 points), tout comme les admissions pour tumeurs chez les hommes (+ 3 points).

Pour les deux sexes, les taux bruts d'incidence toutes causes d'admissions confondues sont supérieurs dans le Pays à ce qui est observé pour la région : 253 contre 240 pour 10 000 chez les hommes et 211 contre 192 chez les femmes. Chez les hommes, les taux bruts d'incidence du Pays se montrent les plus élevés par rapport au niveau régional pour les tumeurs (72 contre 63). Chez les femmes, il s'agit très nettement des maladies de l'appareil circulatoire (80 contre 64). A l'échelle cantonale, Argenton-l'Église et Argenton-Château révèlent les plus forts taux d'entrées en ALD chez les hommes (respectivement 276 et 263). Chez les femmes, il s'agit très nettement de St Varent (268) en raison d'une fréquence élevée d'admissions pour maladies de l'appareil circulatoire et pour diabète.

Taux brut² de recours hospitalier pour les principaux séjours³ en soins de courte durée en 2009 (pour 10 000 habitants)



Sources : PMSI MCO, INSEE (RP 2007) Exploitation : ORS Poitou-Charentes

Selon les données du programme de médicalisation des systèmes d'information (court séjour) de 2009, les taux bruts de recours hospitalier des hommes du Pays Thouarsais sont sensiblement supérieurs au niveau régional pour les maladies de l'appareil circulatoire (293 contre 246) et les maladies ostéo-articulaires (148 contre 112). Chez les femmes, hormis les maladies de l'appareil respiratoire, le recours hospitalier pour les pathologies étudiées se montre légèrement supérieur à la valeur régionale.

Les habitants du Pays ont ainsi effectué 5 317 séjours³ en soins de courte durée en 2009. Les maladies de l'appareil circulatoire représentent à elles seules près d'un séjour sur cinq. Le taux brut de recours hospitalier est de 1 392 séjours chez les hommes et de 1 201 chez les femmes pour 10 000 habitants, ce qui est supérieur au niveau régional avec 1 249 hospitalisations pour 10 000 hommes et 1 106 hospitalisations pour 10 000 femmes.

Pour en savoir plus :

1- ORS Poitou-Charentes. **Panorama de la santé Poitou-Charentes 2010**. Mars 2010. 152 p.

¹MCO : champ de Médecine, Chirurgie et Obstétrique ; ²Taux brut : voir glossaire ; ³Exclusion des séjours pour grossesse et accouchement, séjours des nouveau-nés, séances et séjours de moins de deux jours, séances et traitements itératifs

Mortalité, morbidité et facteurs de risque

Entre 2000 et 2008, 18 décès annuels moyens liés à la consommation d'alcool

Dans le Pays Thouarsais, 158 décès seraient attribuables à la consommation d'alcool sur la période 2000-2008, soit 18 décès en moyenne par an (dont 85 % sont masculins). Parmi ces décès, 44 % ont pour cause un cancer des voies aérodigestives supérieures (VADS¹), 39 % une cirrhose ou maladie alcoolique du foie, et 18 % des troubles mentaux et du comportement liés à l'alcool comme la psychose alcoolique.

Entre 2000 et 2008, 67 décès annuels moyens liés à la consommation de tabac

Sur cette période, 606 décès en lien possible avec le tabagisme sont constatés, soit 67 décès par an (dont 63 % sont masculins). Parmi ces décès, 64 % ont pour cause une cardiopathie ischémique², 23 % un cancer de la trachée, des bronches et du poumon, et 13 % une bronchite chronique ou maladie pulmonaire obstructive.

L'offre de soins en addictologie

Le Centre Hospitalier Nord Deux-Sèvres (CHNDS) dispose d'une filière d'addictologie qui s'articule autour d'un CSAPA (centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie) présent sur le site de Thouars. Cette filière se compose d'une unité d'alcoologie (6 lits de sevrage et 24 lits de soins de suite et de réadaptation à vocation alcoologie) également localisée à Thouars, d'une unité de tabacologie proposant des consultations sur les trois sites du CHNDS, et d'un CDAG (centre de dépistage anonyme et gratuit) comprenant un accès aux soins pour toxicomanes situé à Bressuire.

Une surmortalité liée à l'alcool chez les hommes et liée au tabac chez les femmes

Fiche 2.3 : Alcool, tabac et autres addictions

Part des décès liés à la consommation d'alcool et de tabac dans la mortalité générale sur la période 2000-2008 (%)

| | HOMMES | | FEMMES | |
|--|-----------------|------------------|-----------------|------------------|
| | Pays Thouarsais | Poitou-Charentes | Pays Thouarsais | Poitou-Charentes |
| ALCOOL | 6,1 | 5,5 | 1,3 | 1,5 |
| Cancers des VADS ¹ | 2,8 | 2,6 | 0,4 | 0,5 |
| Cirrhoses et maladies alcooliques du foie | 2,1 | 2,0 | 0,9 | 0,8 |
| Troubles mentaux et du comportement liés à l'alcool | 1,2* | 0,8 | 0,1** | 0,2 |
| TABAC | 17,3 | 17,5 | 12,5* | 10,2 |
| Cardiopathies ischémiques | 9,5* | 7,9 | 9,9* | 6,9 |
| Cancers de la trachée, des bronches et du poumon | 5,4* | 7,3 | 1,0* | 1,9 |
| Bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives | 2,3 | 2,3 | 1,5 | 1,4 |

* différence significative avec la région au risque 5 %

** La significativité ne peut être testée en raison de la faiblesse des effectifs observés

Source : Inserm CépiDc

Exploitation : ORS Poitou-Charentes

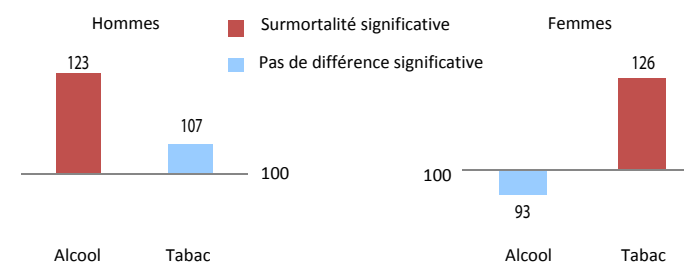
Dans le Pays Thouarsais, la part des décès liés à la consommation d'alcool dans la mortalité générale sur la période 2000-2008, est de 6,1 % chez les hommes et de 1,3 % chez les femmes, sans différences significatives avec la région. L'étude plus détaillée des causes de décès ne montre également pas de différence concernant la mortalité par cancer des VADS et par cirrhose ou maladie alcoolique du foie. Seule la part des décès masculins pour les troubles mentaux et du comportement liés à l'alcool se révèle statistiquement supérieure à celle observée au niveau régional.

La part des décès en lien possible avec le tabagisme est de 17,3 % chez les hommes et de 12,5 % chez les femmes, soit significativement plus que chez les picto-charentaises. La part des décès par cardiopathies ischémiques² se révèle statistiquement plus élevée dans le Pays que dans la région, contrairement aux décès par cancers de la trachée, des bronches et du poumon. Aucune différence significative n'est observée concernant la mortalité par bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives.

Pour en savoir plus :

- 1- ORS Poitou-Charentes. **Comportements et santé in Panorama de la santé Poitou-Charentes 2010. Alcool, Tabac, Drogues illicites**. Mars 2010. 6 p.
- 2- Le Minor L. **Tableau de bord des usages de produits psychoactifs en Poitou-Charentes**. CIRDD Poitou-Charentes. 2009. 96 p.
- 3- FNORS. **Les addictions dans les régions de France**. Les études du réseau des ORS. Paris. Septembre 2007. 101 p.

Indices comparatifs de mortalité³ (ICM) liée à la consommation d'alcool et de tabac dans le Pays Thouarsais sur la période 2000-2008 (ICM Poitou-Charentes = 100)



Sources : Inserm CépiDc, Insee

Exploitation : ORS Poitou-Charentes

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

A l'échelle du Pays Thouarsais, les indices comparatifs de mortalité³ (ICM) calculés sur la période 2000-2008, montrent une surmortalité masculine liée à la consommation d'alcool de 23 % par rapport à la région, ainsi qu'une surmortalité féminine en lien possible avec le tabagisme de 26 %.

A l'échelle cantonale, les ICM calculés pour les deux sexes confondus, ne montrent pas de différence significative par rapport à la région pour les décès liés à la consommation d'alcool, excepté pour Argenton-Château où apparaît une surmortalité de 54 %. Concernant les décès en lien possible avec le tabagisme, les indices révèlent une surmortalité de 44 % pour Thouars 1, de 29 % pour Saint-Varent et de 16 % pour Thouars.

¹VADS : voies aéro-digestives supérieures (lèvres, bouche, pharynx, larynx, œsophage). L'alcool et le tabac sont les principaux facteurs de risque des cancers des VADS.

²Cardiopathies ischémiques : insuffisance d'oxygénation du muscle cardiaque par rétrécissement des artères coronaires irriguant le cœur ; les formes les plus caractéristiques en sont l'angine de poitrine et surtout l'infarctus du myocarde.

³ICM (indice comparatif de mortalité) : voir glossaire.

Environnement et santé

Le Plan national santé environnement 2 (PNSE2) 2009-2013

Le PNSE2, adopté en juin 2009, est décliné en 58 mesures organisées en 16 fiches thématiques dont il ressort 12 mesures phares.

Celles abordant le thème de l'eau sont :

- Réduire les substances toxiques dans l'air et dans l'eau.
- Protéger la population des contaminations environnementales liées à l'eau.

Le Plan régional santé environnement 2 (PRSE2) 2011-2014

En décembre 2010, le PRSE2 est adopté. Il se compose de 5 thèmes :

- Air extérieur et vivre dehors
- Espaces intérieurs et lieux de vie
- Eau, source de vie
- Vivre mieux : maîtriser des nuisances et pollutions
- Information et formation : faire vivre le PRSE2

Conséquences de la qualité de l'eau de distribution sur la santé

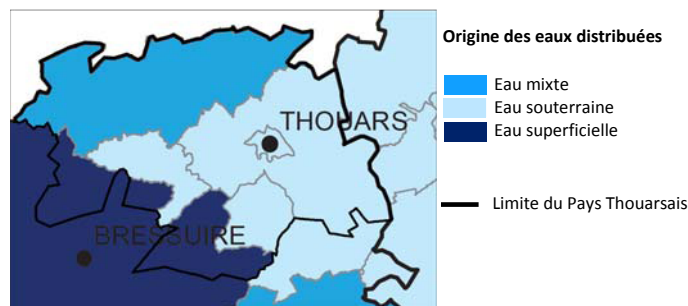
L'ingestion d'eau contaminée par une bactérie constitue un risque de troubles sanitaires à court terme (désordres intestinaux, vomissements, fièvre...). Ce risque dépend de l'état de santé général du consommateur, de sa sensibilité, de la nature et de la concentration des germes pathogènes présents dans l'eau et de la quantité d'eau ingérée.

