Contrat local de santé

Observatoire Régional de la Santé
NOUVELLE-AQUITAINE

SANTÉ DES HABITANTS DE LA COMMUNAUTÉ DE COMMUNES AUNIS ATLANTIQUE

ÉLABORÉ DANS LE CADRE DU **CONTRAT LOCAL DE SANTÉ**

Diagnostic santé social CdC Aunis Atlantique

Décembre 2019 - Rapport 069

Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine

Communauté de Communes Aunis Atlantique

Ont participé à l'élaboration de cette étude au sein de l'ORS Nouvelle-Aquitaine

Stéphane ROBIN – Coordination de l'étude et rédaction du rapport ;

Mélanie PUBERT – Rédaction du rapport ;

Nathalie TEXIER – Mise en place des enquêtes et logistique.

Remerciements :

À l'ensemble des partenaires du CLS de la Communauté de communes Aunis Atlantique et plus particulièrement à Cécile DESPLANTES, coordinatrice du CLS et à Stéphanie BOURGEAIS, chargée de mission à l'ARS-DD17.

Sommaire

CONTEXTE ET MÉTHODE 4

I. PRÉSENTATION DU TERRITOIRE 5

II. POPULATION ET MODES DE VIE 7

III. CONDITIONS DE VIE 10

IV. LE CADRE DE VIE 12

V. L'ÉTAT DE SANTÉ 18

VI. OFFRE DE SANTÉ ET RECOURS AUX SOINS 20

VII. PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP ET DES PERSONNES ÂGÉES 29

VIII. INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ 31

IX. LE POINT DE VUE DES ACTEURS DU TERRITOIRE 32

X. SYNTHESE 35

XI. LES AXES PRIORITAIRES DU CLS 37

ANNEXES 39

A. BIBLIOGRAPHIE 40

B. GLOSSAIRE 41

C. COORDINATION DU CLS 42

CONTEXTE ET MÉTHODE

L'Agence régionale de santé (ARS) Nouvelle-Aquitaine a missionné l'Observatoire régional de la santé de Nouvelle-Aquitaine (ORS-NA), en collaboration avec l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps-NA), pour accompagner les collectivités et l'ARS à l'élaboration d'un contrat local de santé sur le territoire d'Aunis Atlantique.

Les CLS sont des outils qui visent à réduire les inégalités territoriales et sociales de santé et à mettre en œuvre des solutions pour une offre de santé de proximité. Dans un CLS, la stratégie, les objectifs et le programme d'actions sont co-définis en commun, entre les signataires, à partir de l'observation du territoire et du recueil des besoins locaux.

À travers ce document, l'ORS a souhaité présenter les informations les plus pertinentes permettant d'appréhender la situation du territoire et de nourrir la réflexion pour la construction du CLS. La méthode repose sur :

1) la compilation de différentes statistiques déclinées à l'échelon de la CdC Aunis Atlantique, ou à un échelon plus fin si les indicateurs sont disponibles, permettant de décrire la situation locale en termes :

- **de démographie** (habitants, densité, évolution de la population, part de la population âgée…),
- **d'environnement socio-économique** (catégories socioprofessionnelles, niveau de revenus, taux de pauvreté…),
- **de déterminants géographiques et environnementaux** (habitat, qualité de l'air, qualité de l'eau, sols pollués…),
- **d'état de santé des populations** (principales causes de morbidité et de mortalité, perte d'autonomie, santé des jeunes…),
- **d'offre et de recours aux soins** (densité de professionnels de santé, âge des professionnels, hospitalisations, consommation de médicaments…) et d'**offre médico-sociale** (taux d'équipement).

Ces données sont complétées, lorsqu'elles sont disponibles, **d'extractions des résultats d'enquêtes** conduites par l'ORS ou des partenaires, permettant d'apporter un éclairage complémentaire sur la santé des populations.

2) l'apport qualitatif d'acteurs locaux (hôpitaux, élus, services de l'État et des collectivités territoriales, acteurs sociaux…) sur les dynamiques du territoire, les projets en perspective et les enjeux prioritaires de santé à travailler sur le CLS de la Communauté de Communes Aunis Atlantique.

Ce rapport se veut être une synthèse des éléments probants du territoire. Il est complété de documents annexes :

- une compilation d'indicateurs déclinés pour la France hexagonale, la Nouvelle-Aquitaine, la Charente-Maritime et la CdC Aunis Atlantique ; ces données portent à la fois sur les aspects sociodémographiques et sanitaires ainsi que sur le cadre de vie ou l'éducation ;
- un diaporama illustratif sur la situation d'Aunis Atlantique, présenté au Comité de Pilotage, le 7 juin 2019 à La Ronde (17).

Nos remerciements vont à l'ensemble des partenaires et des acteurs locaux qui ont participé à l'élaboration du CLS, que ce soit pour la mise à disposition de rapports et de données et le calcul d'indicateurs, leur collaboration ou leur participation au recueil des problématiques du territoire.

I. PRÉSENTATION DU TERRITOIRE

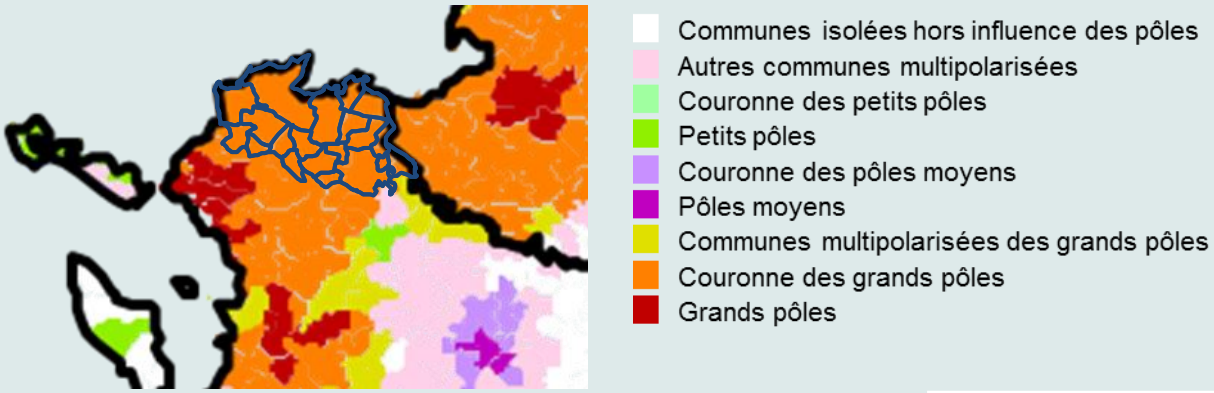
La Communauté de Communes (CC) Aunis Atlantique est née de la fusion en 2014 des CC du Pays Marandais et du Canton de Courçon. Elle comporte 20 communes. La CC Aunis Atlantique est un Etablissement Public de Coopération Intercommunal (EPCI) à fiscalité propre. Elle associe des communes au sein d'un espace de solidarité en vue d'élaborer un projet commun de développement et d'aménagement de l'espace.

Fig 1. *Communes de la Communauté de Communes Aunis Atlantique*

Un territoire rural sous l'influence de plusieurs pôles urbains

Situé au nord du Département de la Charente-Maritime et à proximité du Sud Vendée, Aunis Atlantique bénéficie d'un positionnement stratégique au centre des agglomérations de La Rochelle, Rochefort et Niort qui permet d'envisager des coopérations multiples. Le territoire est notamment sous forte influence de la Communauté d'Agglomération de La Rochelle. Sans réelle ville-centre avec une périurbanisation qui se développe d'ouest en est, Aunis Atlantique constitue un espace à dominante résidentielle. Il accueille de nombreux actifs travaillant dans des pôles d'emploi périphériques.

Fig 2. *Répartition des communes en zones urbaines et rurales*



Source : Insee (2010)

De multiples dynamiques en cours sur la CdC Aunis Atlantique

Outre la démarche en cours d'élaboration d'un nouveau CLS sur le territoire, différentes dynamiques sont mises en place. Une importance particulière devra leur être accordée quant à leurs liens et aux impacts potentiels de ces politiques sur la santé des habitants.

- le Projet de territoire Aunis Atlantique se décline autour de 5 axes de développement identifiés après une première phase de diagnostic menée fin 2014 :
  - ✓ 1. Aménagement du territoire ;
  - ✓ 2. Développement économique ;
  - ✓ 3. Transition énergétique, environnement, développement durable ;
  - ✓ 4. Vivre ensemble, transports, mobilité ;
  - ✓ 5. Mutualisation des services.

- L'élaboration du nouveau Schéma de Cohérence Territoriale (SCoT) commun entre la Communauté d'Agglomération de La Rochelle et les Communautés de communes Aunis Atlantique et Aunis sud a été engagée courant 2017. Il permettra d'établir une stratégie territoriale cohérente en matière de développement économique et social, d'emploi et d'habitat, de transports et déplacements, de grands équipements et infrastructures routières, de transition énergétique, d'urbanisme commercial, de protection des espaces et des paysages. En outre, ce document stratégique imposera au Plan Local d'Urbanisme intercommunal également en cours d'élaboration les grandes orientations d'équilibre et d'organisation du territoire dans le domaine de l'urbanisme, du logement et des autorisations d'exploitation commerciale.

- Le Pôle Centre Atlantique constitue un espace de coopération métropolitaine entre les Communautés de Communes Aunis Atlantique, Aunis Sud, Val de Gâtine, Haut Val de Sèvre, du Pays de Fontenay-Vendée et de Vendée-Sèvre-Autise et les Communautés d'Agglomérations de La Rochelle, du Niortais et de Rochefort Océan. La «Charte Métropolitaine» a été élaborée et signée le 13 septembre 2016 par toutes ces communautés afin de créer de nouvelles coopérations sur un large bassin de vie. Cette charte définit les priorités stratégiques communes et prévoit des actions de dimension métropolitaine de développement économique et touristique, d'enseignement supérieur, de promotion de la recherche et de l'innovation, de mobilité, d'aménagement de l'espace, de coordination des SCoT, de patrimoine et d'environnement.

- Le conseil de développement de l'Aunis : depuis la dissolution du Pays d'Aunis à la fin de l'année 2016, Aunis Atlantique coopère directement avec la CdC Aunis Sud *via* une convention d'entente pour l'animation du conseil de développement. C'est un collectif de bénévoles d'horizons différents, engagés dans une réflexion collective permettant d'alimenter les réflexions des élus sur le « bien vivre en Aunis ». Le conseil de développement concentre ses réflexions autour de 3 thématiques majeures :
  - ✓ Bien se déplacer en Aunis : expertise et conseil auprès des élus pour les dossiers des gares de Surgères et de Marans ; organisation de soirées à thème, telle que « Une voirie partagée » qui a permis à certaines communes de commencer leur diagnostic accessibilité ;
  - ✓ Bien s'alimenter en Aunis : réalisation et présentation d'une enquête sur les pratiques d'achat et fabrication dans les cantines scolaires du territoire ; soirée d'échanges avec les producteurs locaux et intervention d'AGROBIO ;
  - ✓ Bien habiter : observation de l'urbanisation en milieu rural ; participation au SCoT commun.

II. POPULATION ET MODES DE VIE

Au 1er janvier 2015, la Communauté de Communes Aunis Atlantique compte 29 292 habitants selon les données du recensement de la population (RP) réalisé par l'Insee. Présentant une densité de population proche de celle de la Nouvelle-Aquitaine (66,5 habitants par km²), le territoire compte près d'une commune sur deux de moins de 1 000 habitants. Avec plus de 4 500 habitants, Marans est la ville principale du territoire, suivie par Saint-Jean-de-Liversay (2 772 hab.), puis Villedoux (2 242 hab.) et Andilly (2 163 hab.).

Un nombre d'habitants en forte hausse entre 2010 et 2015

Avec un taux d'évolution de 3,2 % par an en moyenne entre 1999 et 2010, l'augmentation de la population se montre encore très élevée jusqu'en 2015 atteignant 2,2 %. Ainsi, cet accroissement se révèle bien au-dessus des moyennes départementale, régionale et nationale qui ne dépassent pas les 0,6 % sur la période 2010-2015.

L'évolution de la population due au solde naturel est nettement positive (0,51 %) alors qu'elle est négative en Charente-Maritime. Cela signifie que le nombre de naissances compense largement le nombre de décès. L'évolution due au solde migratoire se révèle encore plus nettement positive (1,62 % *versus* 0,73 % en Charente-Maritime) c'est-à-dire davantage de personnes entrées sur le territoire que de personnes qui en sont sorties. Enfin, le nombre d'habitants de moins de 25 ans affiche une forte hausse (2 %) entre 2010 et 2015 contrairement à la situation observée au niveau départemental où ce nombre est en baisse.

ÉVOLUTION DE LA POPULATION ENTRE 2010 ET 2015

Fig 3. *Taux d'accroissement annuel moyen de la population entre 2010 et 2015 (%)*

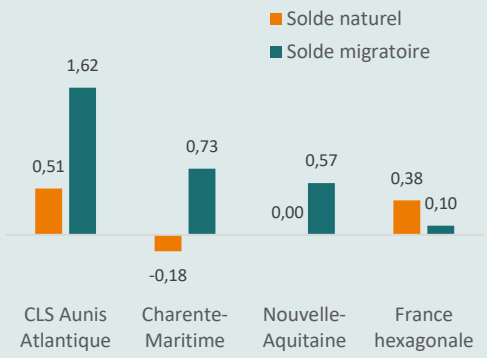
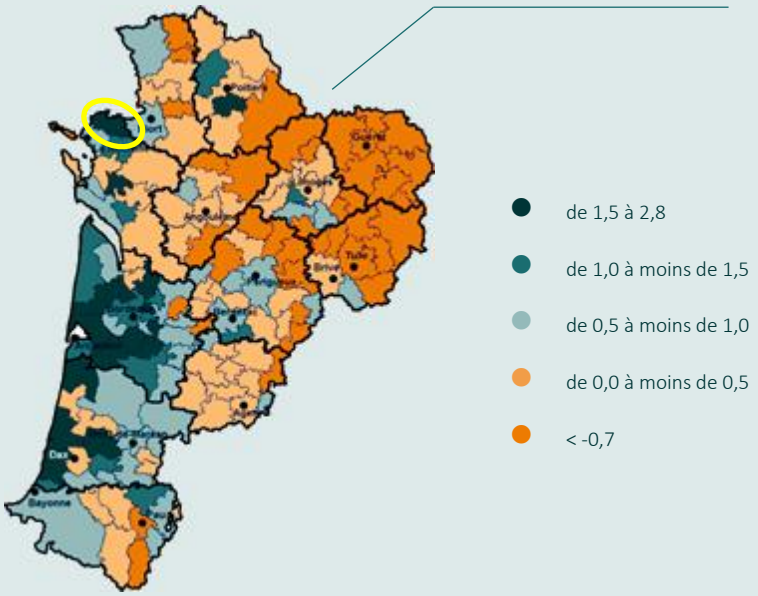


Fig 4. *Taux d'accroissement annuel moyen de la population de Nouvelle-Aquitaine entre 2010 et 2015 par EPCI (%)*

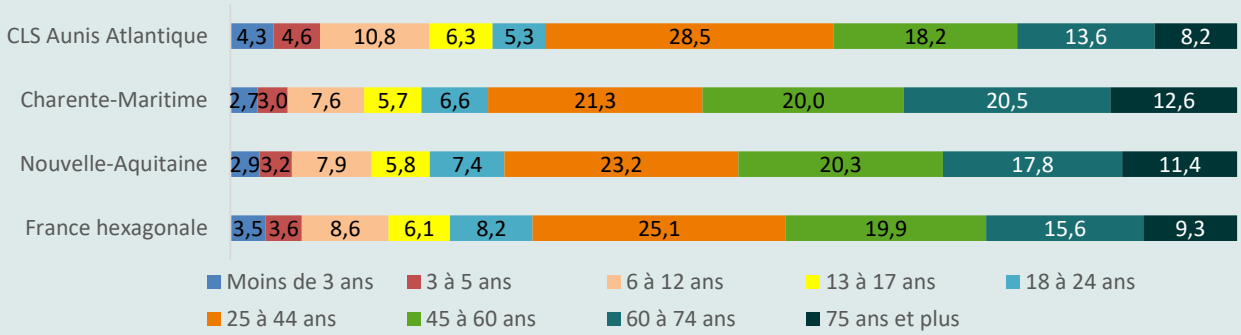


Source : Insee / Exploitation : ORS Nouvelle-Aquitaine

Une surreprésentation des moins de 18 ans et des 25 à 44 ans

Le territoire présente une population plus jeune que celle du département, de la région ou même de la France hexagonale. Ainsi, la part des moins de 18 ans est nettement plus élevée et ce, à chacune des tranches d'âge étudiées (figure 5), ainsi que celle des 25-44 ans. À l'inverse, la part des 18-24 ans est sensiblement moins élevée.

