Diagnostic Local de Santé

Contrat Local de Santé du Pays des Cévennes n°4

RESEDA
Réseaux de santé du bassin alésien

Octobre 2024

Table des matières

Introduction……..……3

Partie 1 : Présentation du territoire et données de cadrage sur l'état de santé de la population ……..…….7

Partie 2: Axe parcours…….……23

- ✓ Périnatalité – Petite enfance
- ✓ Jeunes
- ✓ Personnes âgées, personnes handicapées, Aidants
- ✓ Personnes en situation de vulnérabilité/précarité
- ✓ Santé mentale
- ✓ Addictions
- ✓ Nutrition
- ✓ Maladies chroniques
- ✓ Soins palliatifs

Partie 3 : Axe Accès et organisation des soins de santé primaire……..145

Partie 4 : Axe Santé Environnement……..……..161

Introduction

Le CLS Pays Cévennes en tant qu'instrument de la puissance publique

Le CLS est un outil de contractualisation transverse, de gouvernance des politiques sanitaires avec une approche territorialisée de la santé pour :

- Coordonner et articuler les politiques publiques de santé sur un territoire donné (au niveau régional, départemental et local de proximité – Pays Cévennes)
- Répondre aux enjeux de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé et d'amélioration des parcours de santé.
- Améliorer l'efficience du système de santé local en favorisant le décloisonnement et la mutualisation des acteurs et des dispositifs
- Pérenniser et développer l'animation de la démarche territorialisée de santé basée sur une dynamique de travail en réseau

Le CLS propose un cadre méthodologique pour organiser le travail avec les acteurs de santé. Il organise un espace de concertation et de légitimation des logiques partenariales comme base de l'animation territoriale en santé.

Il a une double fonction :

(1) Articulation entre les politiques publiques, entre les acteurs de santé, lien entre le descendant et l'ascendant.

(2) Fonction de veille : connaissance de l'état de santé des populations sur le territoire concerné (diagnostic local/territorial de santé), repérage des dynamiques et des projets, diffusion de l'information.

Le CLS s'appuie sur un portage politique fort, une coordination solide, une approche partenariale et intersectorielle, la participation des habitants/usagers et la prise en compte des déterminants socio-environnementaux.

La singularité du CLS sur le territoire : un travail en réseaux reconnu, une mobilisation importante des acteurs, une reconnaissance de l'équipe mutualisée de santé publique qui en s'agrandissant est représentative des nouvelles dynamiques sur le territoire.

L'une de ses missions est la veille, la réactualisation du diagnostic destiné à aider à la décision et à la planification et l'anticipation.

« Le diagnostic local de santé (DLS) est une démarche d'analyse de situation donnant lieu à concertation et propre à fonder un processus de programmation de santé ».

2016, ARS Santé Ile de France, référentiel Contrat Local de Santé (CLS).

Le diagnostic CLS ne doit pas se limiter à la description de l'état de santé sanitaire de la population, ni à un recensement de l'offre socio-sanitaire. Pour appréhender la complexité des problématiques locales dans leur globalité, le diagnostic doit :

- **Décrire les caractéristiques et la situation sociale des populations** (démographie, revenu, précarité, emploi; éducation…)
- **Décrire les caractéristiques du territoire et/ou du milieu de vie** (logement, mobilité, environnement, aménagement, services, ressources locales…)
- **Analyser l'offre du système de prévention et de soins et les parcours de santé** (accessibilité, lisibilité, continuité, qualité…)
- **Documenter les écarts en termes d'état de santé et d'accès aux soins entre les groupes sociaux, territoires et/ou les milieux de vie.**
- **Décrire la nature de ces inégalités** (ex: sont-elles liées au niveau socioéconomique, au territoire, à l'origine ethnique, à la profession, à une situation de handicap… ?)
- **Analyser les facteurs et les mécanismes qui conduisent à ces inégalités.** Considérer les déterminants sociaux de la santé, notamment le contexte social, économique, politique et culturel, les conditions de vie et de travail, les comportements individuels et collectifs pour identifier ce qui doit être modifié.
- **Recueillir les avis et attentes des populations et des professionnels.**

Présentation de Reseda et de l'équipe mutualisée de santé publique

Reseda est l'association de coordination des Réseaux de Santé du Bassin Alésien créée en 1998. Cette association est une structure associative socle qui accompagne et représente juridiquement les réseaux, les dispositifs et les projets de santé sur le territoire.