Les nitrates peuvent se transformer en nitrites qui réduisent les capacités d'oxygénation des tissus. Les troubles provoqués sont plus ou moins graves. Les nourrissons et les femmes enceintes sont les sujets les plus sensibles. Les risques sanitaires liés à une exposition aux pesticides (désherbants, fongicides, insecticides) peuvent être dus à des intoxications aiguës des utilisateurs (absorption, contact cutané ou inhalation lors de la manipulation...). Les pesticides sont suspectés de présenter un risque à long terme par intoxication progressive (cancers, effets neurologiques, troubles de la reproduction).

Une eau de distribution principalement d'origine souterraine de bonne qualité

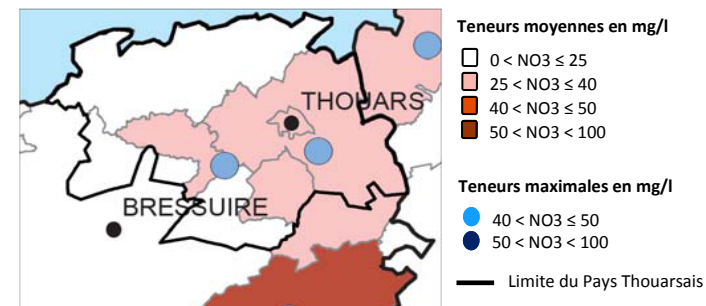
Fiche 3.1 : Eau et santé

Origine de l'eau distribuée sur le territoire du Pays Thouarsais en 2009



Source : ARS Poitou-Charentes

Teneurs en nitrates (NO₃) des eaux distribuées sur le territoire du Pays Thouarsais en 2009



Réalisation : ORS Poitou-Charentes

La majorité de la population du Pays Thouarsais est alimentée par des eaux souterraines, et dans une moindre mesure par des eaux mixtes, c'est à dire un mélange d'eau superficielle et souterraine. Toutefois, quelques zones du Pays Thouarsais sont approvisionnées par des eaux superficielles. Dans les Deux-Sèvres, l'alimentation en eau souterraine concerne 53 % de la population (64 % de la population picto-charentaise), 18 % en eau mixte (20 % au niveau régional) et 29 % en eau superficielle (16 % au niveau régional).

En 2009, les contrôles sanitaires réglementaires ne mettent en évidence aucun dépassement d'après le suivi des analyses bactériologiques sur le Pays Thouarsais. Il en est de même pour les pesticides. Concernant la teneur en nitrates (NO₃) des eaux distribuées sur le Pays Thouarsais, aucune unité de distribution n'est desservie par des eaux dont la teneur moyenne dépasse 40 mg/l. Cependant, on notera que pour deux unités de distribution, la concentration maximale en nitrate est comprise entre 40 et 50 mg/l : toutefois, ces valeurs n'ont nécessité aucune procédure particulière d'interdiction de consommation. Au-delà de 50 mg/l, la consommation d'eau est déconseillée aux populations à risques, c'est-à-dire aux femmes enceintes et aux nourrissons. 3,2 % de la population deux-sévrienne est concernée par une teneur moyenne en nitrates comprise entre 40 et 50 mg/l, moyenne supérieure à celle de la région Poitou-Charentes qui est de 2,7 %.

L'ARS Poitou-Charentes a effectué un bilan sur les périmètres de protection des captages d'eau destinée à la consommation humaine en Poitou-Charentes. Cette synthèse indique que 86 % de la population de la région consomment une eau issue d'un captage protégé par un arrêté préfectoral portant déclaration d'utilité publique. Près de 80 % des captages sont protégés en Poitou-Charentes, 96 % en Deux-Sèvres.

Pour en savoir plus :

- 1- ARS Poitou-Charentes. Les périmètres de protection des captages d'eau destinée à la consommation humaine en Poitou-Charentes. Bilan 2010 à l'échelle de la région. 2011. 6 p.
- 2- ARS Poitou-Charentes. Qualité des eaux Poitou-Charentes 2009. Février 2011. 19 p.
- 3- ARS Poitou-Charentes. 2^{ème} Plan régional santé environnement Poitou-Charentes. Décembre 2010. 118 p.
- 4- Site Internet de l'ARS Poitou-Charentes : <http://www.ars.poitou-charentes.sante.fr> - visité le 5 mai 2011.

Environnement et santé

Air extérieur

Les activités humaines, notamment les installations de chauffage et les transports routiers, génèrent des particules de taille et de composition diverses à effets pathogènes (problèmes cardiovasculaires, respiratoires, etc.). Les particules fines (2,5 micromètres au plus) représentent l'un des principaux facteurs de risque liés à la pollution de l'air en milieu urbain. Au niveau national, 27 % des émissions de particules fines sont dues à la combustion du bois, du charbon, du fioul... Les transports représentent quant à eux 11 % de cette production de particules fines. La France compte 3,5 millions de personnes souffrant d'asthme, les particules fines seraient à l'origine d'allergies auprès de 30 % de la population et de 42 000 morts chaque année, soit 5 % des décès.

Le Plan régional santé environnement 2 (PRSE2) 2011-2014 propose 3 actions sur ce thème, il s'agit de baisser les émissions de particules en améliorant la connaissance à ce sujet, de promouvoir les modes de déplacements alternatifs et mieux réguler la mobilité et de perfectionner l'information sur la prévention de l'asthme et des allergies.

Air intérieur

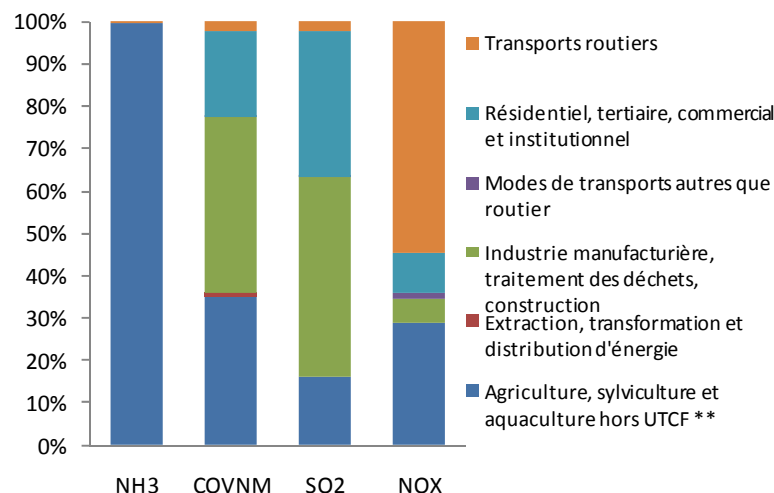
L'air intérieur peut être 5 à 10 fois plus pollué que l'air extérieur. Certains de ces composés volatils peuvent être toxiques, mutagènes ou cancérigènes.

Les actions citées dans le PRSE2 sont de renseigner sur la qualité de l'air intérieur, de protéger la santé des populations vivant en habitat insalubre, de diminuer l'incidence de la légionellose, de réduire l'exposition au radon, de prévenir de l'intoxication au plomb par une étude sur l'influence de la sensibilisation des professionnels de santé au dépistage, de réduire les intoxications au monoxyde de carbone, de collecter auprès des maîtres d'ouvrage les résultats des diagnostics techniques amiante sur les établissements recevant du public.

Des sources d'émission identiques mais en proportions variables selon les polluants

Fiche 3.2 : Air et santé

Estimation des émissions* de certains polluants pour les principaux secteurs d'activité dans le Pays Thouarsais en 2007 (en %)



Source : ATMO Poitou-Charentes, AREC Poitou-Charentes, DREAL, CETE de l'Ouest
Réalisation : ORS Poitou-Charentes

Polluants :

NH3 : ammoniac
NOx : oxydes d'azote
SO2 : dioxyde de soufre
COVNM : composés organiques volatils non méthaniques

Sources d'émissions :

** Agriculture, sylviculture et aquaculture hors Utilisation des Terres, leur Changement et la Forêt

* Les émissions sont estimées, à l'échelle des communes, à l'aide de facteurs d'émissions pour chacune des sources émettrices (agriculture, transport routier,...). Ces facteurs sont des valeurs qui permettent d'estimer les émissions en fonction d'une quantité d'activité et sont souvent présentés sous forme d'équations qui tiennent compte de plusieurs paramètres (température ou ensoleillement par exemple dans le cas d'émissions naturelles). Ces estimations sont naturellement liées à des incertitudes variables d'un polluant et d'un secteur d'activité à l'autre.

Pour en savoir plus :

- 1- ARS Poitou-Charentes. 2^{ème} Plan régional santé environnement Poitou-Charentes. Décembre 2010. 118 p.
- 2- Site du cadastre des émissions: www.emissions-poitou-charentes.org - visité le 12/07/2011
- 3- Site de l'Observatoire régional de l'environnement : www.observatoire-environnement.org (tout savoir sur l'air : les enjeux)
- 4- Site Atmo Poitou-Charentes : www.atmo-poitou-charentes.org - visité le 12/07/2011

Les oxydes d'azote (NO_x) regroupent le monoxyde d'azote (NO) et le dioxyde d'azote (NO₂). Le NO est un gaz irritant pour les bronches, il réduit le pouvoir oxygénateur du sang. Le NO₂ est un gaz irritant qui pénètre dans les plus fines ramifications des voies respiratoires. Il participe aux réactions atmosphériques qui produisent l'ozone troposphérique. Sur le Pays Thouarsais, en 2007, 84 % des émissions de NO_x résultent de deux sources principales : les transports routiers (55 % vs 60 % en Deux-Sèvres vs 65 % en Poitou-Charentes) et l'agriculture, sylviculture et aquaculture hors UTCF** (29 % vs 18 % en Deux-Sèvres vs 15 % en région).

Les composés organiques volatils non méthaniques (COVNM) proviennent notamment des transports (pots d'échappement, évaporation de réservoirs) ainsi que de l'activité industrielle (l'activité minière et pétrolière, l'industrie chimique, l'application de peintures et vernis et l'imprimerie). Les COVNM interviennent dans le processus de fabrication de l'ozone dans la basse atmosphère. Sur le Pays, 97 % des émissions sont dues à l'industrie manufacturière (42 % vs 38 % en Deux-Sèvres ainsi qu'au niveau régional), l'agriculture (35 % vs 33 % en Deux-Sèvres vs 30 % en région) et enfin le secteur résidentiel (20 % vs 23 % dans le département vs 34 % en Poitou-Charentes).

Les émissions de dioxyde de soufre (SO₂) sont directement liées aux teneurs en soufre des combustibles. Le dioxyde de soufre est un marqueur traditionnel de la pollution d'origine industrielle : les industries représentent 47 % des émissions de SO₂ du territoire (40 % en Deux-Sèvres vs 46 % en Poitou-Charentes). Le secteur résidentiel (fioul domestique) est la source d'émission dans 35 % des cas (40 % en Deux-Sèvres et 33 % au niveau régional). Enfin, l'activité agricole représente 16 % des émissions dans le Pays Thouarsais (17 % en Deux-Sèvres vs 14 % en Poitou-Charentes).

L'ammoniac (NH₃), irritant, à l'odeur piquante, peut provoquer des brûlures et des irritations pulmonaires. Il est émis lors de l'épandage des lisiers provenant des élevages d'animaux mais aussi lors de la fabrication des engrais ammoniacués. Dans le Pays Thouarsais, l'agriculture est responsable de l'intégralité des émissions d'ammoniac. Il en est de même aux niveaux départemental et régional (98 %).