Fig 5. *Part de la population par tranche d'âge en 2015 (%)*



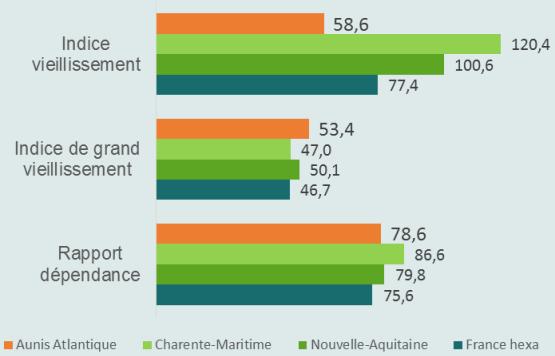
Source : Insee / Exploitation : ORS Nouvelle-Aquitaine

Aussi, l'indice de vieillissement est beaucoup plus faible qu'ailleurs : 58,6 *versus* 120,4 en Charente-Maritime, 100,6 en Nouvelle-Aquitaine et 77,4 en France hexagonale, montrant bien la plus grande présence des moins de 20 ans que celle des 65 ans et plus sur le territoire. L'indice de vieillissement est un indicateur du renouvellement des générations, et montre ici que le renouvellement est assuré, avec presque deux personnes de moins de 20 ans pour une personne de 65 ans et plus (58,6 personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans).

Toutefois, l'indice de grand vieillissement (rapport de la population de 80 ans ou plus sur celle de 65 à 79 ans) se révèle plus élevé : 53,4 *versus* 47,0 en Charente-Maritime, 50,1 en Nouvelle-Aquitaine et 46,7 en France hexagonale, indiquant un vieillissement plus important au grand âge. Cela peut également traduire une difficulté pour accompagner les personnes âgées, sachant que les « plus jeunes » parmi ces dernières constituent souvent des aidants potentiels des « plus anciens ».

Enfin, le rapport de dépendance est le rapport entre l'effectif de la population d'âges généralement inactifs (moins de 20 ans et 65 ans et plus) et l'effectif de la population en âge de travailler (20-64 ans). Il est favorable à la CdC Aunis Atlantique par rapport aux moyennes observées dans le département, et comparable à la région et au niveau national.

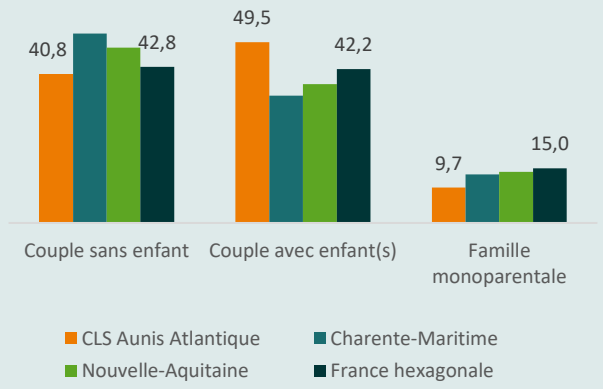
Fig 6. *Indices de vieillissement, de grand vieillissement et rapport de dépendance*



Source : Insee / Exploitation : ORS Nouvelle-Aquitaine

Une famille sur deux constituée d'un couple avec enfant(s)

Fig 7. *Part des familles monoparentales parmi les familles en 2015 (%)*



Source : Insee / Exploitation : ORS Nouvelle-Aquitaine

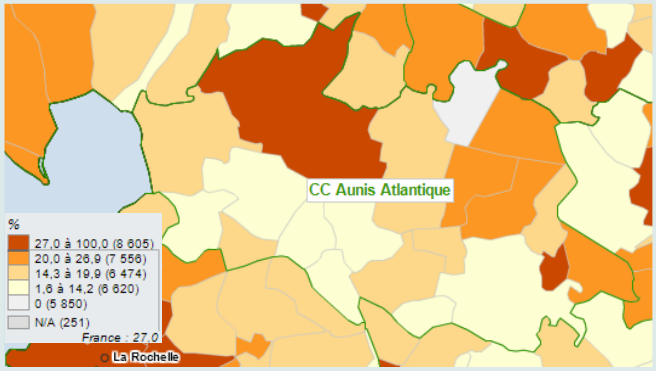
Au sein du territoire, les couples avec enfant(s) représentent la majorité des familles (49 %). Leur part est largement plus élevée qu'en Charente-Maritime (35 %), Nouvelle-Aquitaine (38 %) et France hexagonale (42 %).

Parmi les enfants de moins de 25 ans vivant dans une famille, 5 % vivent dans une famille sans actif occupé, soit une part près de deux fois moindre que celles observées pour les autres échelons géographiques qui dépassent les 11 %.

Les familles monoparentales sont moins nombreuses que sur les territoires de référence, par rapport aux familles (9,7 % contre 13,3 % en Charente-Maritime, 14,0 % en Nouvelle-Aquitaine et 15 % en France hexagonale), mais également par rapport aux familles avec enfants de moins de 25 ans.

Sur cet indicateur, des différences sont observées au sein de la CdC, selon la commune. Ainsi, si dans la commune de Longèves, la proportion de familles monoparentales parmi les familles avec enfants n'est que de 5,8 %, elle atteint 29,6 % dans la commune de Marans, contre une moyenne sur la CdC de 16,5 % (27,6 % en Charente-Maritime, 26,9 % en Nouvelle-Aquitaine, 27,0 % en France métropolitaine).

Fig 8. *Part des familles monoparentales au sein des familles avec enfants par commune en 2015 (%)*



Source : Observatoire des territoires (Insee, RP 2015)

Une part moindre de personnes âgées vivant seules à domicile

Toujours selon les données du RP en 2015, plus de 750 personnes âgées de 75 ans ou plus vivaient seules à domicile, soit 31 % des personnes de cet âge concernées. L'isolement social des personnes âgées peut constituer un enjeu spécifique pour leur maintien dans l'autonomie. Cette proportion est inférieure aux niveaux départemental, régional et national qui dépassent les 36 %.

III. CONDITIONS DE VIE

Un taux de chômage peu élevé

En 2015, selon les données du RP, 71,2 % de la population active de 15 à 64 ans occupent un emploi (62 % en Charente-Maritime et 63,7 % aux niveaux régional et national) avec un taux de chômage nettement plus faible qu'ailleurs : 10,9 % alors que ce taux varie de 13,4 % en Nouvelle-Aquitaine à 14,8 % en Charente-Maritime. Selon la tranche d'âge, le taux de chômage est comparable à ceux de la région et du pays chez les 15-24 ans (29,3 %) et les 55-64 ans (10,8 %), mais moindre chez les 25-54 ans (8,9 %). Quel que soit le sexe, il reste inférieur aux autres moyennes observées.

Concernant la part d'emplois précaires, c'est-à-dire différents d'un CDI à taux plein, celle-ci se montre également inférieure : 25,7 % des emplois salariés *versus* 27,6 % en France hexagonale à 31,2 % en Charente-Maritime.

Fin septembre 2018, selon les données de Pôle Emploi, près de 2 500 demandeurs d'emploi étaient inscrits en catégories A, B ou C, c'est-à-dire tenus de faire des actes positifs de recherche d'emploi, qu'ils aient exercé au cours du mois une activité réduite ou non. Parmi eux, 58 % étaient des femmes soit une part plus élevée qu'ailleurs (de 52 % en France hexagonale à 55 % en Charente-Maritime). Par ailleurs, le taux d'évolution sur un an du nombre de demandeurs d'emploi inscrits en catégories A, B ou C atteint 2,6 %, se montrant nettement supérieur aux niveaux départemental (1,4 %), régional et national (0,6 % chacun).

Une surreprésentation des ouvriers parmi les actifs

Sur la CdC Aunis Atlantique, la répartition des actifs selon la catégorie socio-professionnelle révèle une forte présence des ouvriers (24 %) et une moindre présence des cadres (10 %) par rapport aux autres échelons géographiques. Aussi, le rapport ouvriers/cadres est plus élevé qu'ailleurs : 2,4 *versus* 1,9 en Charente-Maritime et 1,6 en Nouvelle-Aquitaine. De même, les employés (32 %) sont davantage représentés à l'inverse des artisans-commerçants (6,5 %).

Des indicateurs liés aux formations plutôt avantageux

Le niveau de scolarisation est un déterminant majeur s'agissant des comportements de santé. Sur le territoire, les indicateurs liés aux formations rejoignent les constatations en termes d'emploi. Ainsi, en 2015, 27 % des personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire ne sont pas ou peu diplômées, soit moins qu'ailleurs (de 30 % en France hexagonale à 32 % en Charente-Maritime). Un meilleur niveau d'éducation qui se retrouve parmi la jeune génération (25-34 ans) où cette part est de 11 %. Parmi les 25-34 ans sortis du système scolaire, 35 % sont diplômés du supérieur (bac+2 ou plus). Cette part est comparable au niveau départemental mais inférieure aux moyennes régionale (40 %) et nationale (44 %).

Le territoire compte 221 jeunes de 15 à 24 ans en contrat d'apprentissage ou de professionnalisation, soit 8,4 % d'entre eux. Cette proportion est plus élevée qu'ailleurs (de 5,9 % en France hexagonale à 7,5 % en Charente-Maritime).

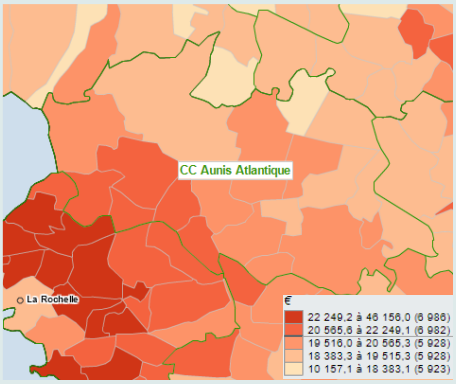
Par ailleurs, 68 jeunes de 6 à 16 ans sont non scolarisés, soit une proportion de 1,5 % qui se montre très proche de celles observées pour les autres échelons géographiques (de 1,6 % en Charente-Maritime à 1,8 % en France hexagonale).

Enfin, 455 jeunes de 15 à 24 ans sont non insérés (ni en emploi, ni en formation) en 2015, soit 17,4 % d'entre eux. Cette proportion est comparable aux niveaux régional et national, mais légèrement inférieure à celle de la Charente-Maritime (18,7 %).

Un niveau de vie relativement favorable

Avec 63 % des foyers fiscaux non imposés en 2015, le territoire se situe trois points au-dessus des moyennes départementale et régionale. Toutefois, le niveau de revenu annuel médian (20 085 euros) reste comparable aux autres échelons géographiques et la valeur du 1er décile (soit 10 % des revenus annuels les plus faibles) se montre plus élevée (12 408 euros). La carte ci-dessous fait apparaître quelques différences selon les communes de la CdC, le revenu médian observé étant un peu plus élevé pour les communes à l'est, les plus proches de la CA de La Rochelle. C'est à Andilly-les-Marais que le revenu médian est le plus élevé (21 505,2 €/an) tandis que le moins élevé est observé à Taugon (17 465,2 €/an). L'écart entre les plus riches et les plus pauvres s'avère moins marqué qu'aux niveaux départemental et régional avec un rapport inter décile de 2,5 *versus* 3,1 chacun. Enfin, avec près de 10 % de la population vivant avec moins de 1 000 euros par mois (correspondant à 60 % du revenu médian national), le taux de pauvreté se révèle aussi plus faible qu'ailleurs, celui-ci dépassant les 13 % en Charente-Maritime comme en Nouvelle-Aquitaine, frôlant même les 15 % en France hexagonale.

Fig 9. *Médiane des revenus disponibles par UC selon la commune (2015)*



Revenu médian par UC (2015)
CdC Aunis Atlantique : 20 085,3 €/an
Charente-Maritime : 20 032,0 €/an
Nouvelle-Aquitaine : 20 147,0 €/an

Source : Observatoire des territoires (Insee, DGFIP, Cnav, CCMSA, FiLoSoFi)

Peu d'allocataires très dépendants des prestations ou percevant le RSA

Les parts peu élevées d'allocataires très dépendants des prestations sociales en 2016 confirment la situation relativement favorable observée avec les indicateurs de niveau de vie. Ainsi, 8 % des allocataires dépendent à 100 % des prestations soit deux fois moins qu'ailleurs. De même pour ceux dépendant à 50 % des prestations qui représentent 14 % des allocataires.

Toujours en 2016, environ 400 allocataires perçoivent le revenu de solidarité active (RSA), soit 3,5 % des ménages alors que ce taux varie de 5,3 % en Nouvelle-Aquitaine à 5,9 % en France hexagonale. Par ailleurs, le nombre d'allocataires affiche une hausse nettement plus modérée par rapport à 2012 : 0,8 % sur la CdC Aunis Atlantique contre une augmentation allant de 2,1 % au niveau départemental à 3 % au niveau régional.

IV. LE CADRE DE VIE

Une mobilité à l'intérieur du territoire à développer

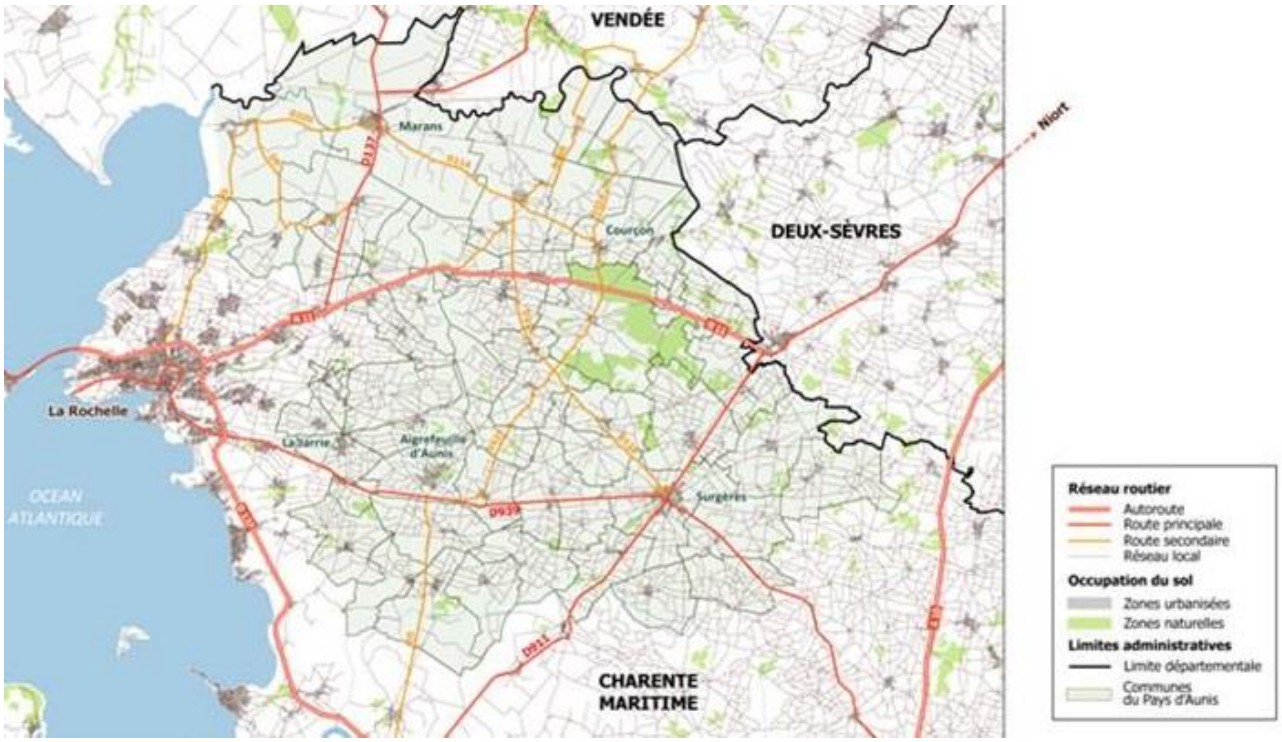
Le territoire d'Aunis Atlantique est desservi par un bon réseau routier : RN11 dans son axe est-ouest, RD137 dans son axe nord-sud. La RD9 permet de relier la Vendée et l'Ouest de La Rochelle. Il bénéfice d'une bonne accessibilité au réseau autoroutier (A10 – Paris-Bordeaux *via* Niort).