Depuis 2011, Reseda anime et coordonne par délégation le Contrat Local de Santé Pays Cévennes dont le Syndicat Mixte du Pays Cévennes est le porteur. Pour assurer ces deux missions, Reseda dispose d'une **équipe mutualisée** de santé publique qui réunit les salariés issus de l'association Reseda, du service santé d'Alès Agglomération, des CPTS La Cévenole et ECEGEC (Entre Cèze et Gardon) et des salariés de l'antenne alésienne du DAC 30 (Dispositif d'Appui à la Coordination).

Elle permet ainsi une **mise en commun et la mutualisation des compétences en santé publique du territoire** (articulation de plusieurs niveaux d'approche du terrain/publics/professionnels/territoires). Cette équipe mutualisée réalise une véritable **animation territoriale en santé,** autour d'un projet et d'objectifs communs, même si chacun de ses membres conserve ses spécificités.

Elle **met en œuvre le projet local de santé** auprès des acteurs de santé du territoire. Elle soutient sur un plan méthodologique, stratégique, logistique et technique les espaces de concertation, les groupes de travail, et les réseaux.

Il s'agit, grâce à l'**interface qu'elle représente entre les groupes de travail locaux et les instances des différentes strates territoriales** (locales, départementales et régionales), d'avoir un regard large, global sur les enjeux de santé et de créer une véritable cohérence entre les énergies ascendantes et les politiques descendantes.

Méthodologie

Objectif

- Affiner, compléter la connaissance de l'état de santé de la population. En effet, il est important de bénéficier d'une analyse globale, précise et actualisée des problématiques de santé et de questionner la manière dont on mobilise les ressources pour avancer et répondre aux besoins territoriaux en santé.
- Participer à la définition des priorités pour les années à venir.

Méthodologie

Le recueil d'informations de ce diagnostic s'appuie **sur une double approche quantitative** (quand l'accès aux données est possible) **et qualitative** qui lui apporte une dimension inductive et compréhensive en partant des réalités de terrain.

Sources des données :

L'actualisation du diagnostic s'appuie sur des données recueillies dans les 120 espaces de concertation et groupes de travail listés ci-dessous, et sur des entretiens semi-directifs réalisés auprès d'une quinzaine de professionnels ressources des différents parcours.

Ainsi que sur une recherche approfondie s'appuyant sur les documents et ressources suivantes : Le profil santé du Pays Cévennes, ORS 2024 ; Le SCOT du Pays des Cévennes ; La consultation citoyenne de l'ARS Occitanie ; Le Programme Régional de Santé ; Le Programme Régional Santé-Environnement ; Les Etats Généraux de la Santé Alès Agglomération ; Les travaux du schéma départemental des solidarités sociales ; INSEE ; Santé ; Publique France ; DREES ; URPS Occitanie Médecins ; ORCEO; ATMO Occitanie; l'observatoire des fragilités de la Carsat; l'ORU; les projets de santé des CPTS La Cévenole & Entre Cèze et Gardon en Cévennes, le projet de santé de « la maison des Colibris »