Offre de prise en charge

Une part importante de population âgée

En 2007, 22 % des hommes et 32 % des femmes sont âgés de 65 ans et plus sur les cantons de Thouars. La population est un peu moins âgée sur les cantons de Saint-Varent avec 19 % des hommes et 23 % des femmes âgées de 65 ans et plus. Ces taux sont plus importants que sur le département et la région (département : 18 % des hommes et 22 % des femmes ; région : 18 % des hommes et 23 % des femmes). Sur le Pays, les 75 ans et plus représentent 11,6 % de la population (10,6 % dans le département et 10,8 % dans la région).

Une offre de prise en charge départementale plus élevée que sur l'ensemble de la région

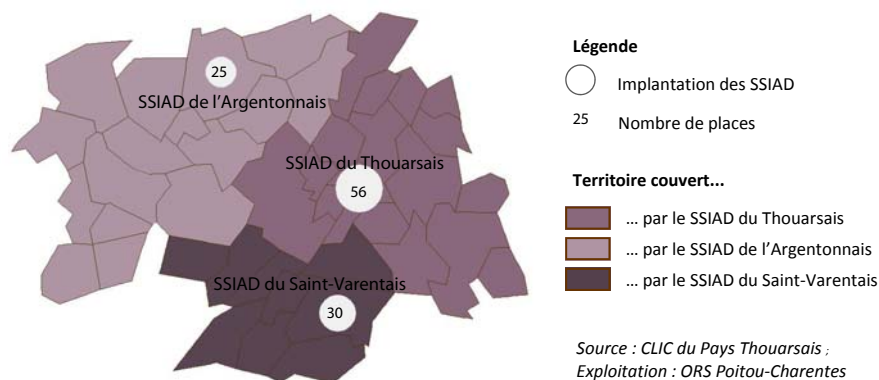
Le Poitou-Charentes compte au 1^{er} janvier 2010, 429 places en accueil de jour, dont le quart se trouve dans les Deux-Sèvres (107). Dans la région, 3 614 places en services de soins infirmiers à domicile sont disponibles, dont 25 % (745) dans les Deux-Sèvres. Rapporté à la population âgée de 75 ans et plus, le taux d'équipement en place de services de soins infirmiers à domicile dans les Deux-Sèvres est de 19,1 pour 1 000 contre 18,9 pour la région.

*Pour bénéficier de l'APA, il faut être âgé de 60 ans minimum et avoir une perte d'autonomie évaluée à partir d'une grille nationale (AGGIR). L'APA peut concerner une personne vivant à domicile ou en institution.

Un secteur relativement bien couvert par les services d'aide à domicile

Fiche 4.1 : La prise en charge des personnes âgées à domicile

Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) en juillet 2011



En 2007, 1 698 personnes âgées de 75 ans et plus vivent seules, soit près de 36 % d'entre elles (proportion identique à la moyenne régionale). Le territoire est couvert par trois services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). En juillet 2011, ces services offrent 111 places pour 4 782 personnes âgées de 75 ans et plus (recensement 2008), soit un taux d'équipement de 23,2 pour 1 000 contre une moyenne départementale de 19,1 et une valeur régionale de 18,9 au 1er janvier 2010 (STATISS 2010). Le taux d'équipement rapporté aux personnes de 60 ans et plus vivant à domicile est de 13,3 pour 1 000, avec des variations importantes entre territoires : 9,9 pour le territoire couvert par le SSIAD de l'Argentonnois, 12,4 pour le territoire couvert par le SSIAD du Thouarsais et 22,8 pour le territoire couvert par le SSIAD du Saint-Varentais.

Concernant les services d'aide à domicile, en juillet 2010, 14 services interviennent sur le Pays.

Au 31 décembre 2010, selon les services du Conseil Général, 598 personnes âgées de 60 ans et plus vivant à domicile perçoivent l'APA* dans le Pays Thouarsais soit 72 pour 1 000 personnes vivant à domicile. Ce taux est plus important que sur l'ensemble du département (54 pour 1 000) et de la région (56), ce qui pourrait témoigner de plus grandes difficultés à entrer en Etablissement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sur le territoire. Les personnes les plus dépendantes (GIR 1 et 2), représentent 14,4 % de l'ensemble des bénéficiaires à domicile contre 18,3 % dans le département et 20,2 % dans la région.

Pour en savoir plus :

- 1- ORS Poitou-Charentes. **Territoire et vieillissement**. Mai 2011. 62 p.
- 2- Conseil général des Deux-Sèvres. **Schéma gérontologique 2010-2014**. 108 p.
- 3- ORS Poitou-Charentes. **Aide et soins aux personnes âgées in Panorama de la santé Poitou-Charentes 2010**. Mars 2010. 2 p.
- 4- Conseil Général des Deux-Sèvres : <http://www.deux-sevres.com/deux-sevres/default.aspx>

Les structures d'aide à domicile intervenant sur le Pays en juillet 2011

Gestion communale

- SIVU de St-Martin de Sanzay
- CIAS de l'Argentonnois
- SIVU de St-Varent
- CCAS de Mauzé-Thouarsais
- CCAS de Thouars
- CCAS de Sainte-Verge

Gestion associative

- ADMR de Oiron
- ADMR d'Argenton les Vallées
- Familles rurales
- Proxim'Services Thouars et POE
- La BAC et Proxim'Services Bressuire
- Adomicil 79
- APEF 79 (sur tout le département)
- Service assistant maison (sur tout le Pays Thouarsais)

Source : CLIC Thouarsais

Exploitation : ORS Poitou-Charentes

Articulation CLIC / Réseau APA sur le Thouarsais

Le CLIC, présent sur le Thouarsais assure les missions d'accueil, d'information et de mise en relation sur toutes les questions relevant de l'accompagnement des personnes âgées de plus de 60 ans. Cet accompagnement peut concerner les usagers eux-mêmes ou les personnes qui les accompagnent : aidants familiaux, familles, voisins, professionnels, etc. La réorganisation souhaitée par le Conseil général en 2009 a signifié pour les CLIC un recentrage sur les missions d'orientation de la population et de mise en réseau de l'offre territoriale. Cet aspect est du ressort du Conseil général *via* ses équipes d'évaluateurs APA ou du Réseau de santé quand ce dernier est sollicité au regard d'une problématique sanitaire à domicile. A noter que les CLIC et le Réseau nord Deux-Sèvres sont hébergés dans les antennes médicosociales du Conseil général et disposent des mêmes territoires d'intervention que ces antennes.

Les CLIC sont donc la porte d'entrée. Ils identifient les demandes et font le lien avec les autres acteurs : assistantes sociales du Conseil général ou des caisses de retraite, évaluateurs de l'APA du Conseil Général et Réseau de santé pour les situations plus sanitaires. Ce travail se mène en lien avec tous les acteurs gérontologiques du territoire : Services d'aide à domicile, services de soins infirmiers à domicile, établissements, professionnels de santé libéraux, etc. Le CLIC a également un rôle d'animation et de développement d'actions collectives (conférence, formation, prévention, etc.).

Offre de prise en charge

Un équipement régional supérieur à la moyenne métropolitaine

En janvier 2010, le Poitou-Charentes a un meilleur taux d'équipement en structures d'hébergement pour personnes âgées que la France métropolitaine (135 lits pour 1 000 habitants de 75 ans et plus contre 95) et une capacité supérieure en lits médicalisés (117 contre 101 lits pour 1 000 habitants de 75 ans et plus).

A cette même date, le taux d'équipement en structure d'hébergement complet pour personnes âgées dans les Deux-Sèvres est le plus important de la région (157 pour 1 000 habitants de 75 ans et plus contre 135 en région). Le taux d'équipement en lits médicalisés (EHPAD et lits de soins de longue durée) est également le plus important (144 lits pour 1 000 habitants de 75 ans et plus contre 117 lits en région).

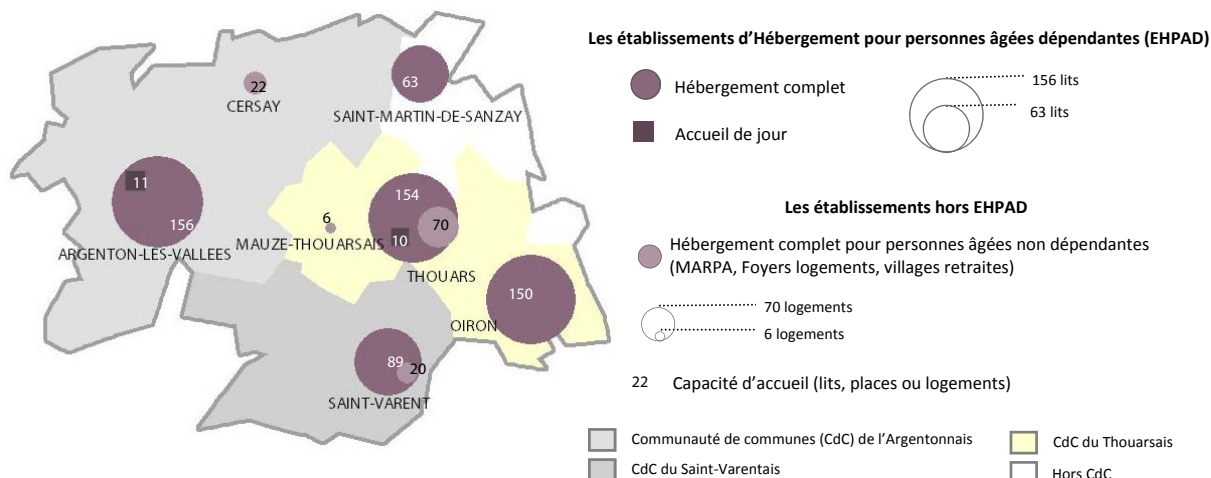
Estimation du nombre de personnes atteintes d'Alzheimer ou souffrant de démences

D'après la cohorte PAQUID (étude INSERM), 17,8 % des personnes âgées de 75 ans et plus sont susceptibles de souffrir de démences, parmi lesquelles 80 % déclareraient un Alzheimer. Rapportés au nombre de personnes âgées de 75 ans et plus du Pays Thouarsais, 860 personnes seraient susceptibles de souffrir de démences dont 686 déclareraient un Alzheimer. Parmi ces personnes, toujours d'après les résultats de PAQUID, 72,1 % seraient des femmes (soit 620 pour le Pays) et 60 % vivraient à domicile (soit 516).