Deux gares TGV sont à proximité : La Rochelle et Surgères.

Plusieurs lignes de bus permettent de relier La Rochelle grâce au réseau les Mouettes du Conseil Départemental / transporteur Kéolis (L2 depuis Marans et L21 depuis Courçon *via* Saint Jean-de-Liversay et Saint-Sauveur) et à la Région Pays de la Loire (Marans est desservie par la ligne L17).

La part de la voiture dans les déplacements domicile-travail est plus importante dans la CdC (87,2 %) que dans le département (81,6 %), la région (80,7 %) ou en France métropolitaine (70,2 %). Cette part varie selon la commune de résidence, cette proportion allant de 73,9 % à Marans jusqu'à 92,4 % à La Ronde.

Fig 10.*Réseau routier traversant la Communauté de communes d'Aunis Atlantique*



Source : www.aunisatlantique.fr

Des indicateurs permettent d'estimer le temps médian des trajets domicile-travail. En moyenne les temps sont beaucoup plus élevés dans la CdC Aunis Atlantique : 18 minutes contre 11 minutes en Charente-Maritime et 12 minutes en Nouvelle-Aquitaine. Selon la commune, ce temps médian peut aller de 14 minutes à Marans, jusqu'à 33 minutes à La Ronde.

Une part importante de résidences principales construites avant 1946

En 2015, près de 13 700 logements sont comptabilisés sur le territoire d'Aunis Atlantique, dont une part élevée de résidences principales (85 % *versus* 71 % en Charente-Maritime et 80 % en Nouvelle-Aquitaine). Plus des trois quarts des occupants sont propriétaires de leur résidence principale, cette proportion variant de 58 % en France hexagonale à 65 % en Charente-Maritime. La part de logements vacants atteint 8,6 %, un chiffre comparable au niveau régional mais plus élevé qu'en Charente-Maritime (7,2 %) et France hexagonale (7,9 %).

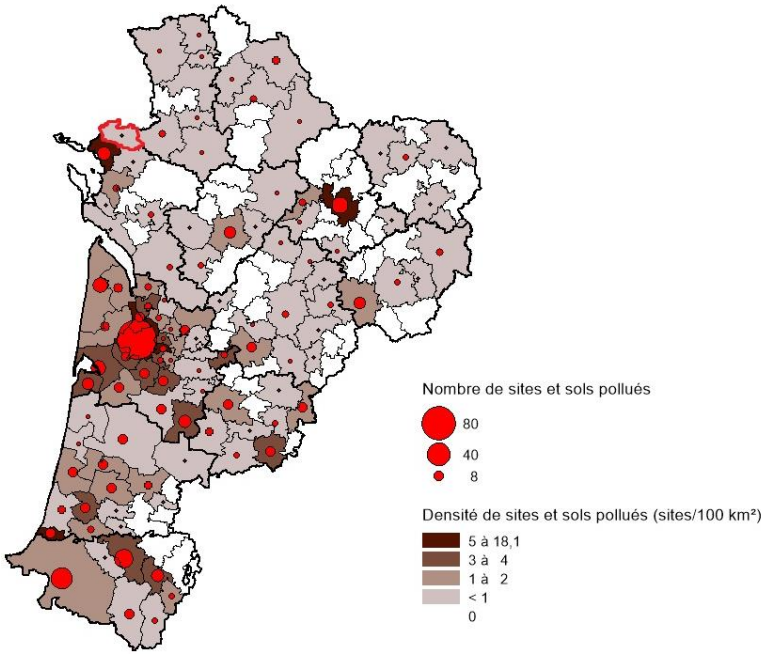
Le lien avéré entre la santé et l'habitat doit amener à porter une attention particulière aux conditions de logement. Ainsi, en 2015, le nombre de résidences principales considérées « sans confort » (ni douche, ni baignoire) est estimé à 28, soit 0,2 % des résidences principales (0,4 % en Charente-Maritime et Nouvelle-Aquitaine).

Enfin, 27,2 % des résidences principales ont été construites avant 1946 soit une part plus élevée que celle observée au niveau départemental (25,5 %) ou régional (25,4 %). Ces chiffres mettent en évidence un risque potentiel de présence de peinture au plomb dans ces logements.

Sites et sols pollués

Selon les données de BASOL, base de données accessible sur Internet recensant les sites et sols pollués (ou potentiellement pollués) appelant une action des pouvoirs publics, à titre préventif ou curatif, un seul site pollué a été recensé sur le territoire. Il est situé à Marans (Simafex : chimie, parachimie, pétrole).

Fig 11.*Sites et sols pollués recensés en Nouvelle-Aquitaine (2017)*



Installations potentiellement dangereuses

La directive européenne 2010/75/UE relative aux émissions industrielles (IED / Industrial Emissions Directive) concerne les installations potentiellement les plus polluantes, qu'il s'agisse d'émissions dans l'air, l'eau, le sol ou de gestion des déchets. Elle vise notamment à prévenir ces différentes émissions par la mise en œuvre des meilleures technologies disponibles. Dans le secteur agricole, les élevages intensifs de porcs (plus de 2 000 porcs ou plus de 750 truies) ou de volailles (plus de 40 000 emplacements) sont des installations IED.
Deux installations, situées à Marans, sont concernées : une installation « élevage » et une installation « industrie ».

Potentiel radon

L'arrêté du 27 juin 2018 liste par département les communes de potentiel radon 1, 2 et 3. Les communes qui composent Aunis Atlantique ont un potentiel radon 1. Elles sont celles localisées sur des formations géologiques présentant des teneurs en uranium les plus faibles notamment les formations calcaires, sableuses et argileuse constituant les bassins sédimentaires (bassin parisien, bassin aquitain) et les formations volcaniques basaltiques (massif central).

Risque nitrate dans les sols et les eaux

Les territoires classés « zones vulnérables nitrates » par les Agences de l'eau sont les territoires où la pollution des eaux par le rejet direct ou indirect de nitrates d'origine agricole et d'autres composés azotés susceptibles de se transformer en nitrates, menace à court terme la qualité des milieux aquatiques et plus particulièrement l'alimentation en eaux potables. De fait, ils sont soumis à des pratiques agricoles spécifiques afin de limiter le risque de pollution des milieux. La Communauté de Communes Aunis Atlantique dont le territoire est fortement consacré en Surface Agricole Utile est particulièrement exposée à ce problème : 74,5 % dans la CdC contre 62,7 % en Charente-Maritime, 46,8 % en Nouvelle-Aquitaine et 49,6 % en France métropolitaine.

Qualité des eaux distribuées

Sur l'année 2017, selon le rapport annuel du syndicat des eaux de Charente-Maritime, une commune située au nord-est de la CdC Aunis Atlantique (Charron) a été concernée par la présence de pesticides dans les eaux distribuées, sur une courte période (moins de 30 jours), et sans risque sanitaire (classe NC0). Sur les autres paramètres bactériologiques et physico-chimiques (Chlorure de Vinyle Monomère (CVM), plomb, Nickel, nitrate), les cartes fournies ne mettent pas en évidence de communes de la CdC concernées par une qualité dégradée au cours de l'année 2017.

L'utilisation de pesticides

Bien que quantitativement il soit difficile d'avancer des données précises sur cette question, la littérature scientifique au niveau international a démontré les liens avérés entre utilisation de produits phytosanitaires et dégradation de l'état de santé. Sensibiliser aux risques et adapter les pratiques peut permettre de prévenir le développement de certaines pathologies pour les agriculteurs mais également pour l'ensemble de la population (jardinage, produits ménagers…).

Développement de l'ambroisie

L'Ambroisie à feuilles d'armoise est une plante invasive originaire d'Amérique du Nord et capable de se développer rapidement dans de nombreux milieux (parcelles agricoles, bords de route, chantiers, friches, etc.). Son pollen, émis en fin d'été, provoque de fortes réactions allergiques (rhinites, etc.) chez les personnes sensibles. Les réactions les plus couramment observées sont les suivantes : rhinite (dans 90 % des cas), conjonctivite (75 %), trachéite (50 %), asthme (50 %), et urticaire (10 %). L'association de 2 ou 3 symptômes chez la même personne est la plus souvent notée.

Une fois qu'un pied d'ambroisie est observé, il faut rapidement l'éliminer car il est difficile de l'éradiquer une fois installé. Aussi, il est important qu'elle soit détruite sur son front de colonisation. La Charente-Maritime est un département concerné par la présence de l'Ambroisie, avec plus de 50 observations recensées en 2016.

Les particules fines et azote

Les **particules fines** constituent un ensemble de substances particulaires microscopiques, c'est-à-dire de l'ordre du micron (1 micron = un millième de millimètre). Ces substances sont solides ou liquides et restent en suspension dans l'air en général de quelques jours à quelques années. Elles sont transportées sur de longues distances par les courants atmosphériques. Ensuite elles retombent au sol *via* les pluies ou sous forme de poussières. Elles peuvent être classifiées de différentes façons selon leur origine, leur dimension, leur composition et leur mode de formation. Plus les particules sont petites, plus elles pénètrent facilement dans nos poumons. Ainsi les particules les plus fines (PM 1) sont les plus problématiques, car elles peuvent, *via* les poumons, se diffuser dans le sang. Certains types de particules semblent plus nuisibles que d'autres : c'est le cas, par exemple, de celles issues de la combustion (suies) du charbon, du diesel et du bois. Les effets sur la santé se font sentir à court, mais surtout à long terme : réactions inflammatoires des poumons, symptômes respiratoires et effets néfastes sur le système cardiovasculaire, pour des expositions de courte durée, aggravation de l'asthme, toux et bronchites chez les enfants, réduction des fonctions pulmonaires et réduction de l'espérance de vie (mortalité cardio-pulmonaire et cancer des poumons), pour des expositions de longue durée.

Les conséquences pour la qualité de la vie sont donc graves. Les enfants, les personnes âgées, de même que les personnes souffrant d'asthme ou de maladies cardio-vasculaires sont particulièrement vulnérables.

Les activités humaines, telles que le chauffage (notamment au bois), la combustion de combustibles fossiles dans les véhicules, les centrales thermiques et de nombreux procédés industriels en génèrent également d'importantes quantités, notamment les PM10 (Particulate Matter à 10 microns) et les PM2,5 (Particulate Matter à 2,5 microns).

Le **dioxyde d'azote** (NOx), est un gaz nocif pour le système respiratoire. Principalement formé lors des processus de combustion, dans les moteurs de voiture mais aussi les centrales électriques, c'est un gaz irritant qui engendre une hyperactivité bronchique. Il augmente la fréquence et l'intensité des crises d'asthme et peut favoriser des affections pulmonaires chez l'enfant.

Les données indiquent des émissions plus élevées sur le territoire qu'au niveau régional et départemental, en PM10 (47 % est issu de l'agriculture et 27 % du résidentiel/tertiaire), en PM2,5 (32 % sont issus de l'agriculture et 40 % sont issus du résidentiel/tertiaire), et en dioxyde d'azote (Nox) principalement dû au transport routier (74 %).

La présence du moustique « tigre »

Le moustique *Aedes albopictus* dit moustique tigre est vecteur de maladies telles que la dengue, le chikungunya ou le zika. La lutte contre ce moustique est donc une composante de la lutte antivectorielle (LAV). En métropole, il s'est développé rapidement depuis 2004 et est désormais implanté dans 51 départements (au 1ier janvier 2018). La Charente-Maritime est considérée comme un département dans lequel il est implanté et actif, c'est-à-dire durablement installé et se multipliant.

L'activité physique et sportive

En termes de politiques publiques, les municipalités ou communautés de communes peuvent également jouer un rôle important dans le développement de conditions propices à des comportements bénéfiques pour la santé comme des structures facilitant les déplacements actifs. Pour la pratique d'activités sportives, le taux d'équipements implantés sur le territoire est proche des niveaux départemental et régional. Pourtant, les taux de licences sportives délivrées auprès des jeunes, des adultes ou des 60 ans ou plus se révèlent plus faibles qu'ailleurs quel que soit le sexe. Aussi, des actions pourraient être développées pour encourager la pratique de sport.

Fig 12. *Equipements sportifs (nombre et taux pour 10 000 hab.) et licences sportives (nombre et taux en %)*

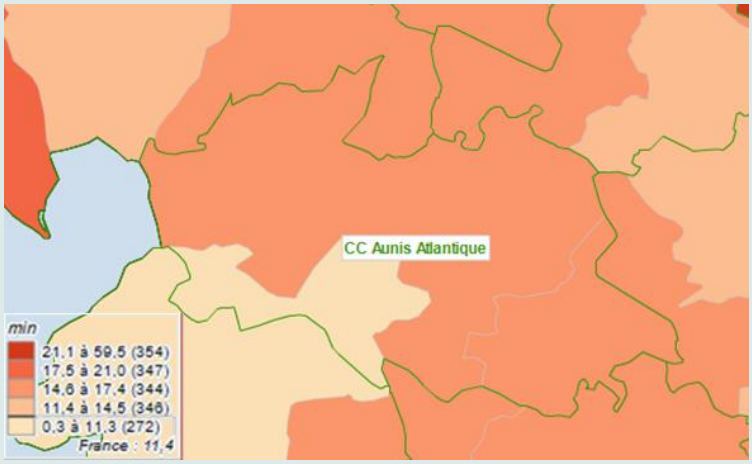
	CdC Aunis Atlantique		Charente-Maritime	Nouvelle-Aquitaine	France hexagonale
	nombre	taux	taux	taux	taux
Equipements sportifs	176	60,1	63,5	59,7	48,1
Licences délivrées aux 5-19 ans					
- Hommes	2 216	76,3	84,4	91,7	85,7
- Femmes	1 350	44,0	54,5	61,6	56,9
Licences délivrées aux 20-59 ans					
- Hommes	1 564	21,2	22,5	25,4	22,7
- Femmes	676	9,2	10,9	12,8	11,0
Licences délivrées aux 60 ans et plus					
- Hommes	247	8,5	11,9	12,8	12,1
- Femmes	237	6,7	7,2	8,1	7,7

Sources : Ministère de la ville, de la jeunesse et des sports, Insee (RP 2015)

Des temps d'accès aux services courants plus importants

L'indicateur utilisé calcule le temps moyen nécessaire pour accéder à un panier de 29 commerces et services de la gamme intermédiaire, c'est-à-dire d'usage courant, sans être de proximité. Le temps est calculé pour chaque individu et pour chaque service comme le temps nécessaire en automobile, aux heures de pointe, pour se rendre de sa commune de résidence à la commune la plus proche ayant ce service. La présence de commerces et services est une condition nécessaire pour maintenir et améliorer la qualité de vie des habitants d'un territoire, pour attirer de nouveaux résidents et des touristes, pour faire émerger de nouvelles activités économiques (maintien des emplois, attraction d'entreprises). L'accès aux commerces et services influe sur la qualité de vie quotidienne des populations. Les différences d'accessibilité, entre les territoires ou au sein d'un territoire, peuvent constituer une forme d'inégalité entre les habitants. Cet indicateur résume les potentialités d'approvisionnement offertes dans les bassins de vie et les contraintes de mobilité quotidienne, en tenant compte de l'offre présente dans les pôles de services qui maillent le territoire et de la fluidité de circulation pour rejoindre ces pôles. L'échelon territorial retenu est le bassin de vie, pertinent pour l'analyse de l'accessibilité puisque construit comme devant être le plus petit territoire sur lequel peut s'accomplir la majorité des actes «courants» : il s'agit de l'accès aux services privés ou publics fréquentés assez souvent (gamme intermédiaire) et de l'accès à l'emploi (Banque, école de conduite, coiffure, restaurant, police/gendarmerie, poste, supermarché, boulangerie, librairie/papeterie/journaux, station-service, épicerie/supérette, collège, école élémentaire, médecin omnipraticien, chirurgien-dentiste, infirmier, pharmacie, laboratoire d'analyses médicales, service d'aide aux personnes âgées, garde d'enfants d'âge préscolaire, salle ou terrain multisports). Seules les communes situées à l'ouest de la CdC ont des temps d'accès inférieurs à la moyenne nationale (11,4 min). Cette zone concerne les communes du bassin de vie de La Rochelle dont le temps moyen séparant le domicile aux services courant est estimé à 8 minutes contre 16 minutes pour les habitants des bassins de vie de Marans et Surgères.