Les groupes de travail

Comité de pilotage des soins de 1er recours ; 2PAO ; Comité de pilotage Addictologie ; Commission formation en addictologie ; Dépistage RDRD ; Groupe Référent VFF ; Comité de pilotage Mois Sans Tabac ; Aidants ; Diversification Alimentaire ; Atelier Santé Ville – Alès ; Atelier Santé Ville – Anduze ; Atelier Santé Ville – Bessèges ; Comité de pilotage Atelier Santé Ville ; Comité Technique Atelier Santé Ville ; Comité technique GIP ; Groupe de Travail Pratiques Professionnelles et relations aux publics des quartiers alésiens ; Atelier Santé Ville - La Grand Combe ; Atelier Santé Ville – Saint-Ambroix ; Comité d'Animation Paritaire CLS ; Comité de Concertation Politique CLS ; Comité de Pilotage Politique CLS ; Santé Environnement ; Coordination Actions Santé Maison de la Jeunesse ; Coordination Prévention Le Saje ; Groupe Covid19 ; Les colibris ; Comité de pilotage MISS ; Comité d'animation MISS ; CPTS La Cévenole - Pôle Santé Ambulatoire ; Commission 1 CPTS La Cévenole ; Coordination inter CPTS ; EVARS ARS ; Exercices Coordonnés ; Accès aux Soins Somatiques des Personnes en Situation d'Exil ; Exil Santé et Soins ; Comité technique Forum Santé Jeunes ; Habitat Indigne et Santé ; CLSPD La Grand'Combe ; Interculturalité - Droits Santé ; Maladies chroniques ; Comité de Pilotage Médiation Santé ; Comité Animation Médiation Santé ; Coordination Médiation Santé ; Comité de pilotage MSP Chamborigaud Génolhac ; Equipe projet MSP Chamborigaud ; Obésité Adultes ; Régionalisation Obésité Infantile ; Périnatalité ; Petite enfance ; Programme local Alimentation Santé ; PLAS - Actions sur les Quartiers Politique de la Ville ; Radicalisation dans toutes ses Dimensions RDTD ; Collectif Territorial d'Animation RCL ; Commission formation RCL ; GEAP en Collège ; Groupe d'Echanges autour des pratiques en Collège RCL ; Rencontres Cliniques Bébé et Jeune Enfant ; Formation RCL ; Rencontres des cadres Alès Agglomération ; Conférence des financeurs ; Assemblée Générale Reseda ; Bureau Reseda ; Conseil d'Administration Reseda ; Réunions d'équipe mutualisée ; Forum Santé Jeunes Alès ; Mesures de protections des Majeurs ; SISM Actions ; Comité de pilotage SISM ; CLSM ; Comité de Pilotage Santé mentale ; Santé Mentale et Intimité ; Santé Mentale et Précarité ; Santé Mentale et Travail ; Santé Mentale PTSM ; Santé Vie Sociale ; Soins Palliatifs ; SSIAD Soins Palliatifs ; Vaccination Collectif ; Concertation technique VIF ; Groupe référent Violences conjugales ; sensibilisation des professionnels Violences conjugales.

Les axes de travail

Parcours

- Périnatalité – petite Enfance
- Jeunes
- Personnes âgées, Personnes handicapées, Aidants
- Personnes en situation de vulnérabilité /précarité
- Santé mentale
- Addictions
- Nutrition
- Maladies chroniques
- Soins palliatifs

Accès aux soins de santé primaire

- Attractivité et aide à l'installation
- Organisation de l'accès aux soins primaires
- Soutien aux équipes de soins primaires

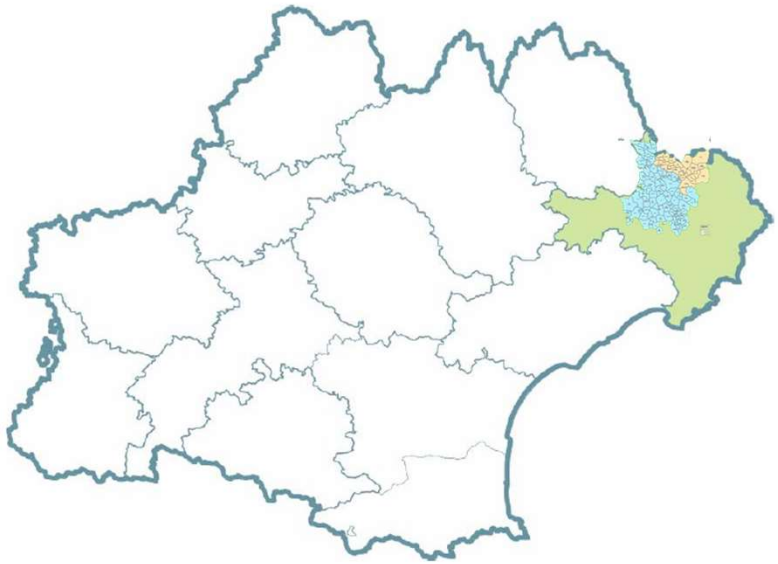
Santé environnement

- Prévention des risques environnementaux
- Réponses aux crises sanitaires
- Urbanisme & Santé