Un taux d'équipement en lits « médicalisés » moindre qu'au niveau départemental

Fiche 4.2 : La prise en charge des personnes âgées en établissement

Répartition des lits et places installés en établissements de prise en charge des personnes âgées (juillet 2011)



Source : CLIC du Thouarsais ; Réalisation : ORS Poitou-Charentes

En juillet 2011, le Pays Thouarsais compte 639 lits installés en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), répartis sur 6 établissements. Ces établissements proposent 21 places en accueil de jour et 7 lits en hébergement temporaire (HT). Parmi les 632 lits installés dédiés à l'hébergement permanent (HP), 22 sont destinés à l'accueil des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées (sur Thouars et Saint-Martin-de-Sanzay) et 27 sont des lits en unités de soins de longue durée (USLD à Thouars). Le territoire compte également 22 lits (dont 1 temporaire) en maison d'accueil rurale pour personnes âgées (MARPA) accueillant des personnes âgées non dépendantes en hébergement complet à Cersay et 26 logements en village retraite (Saint-Varent et Mauzé-Thouarsais). Le foyer logement situé à Thouars dispose de 67 lits en hébergement permanent et 3 lits en hébergement temporaire pour l'accueil de personnes âgées non dépendantes. Enfin, 2 familles d'accueil sont présentes sur le territoire. Sur le Pays Thouarsais, le taux d'équipement en structures d'hébergement complet (lits installés en HP, HT, USLD et logements) est de 157 pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus (recensement 2008). Ces taux d'équipement sont au 1^{er} janvier 2010 de 157 pour le département et de 135 pour la région (STATISS 2010). Le taux d'équipement en lits médicalisés (EHPAD et USLD) est de 132 pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus (recensement 2008) contre des taux moyens, au 1^{er} janvier 2010, de 144 pour le département et de 117 pour la région (STATISS 2010). En 2009, 428 personnes de 60 ans et plus bénéficient de l'APA en établissement.

Pour en savoir plus :

1. Conseil général des Deux-Sèvres. **Schéma gérontologique 2010-2014**. 108 p.
2. ORS Poitou-Charentes. **Aide et soins aux personnes âgées in Panorama de la santé Poitou-Charentes 2010**. Mars 2010. 2 p.
3. INSERM. Résultats PAQUID. Janvier 2004 : http://psychologie-m-fouchey.psyblogs.net/public/fichiers%20 joints/2004_Resultats_PAQUID.pdf

Le schéma gérontologique départemental pour personnes âgées 2010-2014

Les départements ont la responsabilité d'établir un schéma gérontologique. Dans les Deux-Sèvres, il a été élaboré avec l'ensemble des acteurs intervenant auprès des personnes âgées. Il dresse dans une première partie les nouveaux enjeux des politiques en direction des personnes âgées, liés notamment à l'augmentation de la dépendance, à la recomposition de la cellule familiale dans la société française et à la précarisation des personnes âgées dans le département. Quatre axes de travail sont développés dans le schéma 2010-2014 :

- Favoriser de bonnes conditions de vie à domicile, notamment en modernisant et structurant les services d'aide à domicile, en privilégiant le mode prestataire ;
- Anticiper l'avenir de l'hébergement des personnes âgées autour de « l'EHPAD de demain » (plateforme territoriale de services décloisonnant l'accueil en établissement et le soutien à domicile, contenant le prix de journée en EHPAD, développant l'accueil de personnes handicapées vieillissantes et l'accueil séquentiel en établissement) ;
- Mener des actions adaptées à la vie à domicile et en établissement ;
- Coordonner, communiquer, évaluer.

Offre de prise en charge

Le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) 2009-2013

Le PRIAC s'est fixé plusieurs priorités concernant les enfants et les adolescents en situation de handicap. En premier lieu, il s'agit de favoriser l'intégration sociale, scolaire et professionnelle des jeunes handicapés. La deuxième priorité est de compléter le dispositif d'accompagnement en institution, et la troisième consiste à renforcer les dispositifs de dépistage et d'accompagnement précoce.

Les enfants en situation de handicap

Selon l'enquête «établissements sociaux» (ES) 2006, 4 300 enfants et adolescents handicapés sont accueillis dans les structures médico-sociales du Poitou-Charentes : 75 % dans un établissement et 25 % dans un service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD). Le mode d'hébergement principal est la famille (plus de 60 %), suivi par les établissements (28 %) et les familles d'accueil (10 %). Plus de la moitié des enfants scolarisés (57 %) le sont dans un établissement de l'éducation nationale et 43 % dans une structure médico-sociale.

Les adultes en situation de handicap

Toujours selon l'enquête ES 2006, environ 4 000 adultes handicapés ont été accueillis dans les établissements de la région (maison d'accueil spécialisée (MAS), foyer d'accueil médicalisé (FAM), foyer de vie, foyer d'hébergement). Les MAS et les FAM ont vu leur capacité d'accueil augmenter de 45 % de 2001 à 2006. Ces structures prennent en charge les personnes les plus gravement handicapées. Dans l'ensemble des structures régionales, 71 % des adultes pris en charge ont une déficience intellectuelle.

* Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)

Un taux de bénéficiaires de l'AEEH inférieur au département

Fiche 4.3 : La prise en charge du handicap

Nombre de structures ou services d'accueil et capacités d'accueil dans le Pays Thouarsais pour enfants et adolescents en situation de handicap en 2011

| | Nombre de structures | Capacité d'accueil |
|---|----------------------|--------------------|
| Centre médico-psycho pédagogique | 1 | / |
| Service d'éducation spéciale et de soins à domicile | 1 | 19 |
| Institut médico-éducatif | 1 | 74 |
| Total | 3 | 93 |

Source : FINESS

Réalisation : ORS Poitou-Charentes

Nombre de structures ou services d'accueil et capacités d'accueil dans le Pays Thouarsais pour adultes en situation de handicap en 2011

| | Nombre de structures | Capacités d'accueil |
|---------------------|----------------------|---------------------|
| ESAT | 1 | 127 |
| Foyer de vie | 1 | 26 |
| Foyer d'hébergement | 1 | 46 |
| SAVS* | 1 | 40 |
| Total | 4 | 239 |

Source : FINESS

Réalisation : ORS Poitou-Charentes

En 2011, 3 structures et services médico-sociaux, pour enfants et adolescents, sont recensés sur le territoire du Pays Thouarsais, tous situés à Thouars. La capacité d'accueil est de 93 places au total. Le Centre médico-psycho-pédagogique (CMPP) accueille et accompagne des jeunes avec des troubles du caractère et du comportement. L'Institut médico-éducatif (IME) propose une éducation générale et professionnelle ainsi que des soins spécialisés pour déficients intellectuels. Cet établissement accueille les jeunes en semi-internat. De plus, 1 Service d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD) associé à l'IME permet de dispenser d'un hébergement médicalisé. En 2010 sur le pays Thouarsais, 122 jeunes de moins de 20 ans bénéficient de l'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) soit un taux de bénéficiaires de 12,8 pour 1 000 jeunes du même âge. Ce taux est inférieur au taux départemental (14,8) et comparable au taux régional (12,7).

En 2011, le territoire dispose de 4 structures ou services pour adultes handicapés de 20 à 59 ans, d'une capacité d'accueil totale de 239 places. Ces établissements proposent un accueil pour adultes avec retard mental moyen et déficients intellectuels. En 2009, sur le Pays Thouarsais, 637 adultes handicapés de 20 à 59 ans perçoivent l'AAH, soit un taux d'allocataires de 30,8 pour 1 000 habitants (Deux-Sèvres : 29,0 ; Poitou-Charentes : 29,3). L'AAH bénéficie à 979 personnes soit 2,4 % de la population totale du Pays.

Pour en savoir plus :

1. FNORS. *Inégalités socio-sanitaires en France, de la région au canton*. 2010. p. 58-62.
2. ORS Poitou-Charentes. *Aides et soins aux enfants en situation de handicap in Panorama de la santé en Poitou-Charentes* 2010. Mars 2010. 2 p.
3. Drass Poitou-Charentes. *L'accompagnement médico-social des jeunes handicapés en Poitou-Charentes in Com'Stat n°3*. Décembre 2008. 8 p.
4. Drass Poitou-Charentes. *L'accueil et l'encadrement des adultes handicapés dans les Etablissements et services d'aide par le travail in Com'Stat n°1*. Octobre 2008. 6 p.
5. Site Indis@nté : www.indisante.org visité le 9 mai 2011.
6. Site Finess : <http://finess.sante.gouv.fr> visité le 9 mai 2011.

Offre de prise en charge

Psychiatrie générale publique

Le Pays Thouarsais est rattaché aux secteurs de psychiatrie adulte du Centre Hospitalier Nord Deux-Sèvres (CHNDS) des sites de Thouars et de Bressuire. Le Pays dispose, sur la commune de Thouars, d'un Centre de Jour qui regroupe l'activité du centre médico-psychologique (CMP), du centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) et de l'hôpital de jour (20 places). Le même dispositif existe aussi sur Bressuire. L'extra hospitalier se complète par 12 places en accueil familial thérapeutique. Concernant l'hospitalisation à temps plein, à Thouars, 70 lits seront complétés à partir du 1^{er} octobre 2011 par l'ouverture d'une unité de 20 lits, 5 places d'accueil temporaire et 5 places d'hospitalisation de jour pour patients autiste adulte.

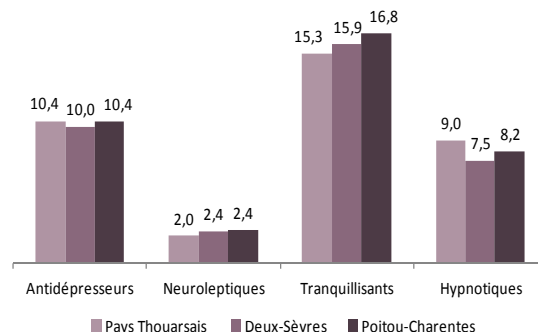
Psychiatrie infanto-juvénile publique

Rattaché au CHNDS, l'inter secteur de pédopsychiatrie Nord comprend sur chacun des sites de Thouars et de Bressuire : un CMP infanto-juvénile, une unité de consultations (Unité Médico-Psychologique pour enfants et adolescents : UMPEA), un hôpital de jour (20 places pour les 2 sites confondus) et une classe d'intégration spécialisée (24 places pour les 2 sites confondus).

Une mortalité par suicide comparable à celle de la région

Fiche 4.4 : La santé mentale

Taux de personnes consommant des médicaments psychotropes en 2009 (pour 100 assurés de 10 ans ou plus)



Sources : Assurance maladie (coordination régionale des CPAM, MSA, MFPS, MGEN, RSI),
Exploitation : ORS Poitou-Charentes

Dans le Pays Thouarsais, en 2009, environ 5 200 personnes ont consommé des tranquillisants, 3 600 des antidépresseurs, 3 100 des hypnotiques et 700 des neuroleptiques. Les taux de consommateurs d'antidépresseurs (10,4 %) et de neuroleptiques (2,0 %) se montrent proches de ceux du département ou de la région. Pour les tranquillisants, ce taux est plus faible qu'en région (15,3 % contre 16,8 %). Pour les hypnotiques, il se révèle plus élevé que celui des Deux-Sèvres (9,0 % contre 7,5 %).

Entre 2000 et 2008, 71 personnes sont décédées par suicide dans le Pays Thouarsais, soit 8 décès en moyenne par an. Les trois quarts des décès enregistrés concernent des hommes. Avec un indice comparatif de mortalité (ICM) de 83, les décès par suicide se montrent 17 % moins fréquents dans le Pays qu'au niveau régional. Le test statistique utilisé révèle que cet écart n'est pas significatif, c'est-à-dire qu'il ne reflète pas une réelle différence de mortalité. Selon le sexe, les différences de mortalité observées apparaissent également non statistiquement significatives.