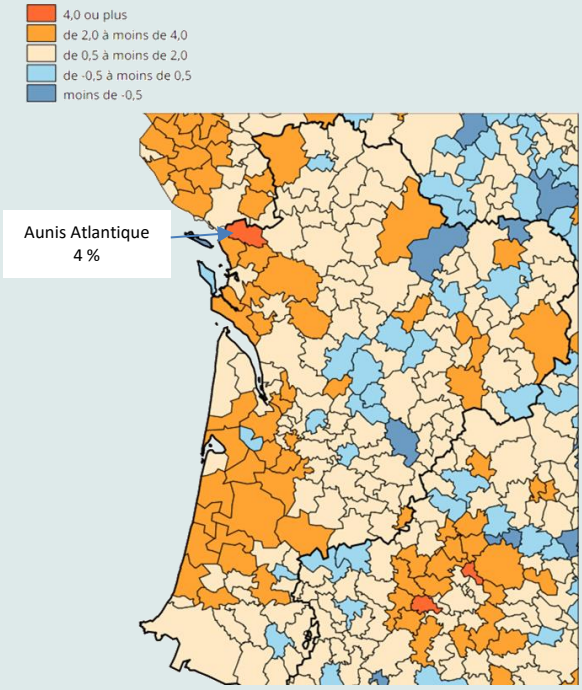
Fig 13. *Temps moyen d'accès aux services d'usage courant* au plus près du domicile (minutes)*



Sources : INSEE (RP) 2014, distancier Metric

Une proportion d'actifs domiciliés dans la CdC travaillant hors d'Aunis-Atlantique en forte augmentation

Fig 14. *Variation annuelle des sorties entre 2006 et 2016 par EPCI (%)*



L'Insee emploie le terme de **navetteurs** pour désigner les personnes dont l'emploi se situe hors de l'EPCI dans lequel ils sont domiciliés. Dans une récente étude, l'Insee a estimé l'évolution entre 2006 et 2016 de la proportion de navetteurs au sein des EPCI de la Nouvelle-Aquitaine. Selon cette étude, en 2016, 70 % des actifs travaillent et résident dans le même EPCI mais l'évolution de cette proportion diffère selon l'EPCI. Ainsi, Aunis Atlantique est l'EPCI pour lequel l'augmentation est la plus importante : entre 2006 et 2016, les navetteurs sortants ont augmenté de 4 % en moyenne par an, soit l'évolution la plus élevée de Nouvelle-Aquitaine (1,5 % en moyenne en Nouvelle-Aquitaine). Ceci pourrait être la traduction d'une arrivée sur le territoire de nouveaux actifs ayant un emploi au sein de la Communauté d'Agglomération de La Rochelle.

Source : Les flux domicile–travail s'intensifient autour de Bordeaux, La Rochelle et Bayonne. Insee Flash Nouvelle-Aquitaine n° 49. Septembre 2019.

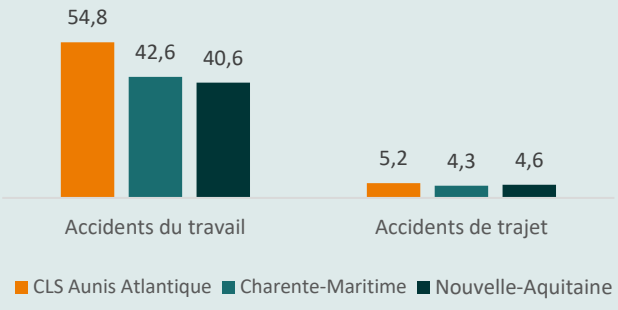
Les questions de qualité de vie au travail à ne pas oublier

Le milieu du travail est en constante évolution et les conditions de travail peuvent engendrer des conséquences sur la santé qu'il est important de prévenir. La santé au travail s'applique ainsi à une grande variété d'aspects touchant aux conditions physiques et psychosociales, à l'environnement, à l'organisation… En France, des données sont recueillies pour suivre les fréquences d'accidents du travail, de trajets ou de maladies professionnelles en fonction des secteurs d'activités.

Sur la CdC Aunis Atlantique, les indices de fréquence des accidents du travail et des accidents de trajet sont au-dessus des moyennes départementale et régionale en 2017 pour les salariés du régime général (avec 147 accidents du travail recensés et 14 accidents de trajet). Deux secteurs affichent notamment des indices de fréquence d'accidents de travail élevés : cela concerne les salariés du bâtiment et des travaux publics ainsi que ceux des services.

Ces données concernent les entreprises installées sur le territoire. Les salariés de ces entreprises peuvent ne pas être domiciliés sur la CdC Aunis Atlantique.

Fig 7. *Indices de fréquence des accidents du travail et de trajet en 2017 (pour 1 000 salariés du régime général)*



Source : Carsat 2017 / Exploitation : ORS Nouvelle-Aquitaine

V. L'ÉTAT DE SANTÉ

Un taux de mortalité générale supérieur à la moyenne nationale et une surmortalité par maladies de l'appareil circulatoire

Les analyses des causes principales de décès et de l'âge au moment du décès permettent de dresser un panorama objectif des disparités spatiales existantes, qui peut aider les décideurs à cibler les facteurs de risque sur lesquels agir en priorité. Ces données domiciliées sont issues des certificats de décès.

Entre 2011 et 2015, 275 décès surviennent chaque année en moyenne sur la CdC Aunis Atlantique. Standardisés sur l'âge (c'est-à-dire rapportés à une structure par âge comparable à celle de la France), le taux de mortalité générale se montre statistiquement supérieur au niveau national quel que soit le sexe.

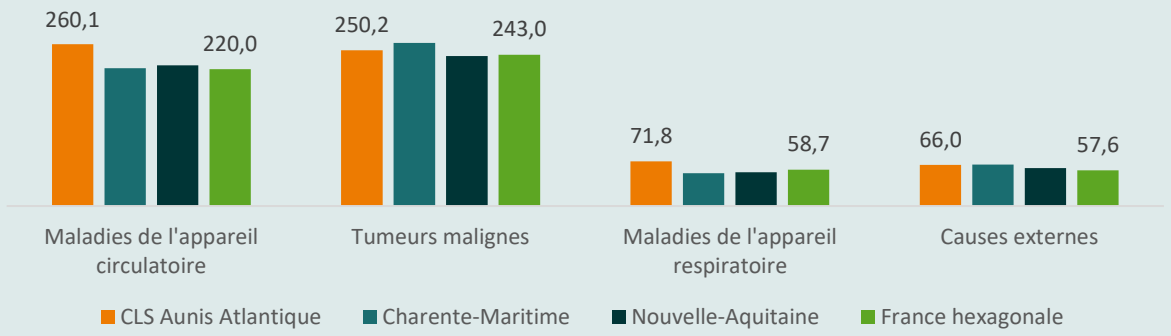
Parmi ces décès, 44 ont lieu avant l'âge de 65 ans soit 16 %, et sept décès prématurés sur dix concernent les hommes (31 décès prématurés). Par ailleurs, près d'un tiers de ces décès prématurés sont dits « évitables » par la prévention primaire ; c'est-à-dire l'ensemble des actions entreprises en amont de la maladie ou du problème de santé. Sont par conséquent pris en compte à ce stade de la prévention les conduites individuelles à risque (tabagisme, alcoolisation excessive, sédentarité, déséquilibres alimentaires), comme les risques en termes environnementaux ou sociétaux. Sur le territoire, aucune différence significative de mortalité prématurée ou prématurée évitable n'est observée par rapport à la France hexagonale.

Les principales causes de mortalité, tous âges et sexes confondus, sont les maladies de l'appareil circulatoire (ou maladies cardiovasculaires) (26,2 % des décès) et les tumeurs malignes (23,6 %) qui représentent à elles seules la moitié des décès enregistrés sur la CdC Aunis Atlantique. La mortalité par tumeurs malignes ne diffère pas significativement du niveau national. Selon le type de cancer étudié (colon-rectum, trachée, bronches, poumon, sein et prostate), la mortalité reste aussi comparable.

En revanche, il existe une surmortalité par maladies de l'appareil circulatoire notamment chez les hommes. En effet, chez les femmes, le taux de mortalité par maladies cardiovasculaires se montre également plus élevé mais cette différence n'est pas statistiquement significative (bien qu'à la limite de la significativité). Les 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.

Parmi les autres causes de décès étudiées, une surmortalité par maladies de l'appareil respiratoire est également observée chez les femmes uniquement. La mortalité par pathologies liées au tabac ou à l'alcool (respectivement 34 et 7 décès annuels moyens) ne montre pas de différence significative avec le niveau national. La mortalité par suicide se révèle également comparable. Enfin, l'analyse de la mortalité par accidents de la circulation est rendue difficilement interprétable du fait de la faiblesse des effectifs de décès observés sur le territoire entre 2011 et 2015 réduisant la stabilité des taux standardisés calculés.

Fig 8. *Taux standardisés de mortalité par cause sur la période 2011-2015 (pour 100 000 habitants)*



Sources : Inserm CepiDc, Insee (RP 2014)
Exploitation : ORS Nouvelle-Aquitaine

Une moindre prise en charge en affections de longue durée hormis pour maladies d'Alzheimer et autres démences chez les femmes

Destiné à la prise en charge financière des soins liés à une maladie chronique nécessitant un traitement prolongé et une thérapeutique coûteuse, le dispositif des affections de longue durée (ALD) des caisses d'assurance maladie constitue l'approche la plus souvent utilisée pour estimer la morbidité sur un territoire qui reste difficilement quantifiable. La limite existante est le plus souvent liée aux personnes qui ne font pas la demande d'inscription dans ce dispositif conduisant à une sous-estimation du nombre réel d'individus atteints.

Au 31 décembre 2016, près de 5 500 ALD étaient prises en charge en Aunis Atlantique. Standardisés sur l'âge, le taux de prévalence des ALD est inférieur à celui de la France hexagonale quel que soit le sexe. Selon le type d'ALD, les taux de prévalence pour tumeurs malignes et pour maladies de l'appareil circulatoire sont comparables au niveau national chez les hommes comme chez les femmes. Concernant les ALD pour diabète de type 2, pour asthme et pour bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), une moindre fréquence de prise en charge est constatée.

Enfin, 204 personnes de 65 ans ou plus étaient prises en charge au titre d'une ALD pour maladies d'Alzheimer et autres démences. Chez les femmes (qui représentent 80 % des dites ALD), le taux de prévalence se montre largement supérieur au niveau national.

VI. OFFRE DE SANTÉ ET RECOURS AUX SOINS

Une antenne CMP-CATTP à Marans

Si très peu de structures sanitaires sont localisées sur la CdC (absence de lits en Médecine-Chirurgie-Obstétrique, en Soins de Suite et de Réadaptation, en Soins de Longue Durée, en Hospitalisation A Domicile - HAD), la proximité du Groupe Hospitalier de La Rochelle - Ré - Aunis assure une réponse aux besoins de santé des habitants d'Aunis Atlantique. Il compte notamment comme établissements :

- L'hôpital St-Louis qui propose des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et hospitalisation à domicile, des consultations externes, un service d'accueil des urgences et du SAMU 17 ;
- L'hôpital psychiatrique Marius Lacroix qui regroupe des structures de soins en santé mentale couvrant globalement la population de la moitié nord du département de la Charente Maritime, réparties en différents secteurs. La CdC Aunis Atlantique dépend ainsi :
  - ✓ du secteur 1 de psychiatrie adulte composé de :
    - 3 unités d'hospitalisation complète (Aire Bleue, Arnozan et Île de Ré) ;
    - 2 hôpitaux de jour (Les Églantines et Eugène Delacroix) assurant des prises en charge séquentielles individuelles ou groupales utilisant divers supports thérapeutiques ;
    - 1 centre médico-psychologique (CMP) principal à La Rochelle, le "Sémaphore" comportant notamment une antenne CMP-CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel) à Marans. Les CMP proposent des consultations pluri professionnelles (psychiatre, psychologue, infirmier, assistante sociale), des soins à domicile (visite) et des activités thérapeutiques. Les CATTP sont des lieux non médicalisés de soins, d'expression et de rencontres, intermédiaires entre l'hôpital de jour et le CMP qui s'adressent aux usagers en santé mentale qui vivent chez eux.
    - 14 places d'hébergements alternatifs à l'hospitalisation thérapeutiques et communautaires
    - 1 équipe mobile de psychogériatrie qui intervient une fois par semaine à l'EHPAD de Marans et à l'EHPAD de La Chancellerie à Saint-Jean-de-Liversay.
  - ✓ de l'inter-secteur de psychiatrie infanto-juvénile
  - ✓ de l'inter-secteur adolescents - jeunes adultes - urgences - post-urgence : ce service propose, sur l'hôpital Saint-Louis, des hospitalisations de courte durée (Post-Urgences) et des évaluations spécialisées au service Accueil Urgences (Urgences psychiatriques) destinées à la prise en charge des patients anxio-dépressifs et suicidants et des patients difficiles.

  Sur ce site est également implantée la Maison d'accueil Spécialisée (MAS) "La Fontaine du Roc". Cette structure médico-sociale accueille des personnes ayant besoin d'un accompagnement éducatif spécifique au quotidien, d'une surveillance et de soins constants.
- Le Fief de La Mare – centre de gérontologie qui regroupe :
  - ✓ Les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) en hospitalisation complète et hospitalisation de jour ;
  - ✓ Les Unités de Soins de Longue Durée (USLD) qui accueillent en hébergement des personnes âgées nécessitant une surveillance médicale, des traitements constants ;
  - ✓ Un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD de Baillac), lieu de vie permettant de recevoir des personnes en perte d'autonomie ;
  - ✓ Un hôpital de jour ;

- ✓ Une équipe mobile inter-EHPAD et extrahospitalière ;
- ✓ Le Treuil Moulinier : institution médicosociale qui accueille des adultes présentant un déficit intellectuel ou mental et qui se compose d'un Établissement et Service d'Aide par le Travail, d'un foyer d'hébergement, d'un service d'accompagnement à la vie sociale et d'un foyer de vie.

- Le Centre de Soins de Suite de Marlonges.

Le Groupe Hospitalier de La Rochelle - Ré - Aunis compte également un Service Inter Sectoriel en Addictologie (SISA) qui regroupe ses équipes médicales au sein des urgences et qui fait partie d'une unité d'addictologie avec une offre de soins diversifiés et coordonnés : l'ESPAR (Espace de Soins et de Prévention en Addictologie de la Rochelle) composé d'une équipe pluridisciplinaire de médecins, psychiatres, cadres de santé, psychologues, infirmiers(e), assistantes sociales, secrétaires et Agents des Services Hospitaliers. Sont proposés aux patients :

- ✓ Un accueil unique pour les prises de rendez-vous, les renseignements et un premier entretien d'évaluation et d'orientation ;
- ✓ Une unité d'hospitalisation pour des cures (4 semaines) et des sevrages (1 semaine) : le SISA, avec possibilité de soins ambulatoires, individuels et de groupes ;
- ✓ Un CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) ;
- ✓ Une Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) pour les patients hospitalisés dans les services de l'hôpital Saint-Louis et Marius-Lacroix.

Enfin, le Groupe Hospitalier de La Rochelle - Ré - Aunis dispose aussi :

- d'une consultation de tabacologie ;
- d'un Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD) des Infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles ;
- d'une Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) qui constitue une unité de prise en charge médico-psychosociale de toutes personnes en situation de précarité (absence ou insuffisance de couverture sociale, sans ressources, sans abri, en situation de marginalité et en errance). La PASS assure aussi des suivis et des accompagnements en intra et extra hospitalier.

Une densité en médecin généraliste comparable

Fin février 2019, 31 médecins généralistes libéraux (hors remplaçants) étaient installés sur le territoire d'Aunis Atlantique. En comparaison, ils étaient 34 omnipraticiens en février 2014, soit 4 professionnels de moins en 5 ans. A noter l'absence de médecins généralistes dans le sud-est du territoire sur les communes de Cram-Chaban, La Laigne, Benon, Le Gué-d'Alleré, et La Grève-sur-Mignon (Cf. carte figure 10). Les temps d'accès estimés sont compris entre 5 et 7 minutes (La Laigne).

La densité en médecins généralistes est comparable aux autres territoires de référence : 102,4 pour 100 000 habitants versus 107,2 en Charente-Maritime et 100,3 en Nouvelle-Aquitaine (91,6 en France hexagonale). Lorsque cette densité est rapportée aux personnes de 75 ans et plus, dont les besoins de santé sont plus importants, la situation de la CdC est très favorable par rapport aux situations départementales, régionales ou nationales : 1 242,9 médecins généralistes pour 100 000 personnes âgées de 75 ans et plus dans la CdC, contre 853,6 en Charente-Maritime, 881,8 en Nouvelle-Aquitaine, 985,4 en France hexagonale.