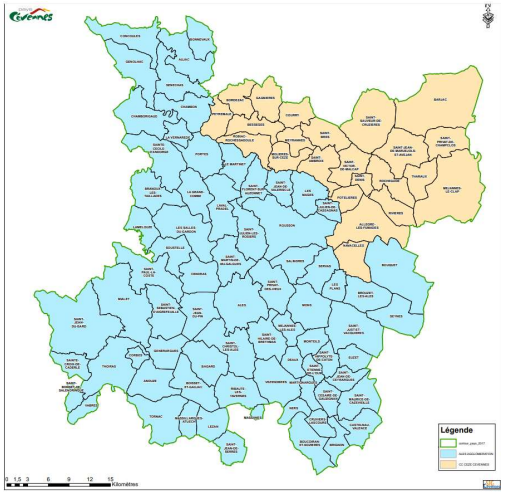
Education pour la santé - Prévention – Repérage – Soins – Accompagnement

Partie I

Présentation du territoire et données de cadrage sur l'état de santé de la population



Géographie : un territoire contrasté



Le territoire du Syndicat Mixte du Pays Cévennes, composé de **95 communes s'étend sur 1 240 km²** et représente 24% du département du Gard. Il s'étend sur tout le territoire nord et nord-est du Gard limitrophe respectivement des départements de la Lozère et de l'Ardèche, et la partie sud-ouest et sud-est du bassin alésien. Il recoupe deux communautés d'agglomération : **la communauté d'Alès Agglomération** (qui compte 72 communes) et la **Communauté de Communes de Cèze Cévennes** (qui compte 23 communes).

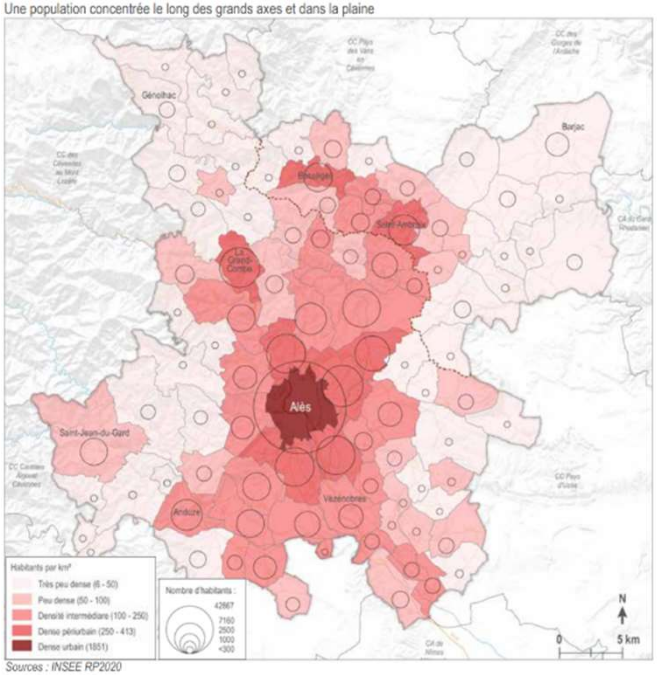
Le Pays des Cévennes est constitué d'une **zone urbaine à forte densité** (supérieure à 1850 habitants /km²) qui correspond au grand pôle urbain et péri urbain avec Alès et sa couronne, **entouré d'une zone rurale de très faible densité** (inférieure à 5 habitants/km²).