Entre 2007 et 2009, 19 hommes et 35 femmes ont été nouvellement admis en moyenne par an en affections psychiatriques de longue durée (ALD 23). Le taux brut annuel moyen de nouvelles admissions est ainsi de 9 pour 10 000 hommes (contre 13 en Poitou-Charentes) et de 17 pour 10 000 femmes (contre 14 en Poitou-Charentes).

Mortalité par suicide dans le Pays Thouarsais sur la période 2000-2008

| Décès par suicide de 2000 à 2008 | Hommes | Femmes | Ensemble |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|
| Effectif cumulé | 53 | 18 | 71 |
| Effectif annuel moyen | 6 | 2 | 8 |
| Indice comparatif de mortalité (ICM) ¹ | 80 (NS) ² | 91 (NS) ² | 83 (NS) ² |

Sources : INSERM CépiDC, INSEE (2007)

Exploitation : ORS Poitou-Charentes

¹Les ICM ne peuvent pas être comparés les uns aux autres. La seule base de comparaison pour chaque sexe est la mortalité par suicide observée dans la population du Poitou-Charentes (ICM=100).

²NS : différence non significative avec la région au risque 5 %

Le renforcement du pôle de psychiatrie et d'addictologie de Thouars.

Le Centre Hospitalier Nord Deux-Sèvres conforte le pôle de psychiatrie et d'addictologie de Thouars à travers un projet médical, soignant et immobilier permettant d'améliorer les conditions d'hébergement des patients et de repenser les pratiques médicales. Ce projet porte sur une meilleure prise en compte de l'accueil des familles, une réorganisation de la prise en charge des malades alcooliques et des toxicomanes, ainsi que la création d'une unité pour autistes adultes.

Ce plan répond à un réel besoin car, en dépit de l'existence d'une vraie culture médicale en matière de psychiatrie et d'addictologie, les équipements ne sont plus adaptés. Si les nouveaux locaux de l'unité pour autistes adultes ont ouvert leurs portes en octobre 2011, le reste de cette mutation ne pourra s'effectuer qu'après le transfert hospitalier de la chirurgie et de la médecine vers Faye-l'Abbesse, soit d'ici trois ou quatre années.

Pour en savoir plus :

1- ORS Poitou-Charentes. **Bulletin d'observation en santé Le suicide en Poitou-Charentes**. Février 2011. 8 p.

2- ORS Poitou-Charentes. **Typologie cantonale de la santé mentale en Poitou-Charentes**. Avril 2010. 59 p.

3- Site internet de l'Association Régionale de Prévention du suicide et promotion de la santé mentale en Poitou-Charentes : <http://www.arp-preventionsuicide.fr>

Offre de prise en charge

La protection maternelle infantile (PMI)
Sous la responsabilité du médecin de PMI, ce service du conseil général concourt à la santé de la mère et de l'enfant de 0 à 6 ans. Ses missions sont : la planification familiale, le suivi des femmes enceintes, des enfants jusqu'à 6 ans et de leurs familles, la réalisation des bilans de santé en école maternelle (enfants de 3 à 4 ans), ainsi que l'agrément et le suivi des modes d'accueil petite enfance individuels et collectifs. Concernant les bilans effectués auprès des 4 ans, sur les 496 enfants du Pays scolarisés en 2010, 349 ont été vus par l'infirmière de PMI et 41 ont été revus par le médecin de PMI. Ces bilans ont permis de dépister des troubles du langage chez 11,7 % des enfants et des troubles visuels chez plus de 9 %.

Au sein de l'Antenne Médico-sociale (AMS) du conseil général, implantée sur la commune de Thouars, le service PMI comprend un médecin, une sage-femme, deux puéricultrices, une infirmière ainsi que du personnel administratif. En complément de cette équipe, intervient également une conseillère conjugale du centre de prévention l'Agora. Cette antenne offre également des consultations de planification et d'éducation familiale, dans les locaux de l'AMS d'une part mais également pour des consultations plus avancées au sein du CH Nord Deux-Sèvres à Thouars.

464 naissances dans le Pays en 2009

En 2009, 464 naissances vivantes ont été enregistrées. Le taux de fécondité du territoire est de 58 naissances vivantes pour 1 000 femmes en âge de procréer (15 à 50 ans) contre des moyennes départementale et régionale respectivement de 52 et 53.

Un taux d'équipement en places d'accueil collectif pour les 0 à 3 ans relativement faible

Fiche 4.5 : La prise en charge des enfants de moins de 6 ans

L'offre d'accueil des enfants âgés de 0 à 3 ans au 31 décembre 2010

| | Nbre de places d'accueil collectif (crèches, halte-garderie, multi-accueil) | Nbre de places en accueil individuel (chez les assistantes maternelles) | Taux d'équipement en accueil collectif (nbre de places pour 1000 enfants de 0 à 3 ans) | Taux de couverture théorique d'accueil (Nbre de places en accueil individuel ou collectif pour 100 enfants de 0 à 3 ans) |
|------------------------|---|---|--|--|
| Argenton-les-Vallées | 10 | 243 | 25,1 | 63 |
| St Varent | 0 | 135 | 0 | 61 |
| Thouars 1 | 50 | 256 | 138,1 | 85 |
| Thouars 2 | 34 | 242 | 80,4 | 65 |
| Pays Thouarsais | 94 | 876 | 66,9 | 69 |

Source : Conseil général des Deux-Sèvres

Réalisation : ORS Poitou-Charentes

En 2010, 94 places d'accueil collectif se répartissaient au sein des 5 structures petite enfance du Pays Thouarsais : la halte-garderie d'Argenton-les-Vallées, la micro-crèche de Louzy, le jardin d'enfants à Mauzé-Thouarsais et les deux multi-accueil implantés sur la commune de Thouars. En parallèle, toujours en 2010, 876 places sont recensées chez les 335 assistantes maternelles du territoire. Au total, rapporté au nombre d'enfants nés en 2008, 2009 et 2010, le taux d'équipement en places d'accueil collectif apparaît sur le Pays plus faible que la moyenne départementale : près de 67 places pour 1 000 enfants de 0 à 3 ans contre 80,1 en Deux-Sèvres. Si l'offre en accueil collectif est inférieur en Deux-Sèvres par rapport à la France, les possibilités d'accueil chez les assistantes maternelles sont pour leur part plus importantes. Les variations cantonales sont très importantes allant de 0 à plus de 138 places d'accueil collectif pour 1 000 enfants de 0 à 3 ans. Par ailleurs, en intégrant les places disponibles chez les assistantes maternelles, le taux de couverture théorique d'accueil sur le territoire est de 69 places tous modes d'accueil confondus pour 100 enfants âgés de 0 à 3 ans contre une moyenne départementale de près de 74 %. Selon les certificats de santé du 9^{ème} mois, 56 % des enfants de cet âge sont gardés (hors garde à domicile). Concernant les enfants âgés de deux ans, ils sont 71 % à être gardés.

Afin d'aider les parents actuels et futurs ainsi que les assistantes maternelles, le centre communal d'action sociale de la ville de Thouars a mis en place l'espace parents-enfants COLEG'RAM en partenariat avec des partenaires locaux (Mutualité sociale Agricole, Caisse d'allocations familiales, conseil général, centre socio-culturel, centre d'information sur les droits des femmes et des familles). Ce lieu constitue une ressource sur les droits et besoins des parents, sur le métier d'assistantes maternelles ainsi que sur les possibilités d'accueil de la petite enfance.

Pour en savoir plus :

- 1- CODES des Deux-Sèvres. **Santé de l'enfant et accompagnement à la parentalité**. 2010. 25 p.
- 2- ORS Poitou-Charentes. **Services de protection maternelle et infantile** in *Panorama de la santé en Poitou-Charentes 2010*. Mars 2010. 2 p.
- 3- ORS Poitou-Charentes. **Autour de la grossesse** in *Panorama de la santé en Poitou-Charentes 2010*. Mars 2010. 2 p.
- 4- ORS Poitou-Charentes. **Etat de santé de la naissance à 14 ans** in *Panorama de la santé en Poitou-Charentes 2010*. Mars 2010. 2 p.
- 4- Site Internet du Conseil Général des Deux-Sèvres : <http://www.deux-sevres.com/deux-sevres/default.aspx>

L'activité des services de santé scolaire

Le Pays Thouarsais est couvert par deux secteurs de santé scolaire : Saint-Varent et Thouars. Sur ces deux territoires, 3 infirmières scolaires sont présentes. Concernant le temps médical, seul un médecin intervient pour des demandes prioritaires sur le secteur de Saint-Varent tandis que celui de Thouars est dépourvu depuis la rentrée 2010. Les bilans qui sont réalisés chez les élèves scolarisés en classe de grande-section et CE1 doivent permettre de repérer et le cas échéant d'orienter les enfants pour des troubles visuels, auditifs, ou de l'apprentissage mais également pour des problèmes de surpoids ou de santé bucco-dentaire. En 2010-2011, sur le secteur de St-Varent, 24 % des enfants scolarisés en grande-section et 97 % des enfants de CE1 ont été vus. Concernant le Thouarsais, en 2008-2009 (dernière année disponible), près de 92 % des enfants de grande-section avaient été vus.

Santé de l'enfant et accompagnement à la parentalité

Une étude a été réalisée, sur le territoire du Pays Thouarsais, par l'IREPS (ex Comité Départemental d'Education pour la Santé) des Deux-Sèvres grâce au financement de l'Agence Régionale de Santé. Cette étude visait, d'une part, à dynamiser un réseau d'acteurs de proximité permettant une meilleure analyse des besoins des familles et des réponses à y apporter et d'autre part, à développer et valoriser les compétences parentales en terme d'éducation pour la santé de l'enfant. Au vu des résultats, quatre thèmes de travail ont pu être identifiés par le groupe de travail (PMI, Caisse d'Allocation familiale, Pays, centres sociaux, Mutualité Sociale Agricole, ville de Thouars) mis en place : l'alimentation, le développement de l'enfant, la vaccination, le sommeil et l'hygiène de vie.

Typologie

Une première typologie réalisée à la demande du Groupement régional de santé publique (GRSP)

En 2007, l'ORS Poitou-Charentes a mené, à la demande et avec le financement du GRSP, une étude visant à caractériser les cantons de la région à partir d'indicateurs sociodémographiques, d'offre de soins et d'état de santé. Cette approche a permis un premier ciblage de territoires cumulant indicateurs de mortalité et indicateurs sociodémographiques moins favorables. Des profils différents ont également été mis en évidence selon que les territoires sont ruraux, périurbains ou urbains.