De même, la proportion des médecins âgés de 55 ans et plus est plus de deux fois moins importante que sur les autres territoires de référence, ce qui est un indicateur favorable pour la démographie en médecins généralistes à venir : 20 % des médecins généralistes ont 55 ans et plus dans le CdC, contre 46,8 % en Charente-Maritime, 50,7 % en Nouvelle-Aquitaine, et 53,5 % en France hexagonale.

L'ARS Nouvelle-Aquitaine a arrêté le 4 juillet 2018 le nouveau zonage médecin. Élaboré sur la base de critères objectifs et identiques pour l'ensemble de la France, il prend en compte différents critères tels que les besoins de soins en fonction de l'âge des habitants, le temps d'accès par la route vers le médecin généraliste, le volume d'activités des médecins, pour prendre en compte le manque de médecins, et anticiper les départs à la retraite.

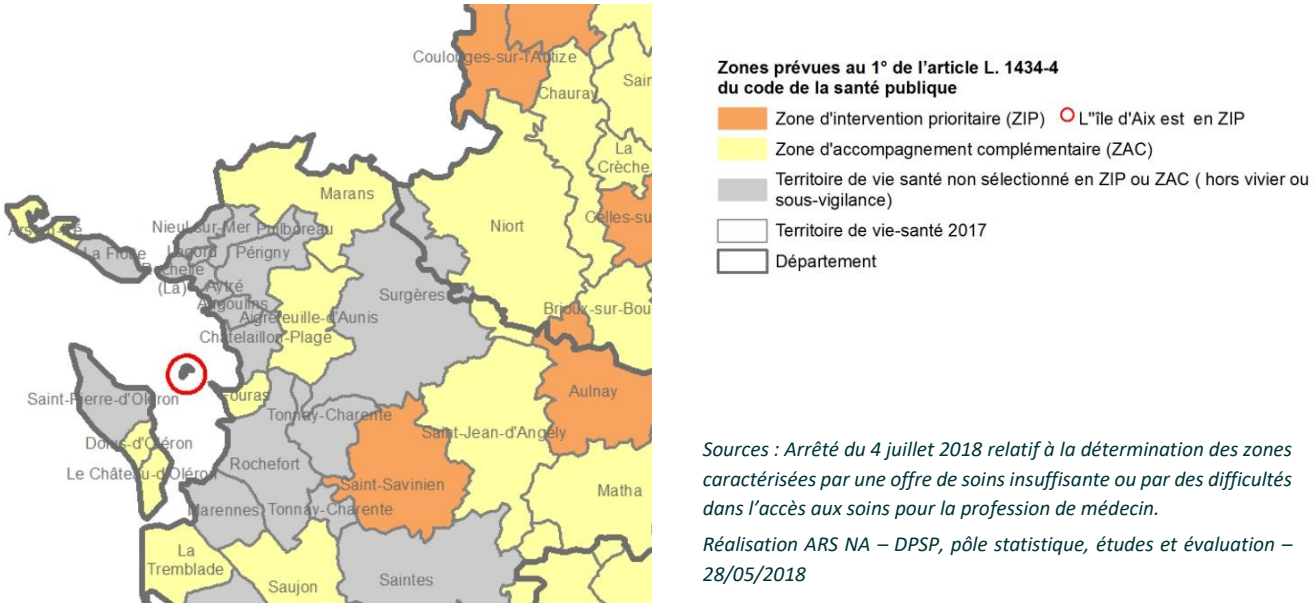
Ce zonage identifie deux catégories de territoires qui se distinguent par l'importance des difficultés d'accès aux soins et par les moyens mis en œuvre pour remédier aux problèmes de démographie médicale :

- les « zones d'intervention prioritaire » (ZIP) qui représentent les territoires les plus durement confrontés au manque de médecins et où les aides incitatives financières sont les plus importantes ;
- les « zones d'action complémentaire » (ZAC), moins impactées par le manque de médecins mais qui nécessitent de mettre en œuvre des moyens pour éviter que la situation ne se détériore.

Parmi les 20 communes de la CdC Aunis Atlantique, 11 situées au sein du territoire de vie-santé de Marans sont classées en ZAC : Andilly-Les-Marais, Charron, Courçon d'Aunis, Ferrières, La Ronde, Le Gué d'Alleré, Marans, Saint Cyr du Doret, Saint-Jean de Liversay, Saint Sauveur d'Aunis, Taugon. Sur ces territoires, il sera possible de bénéficier de mesures d'aide à l'installation proposées par l'ARS (contrat d'engagement de service public (CESP), contrat de praticien territorial de médecine générale (PTMG), contrat de praticien territorial médical de remplacement (PTMR)...) et aux aides proposées par les collectivités locales en application de l'article L1511-8 du code général des collectivités territoriales.

Les 9 autres communes appartiennent à des territoires de vie-santé non sélectionnés en ZIP ou ZAC.

Fig 9. *Zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins en médecine générale en 2018*



Sources : Arrêté du 4 juillet 2018 relatif à la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins pour la profession de médecin.

Réalisation ARS NA – DPSP, pôle statistique, études et évaluation – 28/05/2018

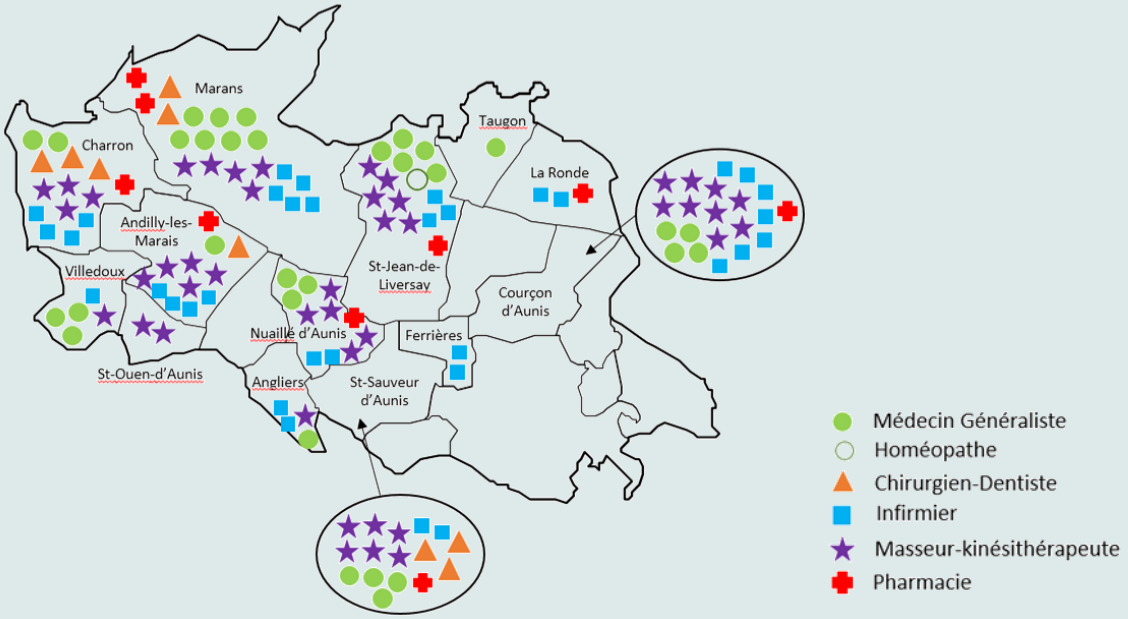
Pour estimer l'accessibilité au médecin généraliste, la DREES a construit un indicateur composite : l'Accessibilité Potentielle Localisée (APL).

Calculée à l'échelle communale, l'Accessibilité Potentielle Localisée à un médecin généraliste de moins de 65 ans tient compte de l'activité réelle des médecins généralistes (nombre d'actes annuels), de la distance à laquelle ils se trouvent (mesurée par temps de trajet en voiture), et de la répartition de la population par âge reflétant ses besoins théoriques. L'indicateur se traduit par un nombre de consultations accessibles par personne et par an. Sur la CdC, 6,8 % de la population (1 980 personnes) appartiennent à une commune dont l'accessibilité potentielle localisée à un médecin généraliste de moins de 65 ans est inférieure à 2,5 consultations ou visites par an et par habitant, soit le seuil en dessous duquel la commune est considérée comme « sous-dense ». Cette proportion est de 6,4 % en Charente-Maritime et de 10,2 % en Nouvelle-Aquitaine.

Une offre de soins libérale absente au sud-est du territoire

Au mois de février 2019, le territoire dénombre également : neuf chirurgiens-dentistes, 34 infirmiers, 44 masseurs-kinésithérapeutes, un médecin-homéopathe ainsi que neuf pharmacies. A noter les absences de médecins spécialistes sur le territoire (cardiologue, dermatologue, gynécologue, pédiatre, psychiatre).

Fig 10. *Offre de soins libérale sur la Communauté de communes Aunis Atlantique en 2019*



Sources : ASIP RPPS Extraction le 25-02-2019, Annuaire Améli, FNORS, Janvier 2018
Réalisation ORS Nouvelle-Aquitaine

Les densités de professionnels les plus récentes ont été calculées au 1er janvier 2018, ce qui explique les différences avec la carte des professionnels de santé présentée ci-dessus. Au 1er janvier 2018, le territoire compte 27,3 chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes pour 100 000 habitants, soit une densité deux fois moindre que celle observée au niveau départemental ou régional. La densité d'infirmiers se montre également largement inférieure : 99 pour 100 000 habitants contre 141 en Charente-Maritime et 176,5 en Nouvelle-Aquitaine. Avec 15,4 sages-femmes pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans, le rapport de densité est 2,7 fois inférieur aux niveaux départemental et régional. Même tendance pour les psychologues avec une densité de 13,7 pour 100 000 habitants *versus* 22,8 en Charente-Maritime et 28,3 en Nouvelle-Aquitaine. Enfin, la densité de pharmacies d'officine est, elle aussi, moins élevée qu'ailleurs : 27,3 pour 100 000 habitants contre près de 40 aux niveaux départemental et régional (en août 2018). Seule la densité d'orthophonistes se montre nettement supérieure sur le territoire : 41 pour 100 000 habitants contre 23,9 dans le département et 25,1 dans la région.

Fig 11. *Nombre et densités de professionnels de santé libéraux (pour 100 000 habitants)*

	Aunis Atlantique		Charente-Maritime	Nouvelle-Aquitaine	France hexagonale
	nombre	taux	taux	taux	taux
Médecins généralistes	30	102,4	107,2	100,3	91,6
Chirurgiens-dentistes	8	27,3	54,4	55,2	56,1
Sages-femmes	1	15,4	42,9	41,0	Nd
Infirmiers	29	99,0	141,0	176,5	179,8
Psychologues	4	13,7	22,8	28,3	Nd
Orthophonistes	12	41,0	23,9	25,1	31,0
Pharmacies	8	27,3	39,7	39,6	34,2

Sources : ARS NA, RPPS, Insee (RP 2015)

Le pôle de santé de la Baie à Charron

En 2018, une Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) - Pôle de Santé de la Baie - a été créée à Charron. Majoritairement implantées dans des bassins de vie à dominante rurale, les MSP renforcent l'attractivité des territoires pour les professionnels de santé et améliorent la qualité des soins et du suivi médical, grâce à une prise en charge pluriprofessionnelle et coordonnée des patients. Elles se différencient des cabinets de groupe par un exercice pluriprofessionnel et coordonné, c'est-à-dire dont la collaboration entre les différents professionnels de l'équipe est formalisée par un projet de santé validé par l'Agence Régionale de Santé (ARS). Elles sont avant tout, des initiatives locales menées par des professionnels de santé (regroupement) ou des élus locaux (construction immobilière).

Un recours au médecin généraliste et au chirurgien-dentiste plus important

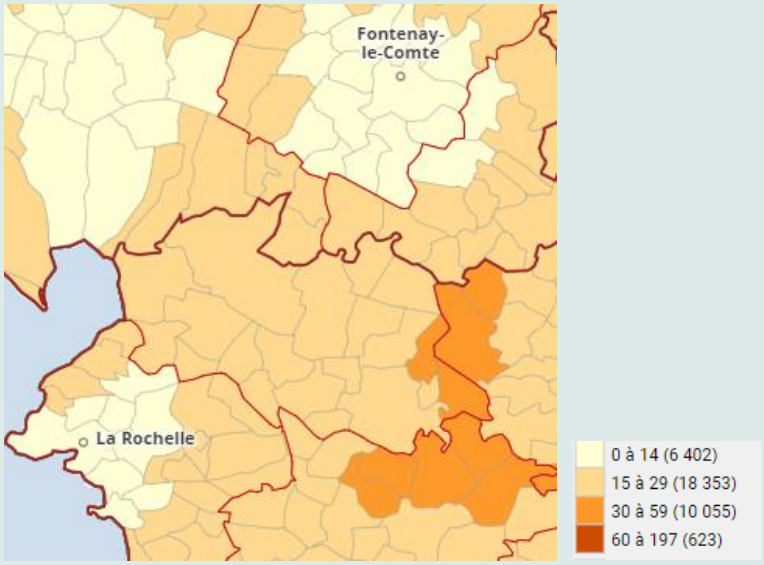
En 2017, 95 % des assurés et ayants-droit ont eu recours à une consultation ou visite d'un médecin généraliste au moins une fois dans l'année. Cette proportion est nettement plus importante qu'ailleurs, puisqu'elle varie de 83 % en France hexagonale à 89 % en Charente-Maritime. En outre, 40 % des assurés et ayants-droit ont eu recours à un chirurgien-dentiste, soit une proportion aussi plus élevée (38 % en Charente-Maritime et 35 % aux niveaux régional et national).

Un recours nettement moins élevé au service des urgences

Avec plus de 5 300 passages dans un service des urgences des résidents du territoire (comprenant aussi les communes de Vérines, Bouhet et Anais) en 2017, le taux de recours aux urgences est de 16 pour 100 habitants contre près du double au niveau départemental ou régional. Toutefois, avec 3 patients hospitalisés sur 10 passages aux urgences dont la suite est connue, le taux d'hospitalisation est légèrement supérieur à celui de la Charente-Maritime (28 %) et de la Nouvelle-Aquitaine (25 %).

Le temps d'accès à un service d'urgences le plus proche est compris entre 15 et 29 minutes dans la plupart des communes de la CdC. Deux communes du sud-est sont concernées par des temps un peu supérieurs : Cram-Chaban (30 minutes) et La Grève-sur-Mignon (32 minutes).

Fig 12. *Temps d'accès à un service d'urgences par commune en 2017 (minutes)*



Source : FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS ARA

Davantage d'hospitalisations en chirurgie et de prises en charge à temps complet en psychiatrie générale

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. Les séjours considérés sont affectés au lieu de résidence du patient et concernent les unités de soins des établissements de santé publics et privés. Du fait du caractère médico-économique de ces données, leur principale limite est de ne repérer que la morbidité traitée par le système de soins. Le recours hospitalier dépend de l'état de santé de la population, mais aussi de l'accessibilité de l'offre, des pratiques médicales des professionnels et des habitudes de recours des personnes.

En 2015, les habitants d'Aunis Atlantique ont effectué près de 2 700 séjours hospitaliers en médecine et 2 400 en chirurgie. A structure d'âge égale, les taux d'hospitalisations en médecine comme en chirurgie sont proches de ceux de la Charente-Maritime quel que soit le sexe. Mais, comparés aux niveaux régionaux et nationaux, les taux de recours aux services de médecine sont bien plus faibles et, au contraire, légèrement plus élevés concernant la chirurgie.

Les fréquences de prises en charge à temps complet en psychiatrie générale restent proches de celles observées dans le département chez les hommes comme chez les femmes. Toutefois, elles sont nettement plus élevées qu'aux niveaux régional et national. En revanche, les prises en charge en ambulatoire en psychiatrie générale comme en psychiatrie infanto-juvénile se montrent largement moins fréquentes que les niveaux observés pour les autres échelons géographiques étudiés.