14% de la population du Pays Cévennes habite dans 9 QPV répartis sur 4 communes : Alès, Anduze, La Grand'Combe, Saint-Ambroix. S'ajoutent à ce chiffre, 11 autres territoires placés en « veille active » : Saint-Martin-de-Valgalgues, Salindres, Cendras, Les Salles du Gardon, Rousson, Saint Julien Les Rosiers, Saint-Florent-sur-Auzonnet situés sur les communes d'Alès Agglomération et les communes de Bessèges et Molières sur Cèze appartenant à la communauté de communes de Cèze Cévennes.

De plus, ce territoire présente une géographie de plaines (au sud) mais aussi de vallons et de montagnes (au nord). Un seul grand axe routier composé de la RN 110 qui dessert Nîmes-Alès en 45 minutes et de la RN 106 qui relie Alès à Mende en 2 heures. Une ligne de chemin de fer relie Nîmes à Clermont-Ferrand. La majorité du territoire est ensuite reliée par des routes départementales : Génolhac-Alès : 50 minutes ; Barjac-Alès : 45 minutes ; Méjannes-le-Clap - Alès : 40 minutes ; St Jean du Gard-Alès : 40 minutes ; Anduze-Alès : 25 minutes.

Selon l'Observatoire des territoires qui s'appuie sur les données de l'INSEE, on peut distinguer Alès (sous-préfecture du Gard) comme centre urbain dit intermédiaire entouré d'une ceinture urbaine (dont font partie Saint Christol les Alès, Saint Hilaire de Brethmas, Saint Privat des Vieux, Salindres, Rousson, Saint Julien Les Rosiers, Saint-Martin-de-Valgalgues), 3 petites villes (La Grand'Combe, Les Salles du Gardon, Branoux-les-Taillades), 19 bourgs ruraux, **51 communes rurales à habitat dispersé et 14 à habitat très dispersé.** En outre, on compte **24 communes isolées hors influence des pôles.** Cf. Carte morphologie du territoire.

Une population concentrée le long des grands axes et dans la plaine



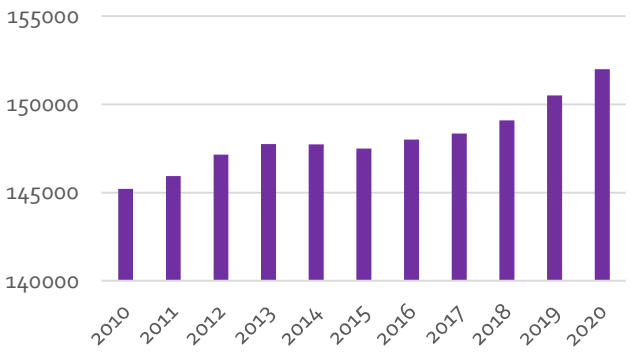
Sources : INSEE RP2020

Données démographiques et dynamiques populationnelles

Un fort dynamisme démographique, dû à un solde naturel positif et à l'arrivée de nouveaux habitants dans le Pays Cévennes

Le nombre total d'habitants sur le territoire du Pays Cévennes s'élève à 151 990 habitants (Observatoire des territoires, INSEE 2020) dont 28% habitent à Alès. Alès Agglomération compte au total 132799 habitants et la Communauté de Communes de Cèze Cévennes compte 19191 habitants.

Entre 2014 et 2020, le Pays des Cévennes a vu sa population augmenter de plus de 850 habitants en moyenne chaque année. Cela correspond à un taux d'accroissement annuel moyen de 0,4 % de sa population, taux proche de celui du Gard et de l'Hexagone (+0,3 %) et plus faible que celui de la région (+0,7 %)



Evolution du peuplement du Pays Cévennes sur 10 ans
(Observatoire des territoires, INSEE)

En 2020, le nombre de naissances enregistrées parmi les habitants du Pays (1 231) est nettement plus important que celui des décès (789), ce qui correspond à un solde naturel positif de 442 habitants.