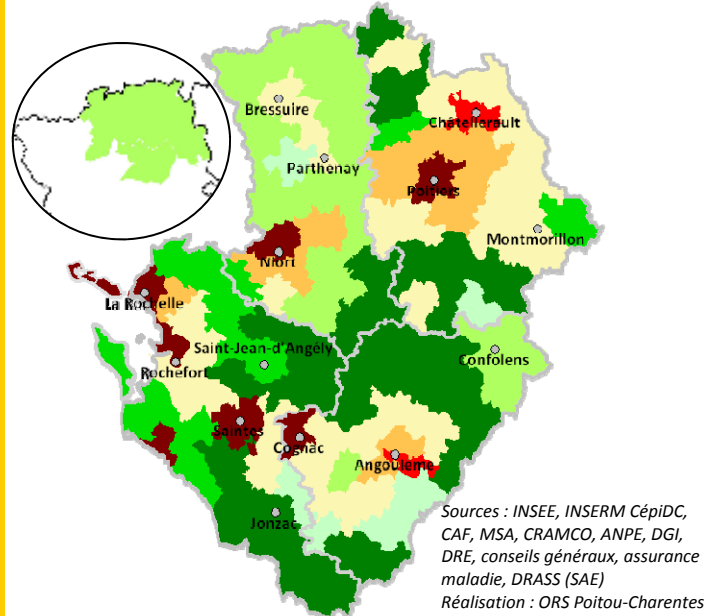
Une seconde typologie réalisée en 2010 sur les enjeux liés au vieillissement

A la demande de l'Agence régionale de santé, l'ORS a réalisé, selon la même méthodologie que celle utilisée en 2007, une typologie des cantons picto-charentais à partir d'indicateurs se rapportant aux enjeux du vieillissement. 35 indicateurs se répartissant en 3 thèmes (sociodémographique ; offre, accès et recours aux soins ; état de santé) ont ainsi été intégrés à l'analyse. Le caractère urbain ou rural du territoire apparaît comme très discriminant.

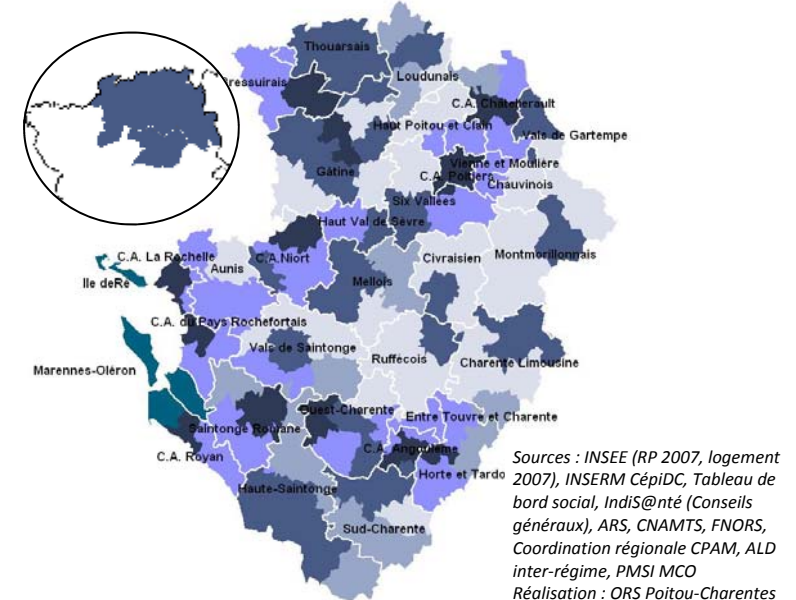
Les résultats de ces approches, si ils permettent un premier repérage de territoires et de thèmes, doivent être utilisés avec prudence. Aussi, les indicateurs qui caractérisent une classe ne peuvent pas être utilisés pour décrire isolément un canton particulier de cette classe. Les typologies obtenues permettent de dégager des ensembles géographiques relativement homogènes mais des contradictions peuvent exister entre la valeur d'un indicateur pour un canton et la valeur de ce même indicateur pour la classe à laquelle il appartient.

Fiche 5 : Typologie des cantons du territoire

Typologie des cantons de Poitou-Charentes en 2007



Typologie des cantons de Poitou-Charentes à partir d'indicateurs liés au vieillissement en 2010



Selon la typologie réalisée en 2007 par l'ORS, les cantons du Pays Thouarsais appartiennent à la classe 4 qui regroupe 19 cantons, situés très majoritairement en Deux-Sèvres, et 11 % de la population régionale. Cette classe se caractérise par une forte proportion d'ouvriers, une sous-mortalité pour le suicide et le cancer du poumon et une surmortalité pour les cancers de l'intestin.

L'approche réalisée en 2010 à partir d'indicateurs se rapportant aux enjeux liés au vieillissement a abouti à la répartition des cantons de Poitou-Charentes en 6 classes. Les cantons du Pays Thouarsais appartiennent à une classe représentant près de 23 % des cantons de la région. Cette classe est principalement marquée par des indicateurs de mortalité générale et par maladies cardiovasculaires défavorables ainsi que par une proportion de bénéficiaires d'un minimum vieillesse plutôt élevée. Ces territoires bénéficient d'un taux d'équipement en lits et place en établissement pour personnes âgées plus élevé que la moyenne régionale. La consommation de médicaments appartenant aux classes thérapeutiques « voie digestive et métabolisme » et « système cardiovasculaire » est relativement faible, ainsi que le recours à un médecin généraliste. Enfin, le taux de vaccination grippale est relativement peu important et la densité en infirmiers libéraux moins importante.

Pour en savoir plus :

- 1- ORS Poitou-Charentes. **Territoire et vieillissement en Poitou-Charentes : Cartographie des indicateurs et typologie des cantons.** Mai 2011. 61 p.
- 2- ORS Poitou-Charentes. **Typologie cantonale de la santé mentale en Poitou-Charentes.** Avril 2010. 56 p.
- 3- ORS Poitou-Charentes. **Typologie des cantons de Poitou-Charentes.** Décembre 2007. 4 p.

Objectifs et méthode

Objectif général

- Déterminer les problèmes de santé à prendre en compte de manière prioritaire dans une politique locale de santé.

Objectifs stratégiques

- Recueillir les points de vue d'acteurs du territoire concernant les problèmes prioritaires de santé des habitants du Pays Thouarsais
- Identifier les déterminants, notamment ceux sur lesquels une politique locale de santé peut influencer
- Identifier les partenariats existant et des actions concernant les problèmes identifiés
- Repérer les besoins et attentes des acteurs

Méthode

Sept entretiens collectifs ont été réalisés auprès de groupes thématiques : Collectivités locales, Personnes âgées, Enfance / jeunesse, Actifs, Institutions, Soins, Handicap. Ces entretiens ont été complétés d'entretiens téléphoniques individuels. Au total, 44 personnes ont été entendues, représentant 31 structures. Ces entretiens ont eu lieu en juin et juillet 2011. Ils ont fait l'objet d'une prise de notes et d'une analyse thématique de contenu.

Des entretiens réalisés auprès de 44 personnes, 31 structures

Fiche 6 : Synthèse des entretiens réalisés auprès d'acteurs locaux

Les structures rencontrées

Trente et une structures ont été entendues en face à face ou par téléphone sur le territoire du Pays thouarsais. Ces structures œuvrent dans les domaines sanitaire, social, médico-social et socioculturel :

- **Structures liées à l'insertion et l'emploi** : Résidence sociale Point de Mire, Association d'insertion Porte Ouverte Emploi, Observatoire des maisons de l'emploi, Pôle emploi
- **Représentants du soin** : Association pour le maintien de l'offre de soins et l'amélioration des conditions d'exercice des soignants de premier recours dans le thouarsais (AMAT), Centre hospitalier Nord Deux-Sèvres
- **Représentants d'usagers** : Association des paralysés de France, Association Ensemble signons, Association des sourds des Deux-Sèvres, Fédération des associations des accidentés de la vie (FNATH), Union régionale des associations familiales
- **Structures ou services pour les personnes âgées** : Association gérontologique Gâtine (Réseau de santé gérontologique), Centre local d'information et de coordination (CLIC) du pays Thouarsais, Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) d'Argenton les Vallées, Réseau de santé gérontologique, Syndicat intercommunal à vocation unique (SIVU) de Saint Varent, Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) de l'Argentonnois
- **Caisses d'assurance maladie, de retraite ou d'allocations** : Caisse d'allocations familiales (CAF), Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT), Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), Mutualité sociale Agricole (MSA).
- **Collectivités locales** : Centre communal d'action sociale (CCAS) de Thouars, Centre intercommunal d'action sociale (CIAS) de l'Argentonnois, Communauté de communes de l'Argentonnois, Conseil général, Mairie de Thouars
- **Services de santé au travail** : Centre de gestion 79, Santé au travail
- **Etablissements de prise en charge de la santé mentale** : Centre médico-psychologique (CMP), Centre médico-psycho-pédagogique (CMPP)
- **Structures liées à l'enfance / jeunesse** : Crèche Belles Hist'Thouars, Lycée Jean Moulin, Protection maternelle infantile (PMI)
- **Centres socioculturels (CSC)** : CSC de Saint-Varent
- **Etablissements accueillant des personnes handicapées (enfants / adultes)** : Etablissement spécialisé d'aide par le travail (ESAT), Institut médico-éducatif (IME)

Les déterminants de la santé selon les acteurs

D'après les acteurs du territoire, plusieurs déterminants conditionnent la santé sur le territoire.

Les acteurs notent **une augmentation du nombre de personnes en situation de précarité**. Les raisons données sont diverses : effet de la crise, emplois précaires, durcissement des politiques publiques, droits non ouverts, difficulté à demander de l'aide...

Ils remarquent aussi un phénomène de délocalisation des populations pauvres vers le milieu rural entraînant alors des problèmes de mobilité et de prise en charge. Ce contexte socio-économique et culturel difficile ne facilite pas l'insertion des jeunes qui dans certains cas reproduisent le schéma familial (grossesse précoce, absence de qualification, ...). **La santé n'est pas prioritaire pour les personnes en situation précaire. Ils ont une faible estime de soi.**

Autres déterminants cités par les acteurs, les **problèmes de mobilité** (géographique, culturelle, intellectuelle, ...) qui rendent difficile l'accès aux soins. Ils citent également l'évolution de la société et plus particulièrement la déstructuration des familles qui conduit à des situations d'isolement et de grande détresse.

Enfin, ils insistent sur le cloisonnement **entre les secteurs** qui engendre inévitablement des difficultés de prise en charge de certaines catégories de la population et sur le problème d'organisation **de l'information (connaissance des différents acteurs et de leurs missions)**.

Pour conclure, un des facteurs cités comme pouvant impacter sur l'accès aux soins est le **défaut d'attractivité du thouarsais** auprès des professionnels de santé, des populations cadres...

Exemples de partenariat ou expériences

Création du pôle de santé du pays Thouarsais. Il s'agit d'un projet de regroupement de professionnels de santé et de mise en réseau de l'ensemble des praticiens du pays. La nouvelle organisation devrait permettre de :

- Proposer une offre de soins de proximité et de qualité accessible à tous en particulier aux plus fragiles
- Assurer la permanence et la continuité des soins sur l'ensemble du territoire
- Offrir des conditions d'exercice favorisant le recrutement de nouveaux professionnels
- Lutter contre la désertification médicale et paramédicale du territoire
- Développer les missions d'éducation et de promotion de la santé

Signature d'une convention de partenariat entre l'ESAT (Etablissement de travail protégé) et le CMP (Centre médico-psychologique). Celle-ci permet l'intervention du CMP une fois par trimestre auprès des équipes de l'ESAT pour faire du soutien (formation des éducateurs).