Fig 13. *Hospitalisations des habitants de la Communauté de Communes Aunis Atlantique (Nombres et taux standardisés pour 1 000 habitants - 2015)*

	Aunis Atlantique		Charente-Maritime	Nouvelle-Aquitaine	France hexagonale
	nombre	taux	taux	taux	taux
Séjours hospitaliers en médecine					
- Hommes	1 420	**117,5**	**116,4**	**125,3**	126,2
- Femmes	1 241	**83,8**	**88,8**	**98,7**	99,7
Séjours hospitaliers en chirurgie					
- Hommes	1 161	92,3	**91,6**	**90,5**	88,3
- Femmes	1 209	**88,0**	**85,9**	**83,6**	82,4

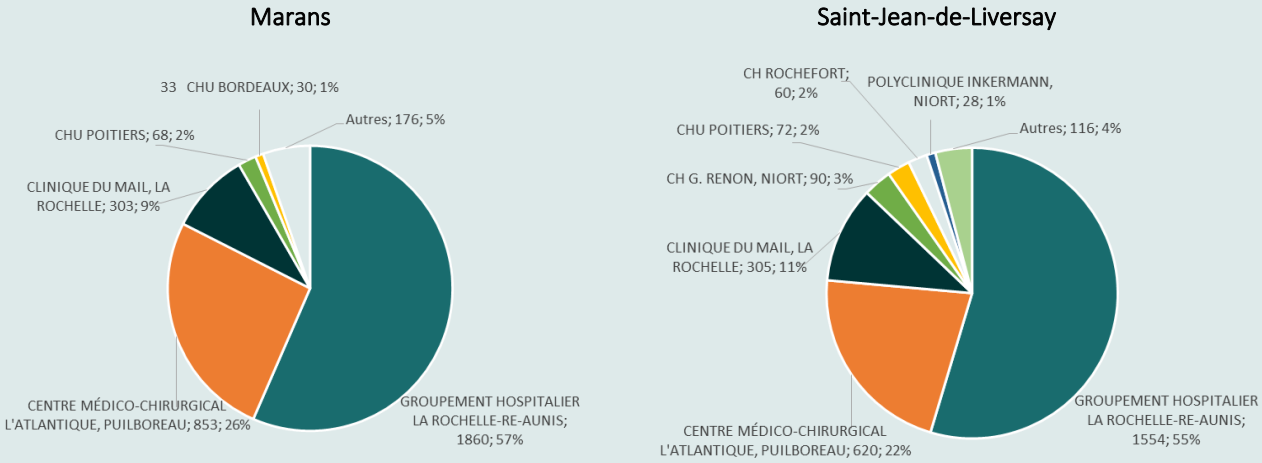
Sources : ATIH PMSI MCO, Insee (RP 2015)

Des hospitalisations essentiellement réalisées à La Rochelle

Les données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) permettent également de connaître les établissements dans lesquels ont lieu les séjours hospitaliers, par rapport à un zonage spécifique. La CdC Aunis Atlantique correspond à au moins deux zones de recrutement, la première autour de Marans (Marans, Charron, Andilly-les-Marais, Villedoux, Saint-Ouen-d'Aunis, et Longèves) et la seconde autour de Saint-Jean-de-Liversay (Saint-Jean-de-Liversay, Taugon, La Ronde, Saint-Cyr-du-Doret, Ferrières-d'Aunis, Courçon-d'Aunis, La Grève-sur-Mignon, Benon, La Laigne, Cram-Chaban). Seules quatre communes de la CdC ne sont pas prises en compte dans ce découpage : Nuaillé-d'Aunis, Angliers, Saint-Sauveur-d'Aunis, Le Gué-d'Alleré.

Les séjours hospitaliers en Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) sont réalisés dans un établissement de la Communauté d'Agglomération de La Rochelle pour l'essentiel. Sur la zone de Marans, 92 % des séjours sont réalisés soit au groupement hospitalier La Rochelle-Ré-Aunis (57 %), soit au centre médico-chirurgical de l'Atlantique à Puilboreau, soit à la Clinique du Mail à La Rochelle (9 %). Sur la zone de Saint-Jean-de-Liversay, cette proportion atteint 88 % : 55 % au groupement hospitalier La Rochelle-Ré-Aunis, 22 % au centre médico-chirurgical de l'Atlantique et 11 % à la Clinique du Mail.

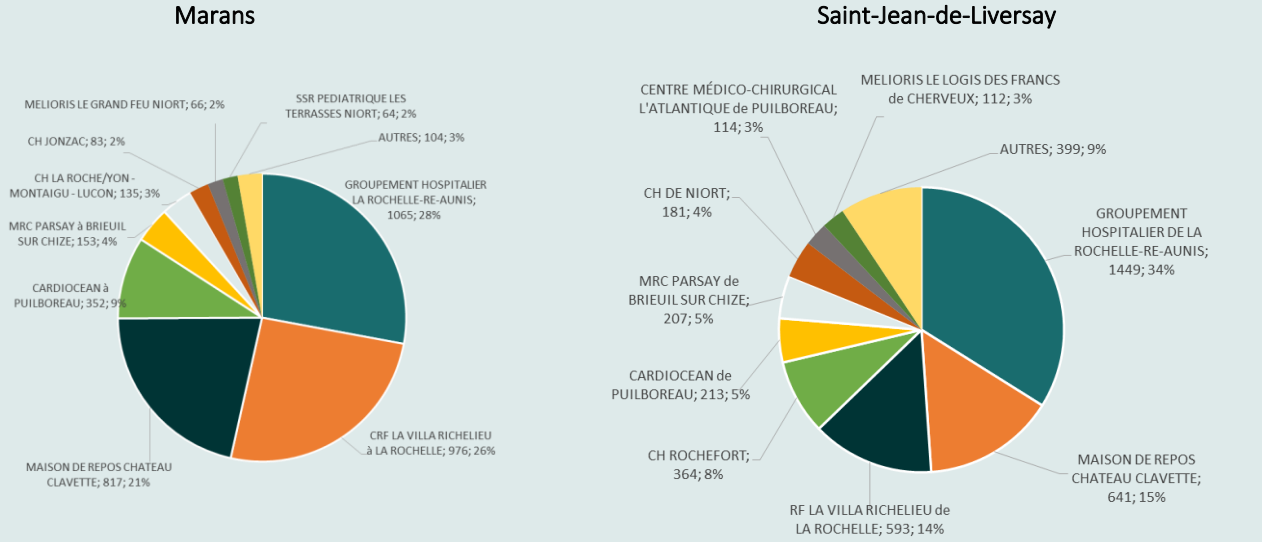
Fig 14. *Répartition des séjours hospitaliers MCO (nombre et pourcentage) sur les zones de Marans et de Saint-Jean-de-Liversay (2017)*



Source : ATIH - PMSI - 2017

Les journées de prise en charge en soins de suite et de réadaptation (SSR) sont pour la plupart réalisées sur l'agglomération de La Rochelle, pour les personnes domiciliées dans la zone de Marans (83 %) comme celles domiciliées dans la zone de Saint-Jean-de-Liversay (71 %). Les habitants de la zone de Saint-Jean-de-Liversay optent plus souvent vers des solutions hors département dans les Deux-Sèvres. Une petite partie des séjours en SSR des habitants de la zone de Marans s'oriente vers un établissement de Vendée (3 % du nombre de jours au CH La Roche-sur-Yon – Montaigu - Luçon).

Fig 15. *Répartition des journées de prise en charge en SSR (nombres et pourcentages) sur les zones de Marans et de Saint-Jean-de-Liversay*



Source : ATIH - PMSI - 2017

Des taux de remboursement de médicaments à visée cardiovasculaire importants

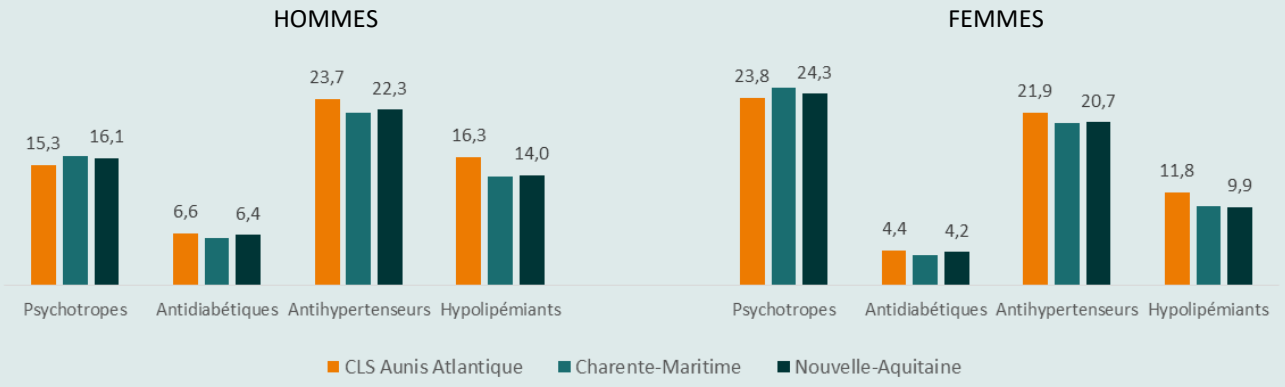
Un psychotrope désigne une substance ayant un effet sur l'activité cérébrale au niveau du système nerveux central. D'un point de vue médical, le terme renvoie plus généralement à une famille de médicaments, les psychotropes. Ils sont prescrits ou administrés pour traiter différents symptômes tels que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

Parmi les habitants du territoire, plus de 5 000 bénéficiaires de l'inter régimes ont eu au moins un remboursement de psychotropes en 2017, dont près des deux tiers étaient des femmes. Selon le type de psychotropes considéré et à structure d'âge égale, seul le taux de remboursement d'antidépresseurs se montre légèrement supérieur aux niveaux départemental et régional, avec 6,8 % des hommes et 12,6 % des femmes concernés.

Un constat similaire est observé concernant le recours aux antidiabétiques avec plus de 1 200 bénéficiaires enregistrés, soit 6,6 % des hommes et 4,4 % des femmes.

Mais ce sont surtout les médicaments à visée cardiovasculaire qui révèlent les taux de remboursement les plus élevés quel que soit le sexe. Ainsi, près de 5 200 bénéficiaires de l'inter régimes ont eu au moins un remboursement d'antihypertenseurs en 2017, soit 23,7 % des hommes et 21,9 % des femmes ; et plus de 3 100 bénéficiaires pour les hypolipémiants - qui visent à diminuer les triglycérides et/ou le cholestérol circulant dans le sang -, soit 16,3 % des hommes et 11,8 % des femmes. Ces résultats viennent renforcer la mise en évidence d'une surmortalité par maladies de l'appareil circulatoire.

Fig 16. *Taux standardisés de bénéficiaires inter-régimes ayant eu au moins un remboursement de médicaments selon le type et le sexe en 2017 (pour 100 habitants)*



Sources : ARS SNIIRAM-DCIR, Insee RP 2014 / Réalisation : ORS Nouvelle-Aquitaine

De nombreux acteurs de la prévention et de la promotion de la santé

De nombreux acteurs, en majorité du secteur social et caritatif, ont des pratiques de collaboration ancrées, dans la prise en charge des situations individuelles mais aussi au sein de réseaux labellisés ou non, afin d'engager une réflexion et des actions communes notamment en matière de prévention et de promotion dans la santé.

Il existe notamment :

- Le réseau de lutte contre les violences conjugales et intrafamiliales Aunis Atlantique développant des actions régulières de sensibilisation et d'information du public mais aussi des professionnels ainsi que des outils opérationnels comme un logement d'urgence spécifiquement dédié aux victimes,
- Le Réseau Bien Vieillir animé par le CLIC AC2S17 réunissant des acteurs du maintien à domicile, des caisses de retraite mais également des établissements sociaux et médico-sociaux,
- Le collectif Santé Mentale organisant des actions de sensibilisation mais aussi de formation pour promouvoir la santé mentale.

De nombreux acteurs participent à ces différents réseaux et au développement des actions de prévention dont les services du département et du rectorat, les caisses d'assurance maladie et de retraite, les professionnels de santé… De plus, différentes institutions financent des actions mises en place auprès de la population, soit de manière individuelle, soit au

travers de coordination, comme c'est le cas avec la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA).

Par ailleurs, des actions importantes sont menées en terme d'insertion socioprofessionnelle par les deux Centres sociaux du territoire (Centre Socioculturel Les Pictons et Espace Mosaïque) ainsi que par la Mission Locale au profit des jeunes du territoire avec deux permanences décentralisées. L'ACI-OF La Briquèterie permet également une insertion socioprofessionnelle aux personnes du territoire.

Le travail de réseau permet un décloisonnement progressif des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires. Le dynamisme du tissu partenarial a incité la CdC à s'emparer à un échelon communautaire des questions sociales avec la création d'un CIAS au 01.01.2017 et de l'engagement dans le processus du Contrat Local de Santé.

Le dispositif MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie) Nord Charente-Maritime, intervient pour les situations complexes de personnes âgées de 60 ans et plus, en complémentarité avec le CLIC et les réseaux gérontologiques. Il est basé à La Rochelle, et associe tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie et leurs aidants.

Au niveau de l'ARS, le suivi et la valorisation des actions s'effectue via la plateforme OSCARS. Entre 2014 et 2017, 4 projets financés par l'ARS ont été menés en Aunis Atlantique par 4 porteurs différents (Association régionale de prévention du suicide et promotion de la santé mentale, Centres sociaux les Pictons et Espace Mosaïque, Mission Locale La Rochelle Ré Pays d'Aunis ». Les thèmes abordés portaient sur la santé mentale, la précarité, le vieillissement et les compétences psychosociales. Ces projets ont concerné tout ou partie de la population du territoire (professionnels de santé, du social ou de l'éducation, personnes de plus de 55 ans ou en difficultés socio-économiques, jeunes de 16 à 25 ans en insertion professionnelle).

Un dispositif de coordination : la PTA

Les plateformes territoriales d'appui (PTA) ont pour objectif d'organiser et de mettre en œuvre des fonctions d'appui aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux pour la prise en charge des patients relevant de parcours de santé complexes, quel que soit leur âge, leur pathologie ou leur handicap. Ainsi, trois missions ont été attribuées aux PTA[1] :

- Informer, conseiller et orienter les professionnels, les patients et leur entourage vers les ressources sanitaires, sociales, et médico-sociales du territoire
- Soutenir l'organisation des parcours de santé complexes pour favoriser le maintien à domicile
- Soutenir les pratiques et les initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination

[1] Pour plus d'informations, se reporter au document de l'ARS Nouvelle-Aquitaine : Plateformes territoriales d'appui (PTA). Document régional d'orientation et d'appui.

VII. PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP ET DES PERSONNES ÂGÉES

Davantage de bénéficiaires d'une allocation d'éducation de l'enfant handicapé

Sur le territoire, 268 bénéficiaires se sont vus attribuer une allocation pour adultes handicapés (AAH) fin 2016, et 191 bénéficiaires une allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH). Ces situations nécessitent le besoin de compétences locales permettant un soutien à l'autonomie.

Ainsi, 1,8 % des 20-59 ans sont concernés par un handicap reconnu soit un point de moins qu'en France hexagonale. Cet écart se creuse encore plus nettement avec les moyennes départementale (3,4 %) et régionale (3,3 %).

En revanche, la part de la population de moins de 20 ans concernée est supérieure au niveau national : 2,3 % *versus* 1,6 %. Cette part reste également plus élevée qu'en Nouvelle-Aquitaine (1,8 %) mais légèrement plus faible qu'en Charente-Maritime (2,6 %).

La présence d'un ESAT et d'un IME

En 2017, la CdC Aunis Atlantique recense 10 places en foyer de vie en accueil de jour, modulable ou temporaire, soit un taux d'équipement (nombre de places installées pour 1 000 personnes âgées de 20 à 59 ans) de 0,7 (*versus* 0,4 aux niveaux départemental et régional). Avec 58 places en établissement et service d'aide par le travail (ESAT), le taux d'équipement est de 3,9 pour 1 000, ce qui est comparable à la Charente-Maritime et à la Nouvelle-Aquitaine.

Pour l'accompagnement de l'enfant handicapé, le territoire compte un institut médico-éducatif (IME) situé à St Ouen d'Aunis, de 87 places, soit un taux d'équipement de 10,7 pour 1 000 personnes âgées de moins de 20 ans (*versus* 5,5 en Charente-Maritime et 4,7 en Nouvelle-Aquitaine).

Près de 200 bénéficiaires d'une allocation personnalisée d'autonomie à domicile

Fin 2017, 189 personnes âgées de 75 ans ou plus percevaient une allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile, soit 7,8 % des habitants de cette tranche d'âge. Ce taux est inférieur à celui de la Charente-Maritime (9,5 %). En outre, 14 % de ces bénéficiaires sont en GIR 1 et 2 (désignant les plus lourdement dépendants), une part bien plus faible qu'au niveau départemental (20 %).