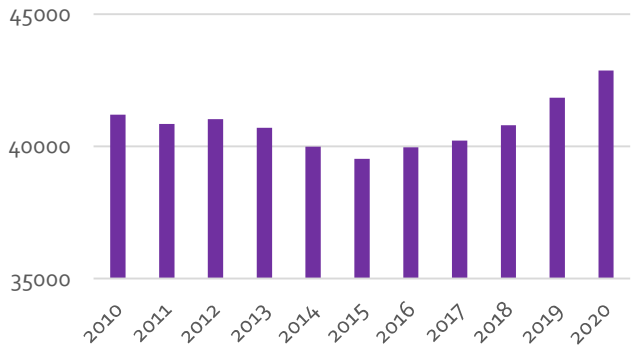
L'accroissement annuel de la population étant de 853 habitants en moyenne chaque année, en 2020, la natalité contribuerait pour moitié à l'accroissement démographique du Pays des Cévennes, l'autre moitié serait due à l'arrivée de nouveaux habitants dans le Pays, en plus grand nombre que ceux qui en sont partis.

Néanmoins, en cinq ans le taux de mortalité a augmenté dans le Pays des Cévennes comme dans les territoires de comparaison, mais de façon plus marquée (+13 % vs de +5 % à +10 %). Quant au taux de natalité, il a plus fortement baissé dans le Pays Cévennes (-17 %) que dans les territoires de comparaison (-9% à -10 %).

Des dynamiques démographiques non homogènes dans le Pays Cévennes.

Néanmoins la répartition de cette évolution n'est pas homogène sur le territoire.

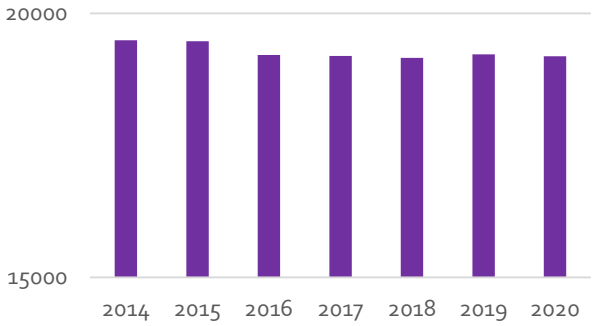
Cette évolution concerne principalement Alès Agglomération avec une variation annuelle de 762 habitants entre 2014-2020, dont Alès qui bénéficie en particulier d'une augmentation sensible et continue de sa population depuis 2016. Alès connaît une variation annuelle de la population de 479 habitants en moyenne entre 2014-2020. Depuis 2 ans consécutifs, Alès voit sa population augmenter de plus de 1000 habitants.



Evolution du peuplement de la Ville d'Alès sur 10 ans
(Observatoire des territoires, INSEE)

La communauté de communes Cèze Cévennes ne bénéficie pas de cette dynamique populationnelle et connaît en revanche une stagnation voire une perte de population selon les années. La variation annuelle de la population pour cette zone étant de - 51 habitants entre 2014-2020.

Géographie : un territoire contrasté / disparités et contraintes



Evolution du peuplement de la communauté de communes Cèze Cévennes sur 10 ans (Observatoire des territoires, INSEE)

La répartition des personnes nouvellement entrées sur le territoire n'est pas non plus homogène. Ce solde migratoire positif se répartit principalement sur Alès Agglomération dont la moitié sur Alès.

Variation annuelle de la population due au solde migratoire apparent entre 2014 et 2020		
Alès Agglo	Alès	CC Cèze Cévennes
1084	560	119

Géographie : un territoire contrasté / disparités et contraintes

Repères…

Des besoins de santé différents selon « les âges de la vie »

La connaissance de la répartition et de la part relative de certaines tranches d'âge permet d'orienter les politiques de santé.

On peut distinguer notamment :

– la période de l'enfance et l'adolescence dans laquelle est intégrée le période péri et post natale : les moins de 15 ans,

– les jeunes de 15 à 29 ans dont on connaît, malgré le manque d'indicateurs à des échelles locales, les besoins de prévention et de promotion de la santé au regard des comportements à risques,

– la part des 65 ans et plus qui permet de repérer l'importance du vieillissement démographique et des éventuels besoins en termes de prévention de la perte d'autonomie mais aussi de prise en charge.