Existence d'un réseau d'alerte informel pour repérer les agriculteurs en détresse auquel participe la Mutualité sociale agricole, SOS amitiés et tous les partenaires agricoles.

Les problèmes de santé repérés par les acteurs locaux : approche thématique

L'accès aux soins et aux droits

Les difficultés d'accès aux soins et aux droits peuvent relever de 3 domaines :

- Les freins géographiques : Peu de praticiens exercent sur le territoire. Un certain nombre de départs à la retraite sont à prévoir dans les prochaines années et le territoire a du mal à attirer des professionnels de santé, que ce soit en secteur libéral ou en secteur public, notamment hospitalier. Le manque de praticiens entraîne des délais d'attente relativement longs. Les habitants du Pays Thouarsais sont parfois dans l'obligation de s'éloigner de leur lieu d'habitation pour aller consulter, ce qui constitue une difficulté d'accès aux soins, surtout pour les personnes dont la mobilité est réduite (pas de véhicule, difficultés financières, personnes en perte d'autonomie, etc.) ;
- Les freins financiers : notamment pour les personnes ne pouvant bénéficier de la CMUc et n'ayant pas souscrit à une mutuelle privée, soit parce que les démarches administratives n'ont pas été réalisées, soit parce que le financement d'une mutuelle n'est pas prioritaire par rapport à leur budget. Des cas de refus de la CMU de la part de certains professionnels sont également cités ;
- Les freins « psychologiques » : ils peuvent être liés à l'estime de soi, aux difficultés à « prendre soin de soi » mais également au fait que la santé n'est pas une priorité lorsque les personnes vivent des situations socio-économiques particulièrement difficiles. Ces freins « psychologiques » jouent également un rôle dans les difficultés à réaliser les démarches administratives et dans le manque de sollicitation des services à disposition de la population : services sociaux, PMI, etc.

L'ensemble de ces difficultés entraîne des recours aux soins tardifs et une dégradation de l'état de santé globale. Les soins les moins accessibles sont les soins dentaires et ophtalmologiques.

D'autre part, la Permanence d'accès aux soins de santé (PASS), dispositif spécifique à destination des personnes en situation de précarité, du Centre hospitalier site de Thouars ne semble pas suffisamment connue.

Le handicap

Des difficultés de mobilité et d'accès physique, notamment aux structures de soins (bâtiments, matériel médical non adapté) sont cités, tout comme l'accès financier au matériel médical et aux auxiliaires de vie.

Concernant les personnes en situation de handicap mental, les acteurs notent un manque de places dans les structures d'accueil ainsi qu'un besoin de développer des programmes d'éducation à la santé, notamment sur les thèmes de l'alimentation, des addictions et de la sexualité.

Pour leur part, les personnes souffrant de surdité sont confrontées à des problèmes de communication li es à un manque de sensibilisation et de formation des professionnels de santé à la langue des signes.

D'autre part, un manque de places dans les structures d'accueil est également rep er e pour les personnes handicapées vieillissantes.

La santé mentale, les souffrances psychosociales

Les acteurs rencontr es associent, chez les jeunes adultes et adultes, les problèmes de santé mentale, souffrances psychosociales avec le manque de qualification, l'accès à l'emploi et les conditions de travail. Chez les personnes âgées, l'isolement est un facteur particulièrement mis en avant. Les agriculteurs sont souvent cit es comme un public concern e par la souffrance au travail. L'accès aux soins semble difficile sur le territoire compte tenu d'une part des délais d'attente et d'autre part de la présence uniquement de deux psychiatres libéraux en plus des structures hospitalières de prise en charge de la santé mentale (voir Fiche 4.4). Ils soulignent qu'il n'existe pas d'offre alternative en santé mentale (acupuncture, sophrologie, etc.) sur le territoire. Les acteurs pensent qu'il faudrait travailler sur une passerelle entre l'hôpital et le domicile et qu'il serait nécessaire de développer des possibilités d'écoute par des psychologues pour les personnes en difficulté.

La santé au travail

La souffrance psychosociale au travail est de plus en plus présente, dans un contexte de pré-carit e des conditions de travail (renouvellement des contrats pré-caires, intérim, travail à la cha ene, pressions liées aux difficultés du monde agricole). Les acteurs regrettent le manque de consultations spécialisées sur la souffrance au travail et l'absence de leviers d'actions face à des situations observées. Est également rapport e un nombre important d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Enfin, il existe une pénurie du personnel au sein des services de santé au travail, li e notamment à des difficultés de recrutement.

Les comportements à risque

Les consommations problématiques d'alcool sont repérées quel que soit le milieu socio-économique. Cependant, beaucoup d'acteurs font le lien entre l'alcool et la pré-carit e. Le caractère culturel de la consommation d'alcool est souvent cité. Les consommations de drogues illicites semblent moins problématiques aux yeux des acteurs même si cela reste un phénomène existant sur le territoire.

Exemples de partenariat ou expériences

Présence d'un réseau périnatal sur le territoire qui couvre plus largement la Région. Il permet d'assurer une prise en charge des grossesses et de faciliter la coordination entre notamment les sages femmes libérales, la Protection maternelle infantile et le Centre hospitalier Nord Deux-Sèvres. Des professionnels exerçant sur le thouarsais adhèrent à ce réseau.

Signature d'une convention de partenariat entre l'EPHAD et le SIVU de Saint Varent (service d'aide à domicile et SSIAD) pour faciliter l'entrée en établissement des personnes âgées. Un représentant du SIVU est présent le jour de l'admission en maison de retraite pour informer des conditions de prise en charge à domicile effectuées jusqu'alors et apporter un soutien à la personne et sa famille.

Création d'un GCSMS (Groupement de coopération sociale et médico-sociale) par 7 EPHAD dont celui d'Argenton les Vallées. Ce groupement a pour objet de mutualiser des services, des moyens. Il est à l'origine de la création d'un accueil de jour itinérant pour personnes âgées avec un système de transport.

Extension du réseau gérontologique porté par l'Association gérontologique de Gâtine au Nord Deux-Sèvres.

Portage sur le Nord Deux-Sèvres par l'Association gérontologique de Gâtine d'un plan de formation partagé à destination des services à domicile (SAD) public, de formation pour les encadrants des SAD, SSIAD, MARPA...

Les problèmes de santé repérés par les acteurs locaux : approche populationnelle

Les difficultés liées à la petite enfance, à l'enfance et aux familles

Des difficultés liées à la parentalité dans un contexte socio-économique difficile sont avancées. De même la déstructuration familiale et la monoparentalité peuvent accentuer certaines fragilités : carences affectives, difficultés liées à l'éducation des enfants, déclin de l'hygiène et des soins apportés aux enfants. Des situations de grossesses précoces sont également repérées. Toutefois, ces grossesses précoces peuvent correspondre à un choix des jeunes filles et parfois de leur famille, dans des contextes culturels et socio-économiques particuliers. Dans le cadre du suivi des grossesses, il est souligné que certaines situations précaires peuvent échapper à toute prise en charge malgré les protocoles mis en place (cf réseau périnatal). Enfin, les acteurs évoquent un besoin d'échange et de coordination entre structures et/ou professionnels en charge de la petite enfance. L'isolement des professionnels face à certaines situations difficiles est aussi souligné.

Les difficultés relatives à la jeunesse

Les principales difficultés sont liées à la faible qualification des jeunes et à leurs difficultés d'accès à l'emploi pouvant engendrer des difficultés face à la santé. Pour les plus en difficultés, les professionnels manquent d'outils permettant un accompagnement global (emploi, logement, santé, etc.). Les acteurs évoquent des comportements pouvant être problématiques comme des consommations d'alcool et l'utilisation abusive des « écrans » (ordinateurs, téléphones portables) pouvant entraîner une désocialisation, voire des addictions.

Les adultes

Les difficultés de santé des adultes sont évoquées au travers :

- des conditions socio-économiques défavorables : emplois précaires, difficultés d'accès à l'emploi, situations de précarité, etc. entraînant des conséquences en terme de santé mentale et d'accès aux soins.
- de la santé au travail : souffrances psychosociales, troubles musculo-squelettiques et pénurie des services de santé au travail (voir fiche précédente).

La prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie

Les problématiques liées aux personnes âgées sont l'isolement, la précarité et la prise en charge de la perte d'autonomie.

- Des situations d'isolement sont de plus en plus observées avec un phénomène de détérioration de la santé ;
- Des situations de précarité, et de logements inadaptés et/ou précaires sont cités ;
- Concernant la prise en charge à domicile, une difficulté importante est celle de recruter du personnel de soin et auxiliaires de vie. Le turn over du personnel est important posant le problème du recrutement d'une main d'œuvre qualifiée et rendant difficile la supervision des équipes et l'élaboration de projets de service concertés. De plus, la prise en charge de nuit est difficile : soit elle n'existe pas, soit elle est financièrement inaccessible ;
- La coordination des prises en charge peut également poser problème lorsque différents acteurs interviennent à domicile, notamment lors des sorties d'hospitalisation et des hospitalisations à domicile. La passerelle entre le domicile, l'hospitalisation, les logements autonomes du type foyer logement ou MARPA et les EPHAD est à travailler. D'autre part, la prise en charge des personnes avec pathologies psychiatriques reste compliquée pour les équipes ;
- Un manque de places en structure d'hébergement médicalisée (notamment pour les personnes handicapées) est cité mais également le manque d'accessibilité financière de ces structures. Sont notamment déplorés le manque d'accueil temporaire et le manque d'unités Alzheimer. A noter que si des places d'accueils de jour existent, elles ne sont pas toutes occupées ;
- Globalement, les acteurs déplorent le manque d'anticipation des situations de perte d'autonomie physique et mentale. Ils sont souvent sollicités dans l'urgence ;
- Enfin, sont évoquées les souffrances des salariés dans les situations face auxquelles ils sont impuissants et les souffrances des familles qui s'épuisent et ne font appel aux structures d'aide et d'hébergement qu'en dernier recours.

Sur ces points, le travail réalisé par l'Association gérontologique Nord Deux-Sèvres, le réseau de santé gérontologique et le CLIC du Thouarsais est mis en avant par les acteurs. Ce travail de prise en charge concerté des personnes et de coordination territoriale doit être poursuivi et renforcé.

Pour en savoir plus :

1. FNORS. **Guide à destination des maîtres d'ouvrage d'un diagnostic local de santé.** 2010. 15 p.
2. AMAT. **Projet de santé territorial du Pays Thouarsais.** Novembre 2010. 21 p.
3. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

La mobilisation autour d'un plan local de santé

Les contrats locaux de santé (CLS) ont été impulsés par la loi Hôpital Patients Santé Territoire de juillet 2009. Conclues entre l'Agence régionale de santé et les collectivités territoriales volontaires, ils concernent la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soin et l'accompagnement médico-social. Le CLS porte sur un projet fédérateur permettant une dynamique de santé locale cohérente et coordonnée, en réponse à des besoins clairement identifiés.