Une offre en structures d'hébergement pour personnes âgées très variée

Concernant l'accueil des personnes âgées en établissement, le territoire Aunis Atlantique comptait, toujours en 2017, 591 places en hébergement permanent, 15 places en hébergement temporaire et 16 places en accueil de jour. En outre, 32 places en accueil familial étaient dédiées pour l'accompagnement des personnes âgées. Quel que soit le type d'hébergement, les taux d'équipement (nombre de places installées rapporté au nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus) sont doublés par rapport aux moyennes départementales.

Les taux d'équipement en places spécifiques pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée se montrent tout aussi favorables.

Fig 17. *Nombre de places installées dans des structures pour personnes âgées en 2017 et taux d'équipement pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus*

	Aunis Atlantique		Charente-Maritime	Nouvelle-Aquitaine
	nombre	taux	taux	taux
Accueil familial spécifique	32	13,3	5,9	0,9
EHPAD* - hébergement permanent	511	211,7	101,9	101,2
Autres établissements - hébergement permanent	80	33,1	14,2	17,4
EHPAD - hébergement temporaire	15	6,2	2,5	2,5
EHPAD et centre de jour - accueil de jour	16	6,6	2,4	2,3
Hébergement permanent « Alzheimer »	98	40,6	14,9	8,8
Hébergement temporaire « Alzheimer »	5	2,1	1,0	0,8
Accueil de jour « Alzheimer »	16	6,6	2,2	2,0

** établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*
Sources : ARS NA, Drees (Finess), Insee (RP 2015)

42 % des retraités de 55 ans ou plus de l'inter-régime en situation de fragilité

Acteurs importants dans la prévention de la perte d'autonomie, la Carsat et les caisses de sécurité sociale ont mis en place un observatoire régional des situations de fragilité qui permet de repérer les territoires les plus touchés. La mesure du score de fragilité comprend les 3 facteurs de risque suivants : l'âge, le bénéfice ou non d'une pension de réversion (fragilité sociale liée à l'isolement) et l'exonération ou non de la Contribution Sociale Généralisée (CSG) (fragilité économique).

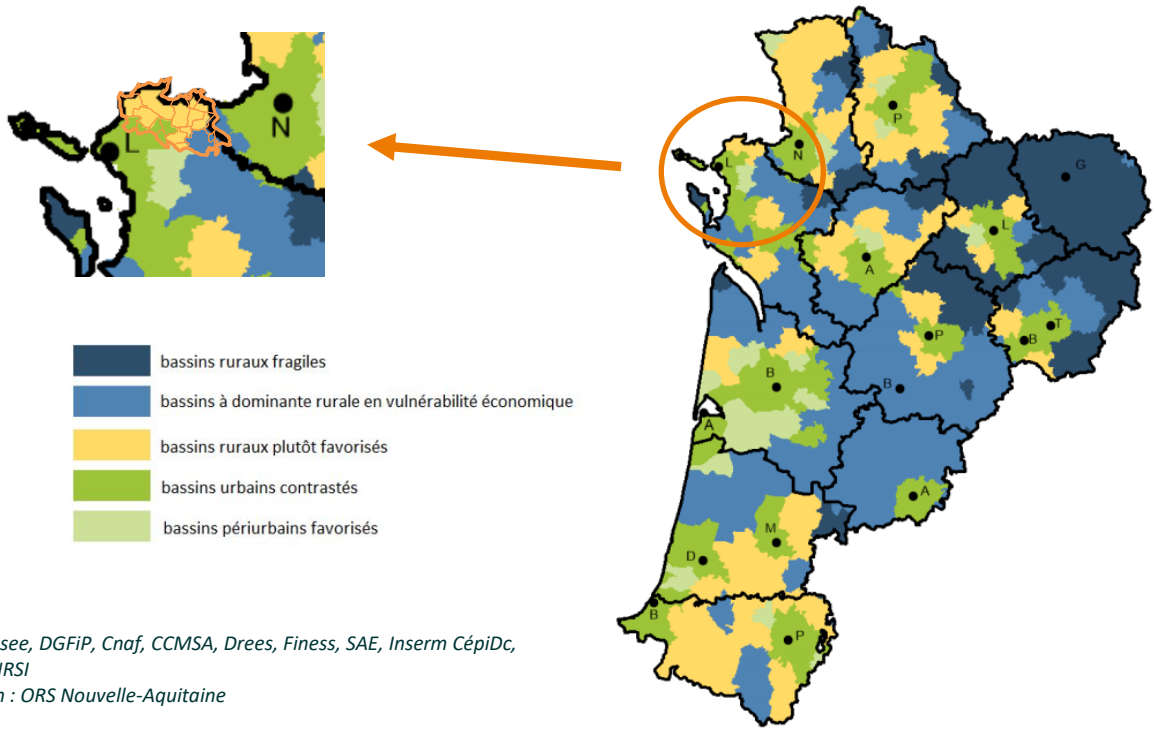
En 2017, le territoire Aunis Atlantique comptait 5 255 retraités de 55 ans ou plus de l'inter-régime (CNAV, SSI, MSA), soit près des deux tiers de l'ensemble des 55 ans et plus. Parmi eux, 42 % sont considérés à risque de fragilité, une part plus faible qu'en Charente-Maritime (45 %), Nouvelle-Aquitaine et France hexagonale (47 % chacun).

VIII. INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

En combinant des données démographiques et socio-économiques à des données d'offre de soins et de santé des populations, l'ORS Nouvelle-Aquitaine a cherché à présenter une vision synthétique et territorialisée des inégalités sociales de santé à un niveau géographique fin. Ce travail réalisé en 2017 à la demande de l'ARS a abouti à une représentation cartographique des bassins de vie de la Nouvelle-Aquitaine en cinq classes. Le territoire d'Aunis Atlantique est organisé en tout ou partie autour de trois bassins de vie appartenant chacun à trois classes différentes :

- « bassins ruraux plutôt favorisés » : au nord du territoire (11 communes), ces zones sont généralement situées en deuxième couronne des principales villes. La plupart des indicateurs décrivent une situation proche de la moyenne régionale, avec une situation légèrement plus favorable sur les plans sociodémographique et sanitaire. La proportion d'habitants âgés de moins de 25 ans est plus importante qu'au niveau régional. L'offre de soins en spécialistes, omnipraticiens et kinésithérapeutes se montre légèrement moins favorable.
- « bassins urbains contrastés » : au sud-ouest du territoire (5 communes), ces zones affichent une très forte densité de population, mais ne sont pas forcément les plus dynamiques sur le plan démographique. Beaucoup de familles monoparentales y vivent comparativement à la moyenne régionale. Les conditions d'habitat sont plus favorables mais la situation socio-économique des habitants se révèle contrastée. L'offre de soins y est nettement plus importante qu'au niveau régional. Les indicateurs de santé sont parmi les plus favorables.
- « bassins de vie à dominante rurale en vulnérabilité économique » : au sud-est du territoire (4 communes), ces zones se distinguent entre autres par une situation économique moins favorable qu'au niveau régional, particulièrement en matière de chômage, d'emplois précaires et de revenus. La proportion de logements potentiellement indignes y est beaucoup plus élevée qu'au niveau régional. L'offre de soins s'éloigne peu de la moyenne régionale, tout comme les indicateurs de santé.

Fig 18. *Typologie socio-sanitaire des bassins de vie de Nouvelle-Aquitaine en cinq classes*



Sources : Insee, DGFiP, Cnaf, CCMSA, Drees, Finess, SAE, Inserm CépiDc, Cnamts, CNRSI
Exploitation : ORS Nouvelle-Aquitaine

IX. LE POINT DE VUE DES ACTEURS DU TERRITOIRE

Outre l'approche statistique, ce diagnostic s'appuie sur une concertation des acteurs locaux des secteurs sanitaire, social et médico-social. Cette concertation a pris la forme :

- d'une enquête par voie postale, avec un questionnaire destiné aux professionnels de santé libéraux. Au total, 179 questionnaires ont été adressés, pour un retour de 18 professionnels, soit un taux de participation d'environ 10 %.
- d'une enquête en direction des structures du territoire sous la forme d'un questionnaire en ligne à compléter à l'aide d'un lien envoyé par mail. Au total, 75 destinataires ont été ciblés. 17 structures ont répondu, avec assez souvent des réponses collectives, soit un taux de participation d'environ 25 %.
- d'une enquête par entretiens physiques avec des acteurs de terrain, représentants des institutions. Des entretiens individuels ont été réalisés auprès d'un élu de la Communauté de Communes, d'un médecin généraliste, d'un représentant de la CPAM. De plus, des entretiens collectifs ont été menés auprès du Collectif Santé Mentale, du Réseau Bien Vieillir, de la Protection Maternelle Infantile (PMI) et d'un groupe d'habitants par le biais d'un centre socio-culturel du territoire.

L'offre et l'accès aux soins et à la prévention désignés comme thème prioritaire

L'enquête menée par voie postale et par mails auprès des acteurs de la CdC visait notamment l'identification des thèmes qui semblaient prioritaires au regard de leur connaissance du territoire et de leurs pratiques de terrain. Ainsi, sur les 70 thèmes évoqués par les acteurs, 4 thèmes se sont détachés : l'offre et l'accès aux soins et à la prévention (plus de 20 % l'ont désigné comme une priorité) ; la nutrition et les activités physiques (14 %) ; la santé mentale et la souffrance psychosociale (13 %) et les personnes âgées (10 %).

Fig 19. *Thèmes identifiés comme prioritaires (effectifs)*

Source : CLS Aunis Atlantique *Réalisation : ORS Nouvelle-Aquitaine*

S'agissant de l'offre et de l'accès aux soins et à la prévention, La démographie médicale est un problème souvent identifié comme prioritaire, notamment par rapport au manque de spécialistes, et de réponses « psy » suffisantes sur le territoire. Des difficultés d'accès aux professionnels de santé ont été mentionnées. Liées à l'éloignement mais également à la précarité, aux difficultés financières et à des inégalités sociales, ces difficultés d'accès sont associées pour partie à des difficultés de mobilité. Sont donc mentionnés des renoncements aux soins parfois liés à une méconnaissance des ressources locales. Les liens entre la médecine générale et les soins spécialisés sont également mentionnés, tout comme les difficultés liées aux prises en charge en HAD avec des réponses sur le territoire, manquantes. Dans cet ordre d'idée, sont également pointées des difficultés pour le retour à domicile des personnes hospitalisées et les liens avec les soins de ville. Enfin, ont été notées l'absence d'intervention de l'équipe mobile en soins palliatifs et l'absence de structures de soins de proximité. Enfin des délais d'attente trop importants ont été relevés notamment par rapport à la prise en charge d'Alzheimer.

Les acteurs se sont également exprimés sur les leviers. Ont été mentionnés les aspects d'accès à la prévention, notamment pour les élèves, avec la nécessité de renforcer les connaissances et des méthodes d'éducation à la santé pour les enseignants. Il s'agit également de développer encore les actions de prévention notamment par rapport au maintien de l'autonomie. Beaucoup de notions ont été citées qui concernent la coordination des soins, une meilleure communication autour des ressources existantes, la mutualisation et le partage des connaissances. Pour cela il est proposé de constituer un réseau de soignants et d'avoir une réflexion autour de la création de maisons de santé sur le territoire. De plus, afin de pallier les difficultés d'accès aux soins liées notamment aux difficultés de mobilité, les acteurs considèrent qu'il est nécessaire de développer parallèlement l'itinérance, le « aller vers ». Enfin, pour ce qui concerne le manque de réponses psy sur le territoire, la question du développement du CMP est posée.

Sur la thématique Nutrition, activités physiques, sédentarité, obésité, les acteurs ont mentionné la mauvaise connaissance des liens entre santé et nutrition des élèves et plus largement les difficultés d'impliquer la population sur cette thématique santé. Ils ont en outre repéré les difficultés d'accès aux activités sportives, liées au coût et également à l'éloignement des structures de sport. Les difficultés financières sont identifiées comme une difficulté importante par rapport à une alimentation saine et favorable à la santé, mais c'est également le cas des personnes isolées, à la fois sur le plan de l'alimentation et de l'activité physique ou sportive. Enfin les conséquences liées à une mauvaise nutrition ont des répercussions sur la santé des personnes âgées, notamment par rapport aux chutes.

En ce qui concerne les leviers, il semble nécessaire de développer la sensibilisation auprès des jeunes et des parents, alors qu'il est également mentionné la nécessité d'avoir une réflexion pour la mise en place d'un plan territorial nutrition, dans lequel les notions de formation des acteurs en contact avec les jeunes autour de la question de la nutrition seraient abordées. Une réflexion par rapport aux cantines scolaires pourrait également être menée. Enfin, l'amélioration de l'accès aux nutritionnistes et une meilleure considération de leur intervention dans le parcours de soins est mentionnée ainsi que le besoin de développer des solutions de transport pour faciliter l'accès aux équipements et aux structures sportives.

S'agissant de la santé mentale et de la souffrance psychosociale, il est pointé le faible nombre d'acteurs sur le territoire, notamment pour ce qui concerne le recours aux professionnels en urgence et pour le suivi suite à une prise en charge. Beaucoup d'éléments qui relèvent de la complémentarité entre les professionnels, de la coordination des soins, mais également un manque de connaissances des ressources sur le territoire, ont été cités. Parallèlement ont été mentionnés les besoins de formations des acteurs de terrain en lien avec la population, notamment par rapport à la nécessité de mieux repérer les situations de mal-être.

Parmi les leviers, sont cités : la création de structures d'accueil de proximité, l'amélioration de la coordination, la consolidation des liens entre les professionnels et le décloisonnement. L'amélioration du repérage est également identifiée comme un levier, parallèlement à la formation des acteurs. Enfin, là encore il s'agit d'améliorer la connaissance et la lisibilité des dispositifs et acteurs ressources existants sur le territoire.

Pour le troisième thème identifié comme prioritaire, les personnes âgées, les principaux problèmes identifiés concernent l'isolement social et familial, les problèmes de mobilité et la précarité économique. L'accès aux soins est central dans la plupart des commentaires, notamment l'accès aux spécialistes souvent éloignés donc difficiles d'accès pour une population pas toujours mobile. La question de l'accompagnement des aidants est également mise en avant comme problème à traiter dans le cadre du CLS. La problématique du logement est souvent mentionnée, par rapport au manque de confort des habitations vétustes et inadaptées au maintien à domicile. Enfin, la méconnaissance et le manque de lisibilité des dispositifs existants sont une nouvelle fois mentionnés.

Selon les acteurs, plusieurs leviers pourraient être activés pour améliorer la santé des personnes âgées : poursuivre le travail de coordination entre les acteurs intervenant tout au long du parcours de prise en charge (en ville, à l'hôpital, et dans les structures médico-sociales), développer les solutions de transport notamment par rapport à l'accès aux soins mais également pour rompre l'isolement. Surtout les acteurs insistent sur le besoin d'améliorer le repérage des vulnérabilités avec la nécessité d'aller au domicile des personnes âgées. Enfin sont mentionnées la formation des personnes âgées au numérique et l'amélioration de la connaissance des dispositifs et des ressources présents sur le territoire.

Des problématiques prioritaires et des pistes d'actions largement partagées par les acteurs rencontrés lors des entretiens

Les acteurs institutionnels rencontrés au cours des entretiens ont conforté la liste des thèmes prioritaires issue de la consultation par questionnaire. Les éléments abordés et développés au cours des entretiens ont été présentés dans la partie précédente. Cependant, quelques problématiques non abordées par ailleurs ont pu être discutées lors de ces entretiens :

- Les violences intra-familiales sont à prendre en compte. Elles sont assez souvent liées à des problèmes d'addiction, notamment d'usages problématiques d'alcool.
- L'isolement des familles nouvellement installées sur le territoire qui se sont éloignées de leurs proches et de la famille, et qui ne bénéficient plus de leur soutien, notamment par rapport aux questions liées à la parentalité.
- Le nécessaire développement des infrastructures facilitant les déplacements à l'intérieur du territoire entre les différents pôles, qu'il s'agisse de chemins, de trottoirs et autres infrastructures permettant des déplacements avec une poussette ou en fauteuil roulant.
- La prise en compte de l'épuisement des aidants.

Un point de vigilance à ne pas négliger

Peu souvent abordée, la problématique de la jeunesse (15-20 ans) n'est cependant pas à négliger, notamment dans un territoire où leur proportion est importante. En effet, peu visible, ce groupe de population a rarement été identifié comme prioritaire. Cependant, différents professionnels, notamment dans les centres socio-culturels et les écoles, alertent sur leur isolement pour une partie d'entre eux, sur les usages problématiques de produits et/ou des écrans pour d'autres. Peu mobiles ils peuvent être confrontés à une faible offre de loisirs et d'activités sur le territoire.

X. SYNTHESE

La Communauté de communes Aunis Atlantique, composée de 20 communes, compte 29 292 habitants en 2015 et connait une forte croissance démographique. Il s'agit d'un territoire rural et multipolaire, bénéficiant des dynamiques des agglomérations de La Rochelle et Niort. Sans réelle ville-centre, Aunis Atlantique constitue un espace à dominante résidentielle.

La population du territoire se montre particulièrement jeune. Près d'une famille sur deux est constituée d'un couple avec enfant(s), une proportion élevée comparée aux autres échelons géographiques étudiés. La répartition des actifs selon la catégorie socio-professionnelle laisse apparaitre une forte présence des ouvriers et une sous-représentation des cadres. Les catégories sociales plus défavorisées ayant globalement une espérance de vie moins élevée (jusqu'à 6 ans d'écart pour les hommes entre les cadres et les ouvriers), une attention particulière doit être portée sur les populations plus fragiles afin de réduire ces inégalités sociales de santé.

Les conditions de vie des habitants d'Aunis Atlantique se montrent assez favorables avec notamment un faible taux de chômage et un niveau de vie plutôt avantageux. Une situation confirmée par les parts peu élevées d'allocataires très dépendants des prestations sociales ou percevant le RSA. Les indicateurs liés aux formations rejoignent les constatations en termes de professions avec un meilleur niveau d'éducation observé. Enfin, le territoire compte davantage de logements anciens avec des risques d'habitats « dégradés » entraînant des problématiques d'accès aux logements en matière de coût, d'état et d'adaptabilité, ainsi que des risques de situation de précarité énergétique.

En termes d'environnement, il serait bénéfique d'encourager le développement des réseaux de transport à l'intérieur du territoire, ainsi que de promouvoir la pratique sportive. Si le système de santé joue un rôle dans l'état de santé des populations, il n'en constitue qu'une composante et la santé d'une personne est d'abord le résultat de conditions de vie et de travail qui interagissent avec ses caractéristiques individuelles**.** Il est donc important d'élargir la notion de santé au-delà d'une vision purement « médicale », en intégrant les facteurs sociaux et environnementaux qui la conditionnent et d'agir ainsi à travers l'ensemble des politiques publiques.

En matière d'état de santé de la population, le territoire d'Aunis Atlantique affiche un taux de mortalité générale supérieur au niveau national. L'étude des principales causes de décès indique une surmortalité par maladies cardiovasculaires chez les hommes notamment et par maladies de l'appareil respiratoire chez les femmes uniquement. Les informations disponibles relatives à la morbidité révèlent une moindre prise en charge en affections de longue durée comparée à la France hexagonale, hormis pour maladies d'Alzheimer et autres démences chez les femmes. Outre des niveaux de remboursement d'antidépresseurs et d'antidiabétiques légèrement supérieurs à ceux de la Charente-Maritime et de la Nouvelle-Aquitaine, le territoire présente des taux de remboursement de médicaments à visée cardiovasculaire importants, venant appuyer l'existence d'une surmortalité pour ce type de maladies. Enfin, les habitants montrent un recours nettement moins élevé au service des urgences et enregistrent davantage d'hospitalisations en chirurgie et de prises en charge à temps complet en psychiatrie générale.

L'étude de l'offre de santé libérale révèle une **situation moins favorable au nord du territoire en termes d'accès aux soins à un médecin généraliste**. En effet, le nouveau zonage médecin réalisé par l'ARS Nouvelle-Aquitaine en juillet 2018 identifie une partie du territoire d'Aunis Atlantique comme appartenant à un espace moins impacté par le manque de médecins mais nécessitant de mettre en œuvre des moyens pour éviter que la situation ne se détériore. En outre, en février 2019, la répartition des professionnels de santé met en évidence une **absence d'offre de soins libérale au sud-est du territoire**. Au 1er janvier 2018, **la quasi-totalité des densités observées sont inférieures aux moyennes départementale et régionale** : cela concerne les **chirurgiens-dentistes**, les **infirmiers**, les **sages-femmes** et les **psychologues**. La densité de **pharmacies d'officine** se montre aussi moins élevée qu'ailleurs. **Seule la densité d'orthophonistes se montre nettement supérieure** sur le territoire. Enfin, si très peu de structures sanitaires sont localisées au sein du territoire, la **proximité du Groupe Hospitalier de La Rochelle - Ré - Aunis** assure une réponse aux besoins de santé de ses habitants.

L'offre en structures d'hébergement pour **personnes âgées dépendantes** se révèle très variée. Les taux d'équipement en places spécifiques pour les **personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer** ou d'une maladie apparentée se montrent tout aussi favorables. Il en est de même concernant l'**accompagnement de l'adulte ou de l'enfant handicapé** avec la présence d'un ESAT et d'un IME. Enfin, de **multiples acteurs** travaillent dans le domaine de la santé, au sens large, sur le territoire, que ce soit à travers des missions d'accompagnement, d'éducation et de promotion de la santé, de coordination des acteurs ou de prises en charge des personnes. Bien que certains partenaires soient bien identifiés sur le territoire, le contrat local de santé pourra probablement être un levier pour **améliorer la lisibilité** de l'ensemble des acteurs et des actions conduites et **encourager des partenariats** permettant d'améliorer la santé de la population et de réduire les inégalités territoriales et sociales en matière de santé.

Enfin, le point de vue des acteurs sur la situation de leur territoire fait apparaître 4 thèmes prioritaires plus largement plébiscités : **l'offre et l'accès aux soins et à la prévention** ; **la nutrition, l'activité physique, la sédentarité et l'obésité** ; **la santé mentale, la souffrance psychosociale** et **les personnes âgées**. Face à cela, des leviers ont été identifiés par les acteurs du territoire : un développement des actions de prévention et d'éducation à la santé, une amélioration de la coordination des soins et la constitution de réseaux de soignants, le développement de l'itinérance des soins et du « aller vers », une meilleure connaissance des ressources et dispositifs existants sur le territoire, le développement de modes de déplacements alternatifs afin d'améliorer la mobilité des habitants du territoire, notamment par rapport aux soins mais également par rapport à l'accès aux loisirs dont les activités physiques, l'amélioration du repérage des situations de vulnérabilité.

XI. LES AXES PRIORITAIRES DU CLS

Les axes présentés ci-dessous sont issus de la confrontation entre les données statistiques présentées en première partie et les enseignements tirés des enquêtes auprès des acteurs des secteurs sanitaire, médico-social et social présents sur le territoire. Elles ont fait l'objet d'une validation par le Comité de pilotage pour la mise en place du Contrat Local de Santé à l'issue de la présentation du diagnostic.

PROMOUVOIR la santé sur le territoire et favoriser la prévention pour améliorer durablement la santé

- Développer les actions d'éducation à la santé pour tous
  - Agir en faveur de la santé de tous par les activités physiques et sportives
  - Prévenir les comportements de santé à risques et les conduites addictives
- Améliorer la connaissance des dispositifs de soins et des acteurs ressources du territoire pour les professionnels et les usagers
- Développer des solutions pour la mobilité
- Développer la prévention des risques professionnels dans les entreprises

ACCOMPAGNER le vieillissement et la perte d'autonomie (personnes âgées et personnes en situation de handicap)

- Promouvoir le libre-choix de la personne et de son environnement en favorisant un maintien à domicile de qualité et pérenne
- Accompagner les professionnels intervenant à domicile
  - Coordonner les professionnels intervenant à domicile
  - Repérer précocement les situations de vulnérabilité
- Lutter contre l'épuisement des aidants
- Adapter les logements
- Innover et développer des actions dans le domaine de la mobilité

PROMOUVOIR la santé mentale, lutter contre la souffrance psychosociale et les addictions

- Favoriser le développement des compétences psychosociales dès le plus jeune âge
- Communiquer auprès du grand public
- Favoriser la lisibilité des dispositifs et des acteurs ressources pour les usagers et les intervenants dans le parcours de santé
- Sensibiliser les acteurs de première ligne au repérage et à l'orientation précoces des personnes en souffrance psychique
- Adapter l'offre de soins psychologique aux besoins de la population
- Prendre en compte des formes spécifiques de souffrance
  - Prévenir et lutter contre les violences conjugales
  - Prévenir et lutter contre les addictions

AMELIORER le cadre de vie, en agissant sur les déterminants de la santé environnementale

- Promouvoir un environnement favorable à la santé dès le plus jeune
- Développer une culture de la santé environnementale
- Innover et développer des actions en matière de mobilité communautaire
  - Aménager et développer des infrastructures en alternative à la voiture
  - Mener une réflexion sur les flux routiers, notamment à Marans

PERENNISER et renforcer l'offre de soins en encourageant les innovations techniques

- Favoriser la coopération entre les professionnels de santé, médico-sociaux et sociaux
  - Développer le regroupement des professionnels de santé
  - Informer les professionnels de santé des ressources locales et notamment des réseaux
  - améliorer la coordination des soins ville-hôpital
- Répondre aux besoins spécifiques et non couverts de la population
  - Développer des consultations spécialisées
  - Développer une offre locale en matière de psychologues
  - Créer une offre HAD
  - Favoriser le développement du numérique, de la télémédecine et de l'e-santé
- Développer le « aller-vers » et l'itinérance
  - Développer des lieux d'accueil et d'écoute de proximité
  - Développe une offre mobile de santé

De manière transversale, chacun de ces axes devra intégrer un objectif prioritaire, celui de réduire les inégalités sociales de santé.

ANNEXES

Bibliographie

Glossaire

Coordination du CLS

A. BIBLIOGRAPHIE

Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine (ARS-NA). *Arrêté du 4 juillet 2018 relatif à la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins pour la profession de médecin.* 4 juillet 2018. 98 p.

Département de la Charente-Maritime. *Le Schéma départemental de l'Autonomie 2018-2022*. Juin 2018. 173 p.

Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine. *Plan régional d'accès aux soins en Nouvelle-Aquitaine*. Délégation départementale de Charente-Maritime. Annexe au dossier de presse. Mars 2018. 6 p.

Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine (ARS-NA). *Projet régional de santé Nouvelle-Aquitaine 2018-2028. Diagnostic régional.* Septembre 2017. 332p.

Département de la Charente-Maritime. *Le Schéma départemental de l'Habitat 2017-2021*. Juillet 2017. 143 p.

Observatoire régional de la santé de Nouvelle-Aquitaine (ORS-NA). *Inégalités sociales de santé en Nouvelle-Aquitaine.* Juin 2017. 4 p.

Observatoire régional de la santé de Nouvelle-Aquitaine (ORS-NA). Les *EPCI de Nouvelle-Aquitaine, des territoires d'action pour une santé durable.* Juin 2017. 16 p.

Observatoire régional de la santé de Nouvelle-Aquitaine (ORS-NA). *EPCI Nouvelle-Aquitaine - Territoires d'action pour une santé durable - Communauté de communes Aunis Atlantique.* Juin 2017. 4 p.

Observatoire régional santé-environnement de Nouvelle-Aquitaine. État *des lieux santé-environnement Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes.* Septembre 2016. 128 p.

Communauté de Communes Aunis Atlantique. *Présentation du projet de territoire : Aunis Atlantique « Un territoire, des projets ».* Décembre 2015. 29 p.

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). *Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Intérêts d'une approche locale et transversale.* Mai 2013. 12 p.

Principaux sites consultés :

Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine : https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/plan-regional-dacces-aux-soins-en-nouvelle-aquitaine

Communauté de communes Aunis Atlantique : https://www.aunisatlantique.fr/

Département de la Charente-Maritime : https://la.charente-maritime.fr/index.php/organisation/schemas-departementaux

Groupe hospitalier de La Rochelle - Ré - Aunis : http://www.ch-larochelle.fr/

Observatoire régional des situations de fragilité Grand-Sud : www.observatoires-fragilites-grand-sud.fr

Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé : http://www.oscarsante.org/nouvelle-aquitaine/

Réseau de proximité au service des associations de Charente-Maritime : https://www.maia-17.fr/index.html

B. GLOSSAIRE

ALD	Affection de longue durée
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
ARS	Agence régionale de santé
Carsat	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CATTP	Centre d'activité thérapeutique à temps partiel
CCMSA	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
Cdc / CC	Communauté de Communes
CEGIDD	Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par le VIH, les hépatites virales et les IST
CFPPA	Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie
CLS	Contrat local de santé
CMP	Centre médico psychologique
Cnamts	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CSAPA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
Ehpad	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPCI	Établissement public de coopération intercommunale
ESAT	Etablissements et services d'aide par le travail
Finess	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
HAD	Hospitalisations à domicile
IME	Institut médico-éducatif
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
Inserm CépiDc	Institut national de la santé et de la recherche médicale - Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
ORS	Observatoire régional de la santé
ORU	Observatoire régional des urgences
Oscars®	Observation et Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
RPPS	Répertoire partagé des professionnels de santé
RSA	Revenu de solidarité active
SAE	Statistique annuelle des établissements de santé
SSR	Soins de suite et de réadaptation
USLD	Unité de Soins de longue durée

C. COORDINATION DU CLS

Pour toute information sur le contrat local de santé de la CdC Aunis Atlantique,

vous pouvez contacter le coordinateur du CLS :

Communauté d'agglomération Rochefort Océan

Cécile DESPLANTES

Responsable de services – vie sociale CIAS

Communauté de communes Aunis Atlantique

113, route de La Rochelle

17230 Marans

Tél. : 05 46 68 92 22

cecile.desplantes@aunisatlantique.fr

ARS Nouvelle Aquitaine – DD17

Stéphanie BOURGEAIS

Chargée de mission animation territoriale

ARS – Délégation départementale de la Charente-Maritime

5 place des Cordeliers - Cité administrative Duperré

18, rue du 26e régiment d'infanterie - CS 50253

17021 La Rochelle Cedex 1

Tél. 05 49 42 30 50

Stephanie.BOURGEAIS@ars.sante.fr

RÉSUMÉ DU RAPPORT

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires prévoit que la mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé (CLS) conclus entre l'Agence régionale de santé (ARS) et les collectivités territoriales. Les CLS participent ainsi à la **construction des dynamiques territoriales de santé**. Ils permettent la rencontre du projet porté par l'ARS et des aspirations des collectivités territoriales pour mettre en œuvre des actions, au plus près des populations.

Dans le cadre de l'élaboration du **CLS de la Communauté de Communes Aunis Atlantique**, l'ARS de Nouvelle-Aquitaine a fait appel à l'Observatoire régional de la santé de Nouvelle-Aquitaine pour réaliser un **diagnostic de cadrage** sur le territoire sur l'état de santé de la population et ses déterminants (conditions de vie, environnement, travail, système de santé, cadre de vie...). Cette démarche permet de disposer d'un bilan commun entre partenaires sur la situation et les éventuelles problématiques du territoire et de lancer les discussions autour des **enjeux prioritaires à traiter** dans le futur **CLS de la Communauté de Communes Aunis Atlantique**.

POUR NOUS CITER :

« Observatoire régional de la santé (ORS) Nouvelle-Aquitaine, ***Diagnostic santé-social du CLS Aunis Atlantique***, décembre 2019, rapport n° 69 »

Téléchargeable sur le site de l'ORS Nouvelle-Aquitaine (www.ors-na.org) et sur le site de la Communauté de Communes Aunis Atlantique (www.aunisatlantique.fr)

+ D'INFORMATIONS

Personne à contacter : Stéphane ROBIN, *s.robin@ors-na.org*

Ce document est complété par un autre présentant un ensemble d'indicateurs sous formes de cartes et de tableaux, disponible sur simple demande auprès des coordinateurs du CLS ou de l'ORS de Nouvelle-Aquitaine.

Cette étude a bénéficié du soutien financier de l'Agence régionale de santé de Nouvelle-Aquitaine et de la Communauté de Communes Aunis Atlantique

. SIÈGE
102 bd Maréchal Juin
33000 BORDEAUX
05.56.56.99.60

. ANTENNE DE LIMOGES
4 avenue de la Révolution
87000 LIMOGES
05.55.32.03.01

. ANTENNE DE POITIERS
203 route de Gençay
86280 SAINT BENOIT
05.49.38.33.12

contact@ors-na.org
www.ors-na.org