Sur le territoire du Pays Thouarsais, la plupart des acteurs questionnés sur la pertinence de mettre en place un CLS se sont montrés intéressés par la démarche, évoquant une plus-value en termes de décloisonnement des secteurs, de coordination des politiques et de partage d'analyse. L'aspect ascendant de cet outil (c'est-à-dire partant des besoins du territoire) leur paraît également intéressant. Cependant, deux freins sont soulignés : la disponibilité des acteurs mais surtout la crédibilité du dispositif.

D'après les acteurs, les conditions de réussite du CLS sur le territoire du Pays Thouarsais sont la pérennité des financements, l'animation de la démarche et la mise en œuvre rapide d'actions concrètes.

Les priorités de travail selon les acteurs

- **L'accès aux soins**, avec notamment la lutte contre la désertification médicale, l'amélioration de l'accès aux soins pour les personnes qui en sont les plus éloignées et l'accès aux soins de santé mentale ;
- **Le développement d'outils et de moyens** permettant l'accompagnement global (emploi, logement, santé, vie sociale et culturelle...) des personnes ;
- **L'amélioration de la prise en charge des personnes âgées**, à domicile et en établissement avec notamment une meilleure anticipation des situations de perte d'autonomie ;
- **L'amélioration du partenariat** existant (cf le paragraphe sur le partenariat) sur le territoire allant d'un meilleur repérage des structures existantes jusqu'à l'élaboration commune de protocoles de travail pour mieux coordonner les prises en charge. Sur ce point, la mise en place du pôle de santé apparaît comme une opportunité au développement du travail partenarial.

Enfin, il est souligné la nécessité de ne pas occulter les facteurs aggravant les problèmes de santé de la population du territoire, à savoir l'augmentation de la précarité, les difficultés d'accès à l'emploi et les problèmes de mobilité. Les acteurs soulignent également qu'il existe sur le territoire une certaine culture de dévalorisation qui influe sur son attractivité : même si des initiatives ont lieu et que des ressources existent, ils ont le sentiment qu'un travail de valorisation du territoire et de ses ressources serait bénéfique.

Le partenariat

Le partenariat entre les acteurs sanitaires, sociaux et médicosociaux est jugé de bonne qualité même si des points restent à améliorer concernant :

Un besoin de décloisonner les secteurs du soin, du médico-social et du social

- La coordination des prises en charge des personnes âgées à domicile (sanitaire, social et médicosocial). Un réseau gérontologique est présent sur le territoire depuis fin 2009 mais il peine à se faire connaître et est généralement sollicité tardivement.
- La coordination entre le secteur hospitalier, le secteur libéral et le secteur social, notamment dans le cadre des sorties d'hospitalisation et d'hospitalisation à domicile et de la prise en charge des problèmes de santé mentale.
- La coordination entre la médecine générale et les services publics de santé intervenant auprès des enfants (PMI, santé scolaire). Un besoin de mieux connaître les actions des uns et des autres a été exprimé.

Un besoin de réaffirmer le rôle pivot du médecin généraliste : Il est la porte d'entrée dans le système de prise en charge mais le manque d'informations sur l'existant, la pénurie de professionnels, le cloisonnement entre les secteurs ne lui permettent pas toujours d'assurer une prise en charge optimale. Le futur Pôle de santé sera amené à développer ce rôle.

Un besoin de mieux organiser l'information sur les ressources existantes : les ressources existent sur le territoire mais elles ont besoin d'être mieux organisées et plus lisibles que ce soit pour le public ou les professionnels.

Un besoin d'échanger de la part des professionnels confrontés à l'observation de situations difficiles pour lesquelles les moyens d'intervention n'existent pas toujours (détresse psychologique, personne démente, acceptation des limites d'une prise en charge...)

Action de santé libérale en équipe (ASALEE) : Les infirmiers ASALEE sont salariés de l'association ASALEE et mis à disposition des cabinets médicaux pour réaliser les consultations d'éducation thérapeutique (diabète, hypertension artérielle, dépistage de certaines pathologies, etc.)

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

Agence régionale de santé (ARS) : L'Agence régionale de santé a pour mission de mettre en place la politique de santé dans la région. Elle est compétente sur le champ de la santé dans sa globalité, de la prévention aux soins, à l'accompagnement médico-social. Ouverte début avril 2010, l'Agence régionale de santé (ARS) de Poitou-Charentes met en œuvre la politique régionale de santé, en coordination avec les partenaires et en tenant compte des spécificités de la région et de ses territoires. Ses actions visent à améliorer la santé de la population et à rendre le système de santé plus efficace. Elle est la clef de voûte de la nouvelle organisation prévue par la Loi « Hôpital Patients Santé Territoires » du 21 juillet 2009 (article 118). Elle est dirigée par un directeur général nommé en Conseil des Ministres.

Aide personnalisée au logement (APL) : Aide financière versée à certaines personnes pour réduire le montant de leur loyer ou de leur mensualité d'emprunts immobilier. Pour en bénéficier, il faut soit être locataire d'un logement conventionné, soit être accédant à la propriété en ayant contracté des prêts particuliers.

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

Allocation de parent isolé (API) : Prestation sociale visant à aider financièrement des personnes isolées assumant seules la charge d'enfant(s). L'API est supprimée et remplacée par le Revenu de solidarité active depuis le 1^{er} juin 2009.

Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) : Allocation remplaçant depuis le 1^{er} janvier 2007 l'allocation supplémentaire vieillesse. Elle s'adresse aux personnes de plus de 65 ans (de 60 ans dans certains cas : inapte au travail, ancien combattant, mère de famille ouvrière...), ayant peu ou pas cotisé pour leur retraite et qui peuvent ainsi bénéficier d'un revenu minimal.

Allocation de solidarité spécifique (ASS) : Allocation destinée aux chômeurs ayant épuisé leurs droits à l'assurance chômage. L'allocataire doit justifier d'au moins 5 années d'activité salariée au cours des 10 dernières années précédant la rupture du contrat. Le dénominateur pour le calcul du taux d'allocataires de l'ASS est le nombre de personnes âgées de 20 à 65 ans.

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

Allocation personnalisée d'autonomie (APA) : Allocation attribuée aux personnes âgées d'au moins 60 ans en situation de perte d'autonomie. Cette perte d'autonomie est évaluée à partir de la grille nationale (AGGIR). L'APA peut être attribuée à une personne résidant à domicile ou en institution.

Catégories de demandeurs d'emploi : il existe 5 catégories où les demandeurs d'emploi sont regroupés en fonction du type d'emploi occupé. Catégorie A (demandeurs d'emplois tenus de faire des actes positifs de recherche d'emploi sans emploi), catégorie B (demandeurs d'emplois tenus de faire des actes positifs de recherche d'emploi, ayant exercé une activité réduite courte), catégorie C (demandeurs d'emplois tenus de faire des actes positifs de recherche d'emploi ayant exercé une activité réduite longue), catégorie D (demandeurs d'emplois non tenus de faire des actes positifs de recherche d'emploi en raison d'un stage, d'une formation, d'une maladie...) et catégorie E (demandeurs d'emplois non tenus de faire des actes positifs de recherche d'emploi, en emploi (ex : bénéficiaires de contrats aidés).

Centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) : Assurant des missions dévolues aux conseils généraux au titre de la protection maternelle et infantile, les CPEF assurent des consultations de contraception, des actions de prévention portant sur la sexualité et l'éducation familiale, des entretiens préalables à l'interruption volontaire de grossesse et des entretiens relatifs à la régulation des naissances. Ils organisent des séances de préparation à la vie de couple et à la fonction parentale, et des entretiens de conseil conjugal. Ils peuvent délivrer à titre gratuit des médicaments ou objets contraceptifs.

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

Centre local d'information et de coordination gérontologique (CLIC) : Sous ce label sont mis en place des guichets d'accueil, de conseil, d'orientation des personnes âgées et de prise en charge des situations complexes qu'elles peuvent rencontrer. Ces structures se situent dans une triple logique de proximité, d'accès facilité aux droits et de mise en réseau entre les professionnels (professionnels de santé, d'accompagnement à domicile, de l'aménagement de l'habitat, et les acteurs locaux).

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

Couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) : Assurance maladie complémentaire qui bénéficie aux personnes dont les ressources sont inférieures à un certain niveau de revenus (appelé « plafond »). Cette assurance complémentaire leur permet de porter à 100 % la prise en charge de leurs dépenses de soins, sans avoir à avancer d'argent.

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

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

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

Foyers d'accueil médicalisé (FAM) : Structure accueillant des adultes gravement handicapés, mentalement ou physiquement, dont la dépendance les rend inaptes à toute activité à caractère professionnel et rend nécessaire l'assistance d'une tierce personne pour les actes essentiels de l'existence ainsi qu'une surveillance médicale et des soins constants, ou qui ont besoin d'un soutien et d'une stimulation constante, ainsi que d'un suivi médical et paramédical régulier. Les FAM sont financés par l'assurance maladie et les conseils généraux.

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

Maison d'accueil spécialisée (MAS) : Etablissement recevant des personnes adultes atteintes d'un handicap intellectuel, moteur ou somatique grave, ou gravement polyhandicapées, n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie. Leur état doit nécessiter en outre le recours à une tierce personne pour les actes de la vie courante, une surveillance médicale et des soins constants. La MAS est un établissement médico-social financé en totalité par l'assurance maladie.

Minimum vieillesse : Le minimum vieillesse a été simplifié en 2006 en une prestation unique : l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA). Le minimum vieillesse se compose d'une retraite versée par le régime d'assurance vieillesse ou une allocation non contributive, d'un complément éventuel et d'une allocation supplémentaire. Le dénominateur pour le calcul du taux d'allocation du minimum vieillesse est le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus.

Mortalité infantile : Ensemble des décès d'enfants de moins de 1 an.

Mortalité prématurée : Ensemble des décès survenant avant 65 ans.

Mortalité prématurée évitable : Ensemble des décès survenant avant 65 ans et dus à une cause pouvant théoriquement être évitée par un changement de comportement individuel ou une prise en charge précoce par le système de soins.

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

Service d'aide à domicile (SAD) : Service offrant différentes prestations permettant le maintien à domicile des personnes âgées : aide à la personne, tâches ménagères, etc..

Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) : Service ayant pour objet de prévenir ou de différer une hospitalisation ou une institutionnalisation, ou à l'inverse de rendre possible un retour au domicile plus rapide et dans de meilleures conditions suite à une hospitalisation.

Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) : Service de soin pouvant intervenir "à domicile", c'est-à-dire que les professionnels le composant se déplacent. Ils interviennent auprès de certains élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire ou dans un dispositif d'intégration collective. Ces services dépendant la plupart du temps d'une structure associative et sont composés de plusieurs professionnels : chef de service, diverses spécialités médicales, psychologues, psychomotriciens, orthophonistes, éducateurs spécialisés, kinésithérapeutes, ergothérapeutes et parfois enseignants.

Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) : Service ayant pour vocation, dans le cadre d'un accompagnement médico-social adapté comportant des prestations de soins, d'assurer des missions contribuant à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées par un accompagnement adapté 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.

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

Taux brut : Indice utilisé pour décrire la fréquence de survenue d'un événement dans une population en tenant compte de l'effectif de cette population. Il est calculé en rapportant le nombre d'événements pendant une période donnée à l'effectif de la population.

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

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

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