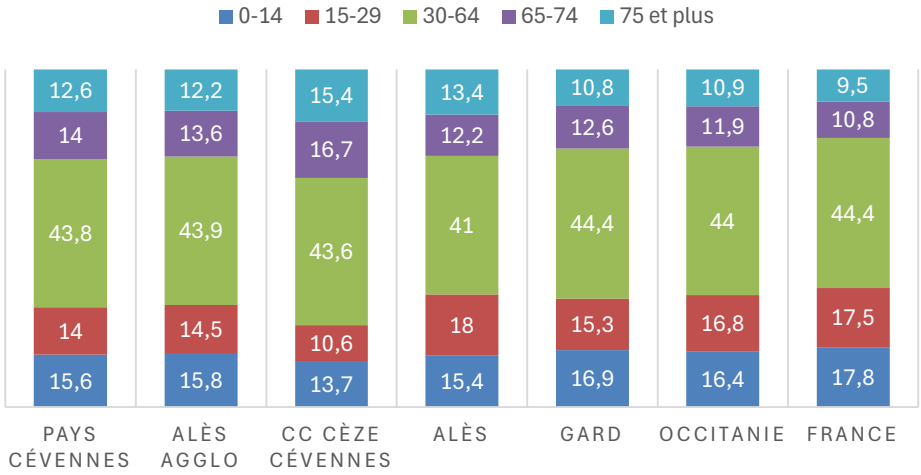
Une population plus âgée que la moyenne nationale

En 2020, près de 23 750 habitants du Pays sont âgés de moins de 15 ans et près de 21 330 sont âgés de 15 à 29 ans ; ainsi, les jeunes de moins de 30 ans représentent 29,6 % de la population, moins que dans le département (32 %), la région (33 %) ou en France métropolitaine (35 %).

21 300 habitants ont entre 65 et 74 ans et près de 19 200 sont âgés de 75 ans ou plus ; ainsi, le territoire compte **26,6 % de personnes âgées de 65 ans** ou plus (respectivement, 14,0 % et 12,6 %), part plus importante que celle du Gard (22 %) ou de la région (23%) et nettement plus élevée que celle observée au niveau national (20 %).

Ces écarts à la moyenne nationale sont particulièrement marqués sur la CC de Cèze-Cévennes.

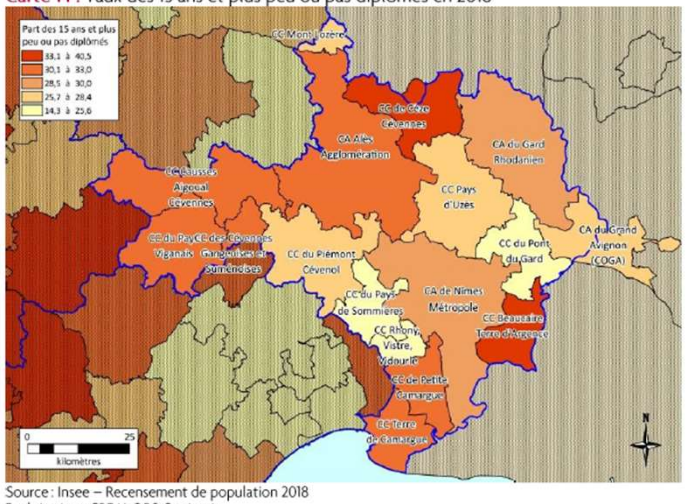
Répartition par âge dans les territoires



Entre 2014 et 2020 la population du Pays des Cévennes a encore vieilli : l'indice de vieillissement est passé de 113 à 126 personnes âgées de 65 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans. En 2020, cet indice de vieillissement est plus élevé que celui du département ou de la région (102), et bien plus élevé que celui de la France métropolitaine qui ne compte que 86 personnes âgées de 65 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans.

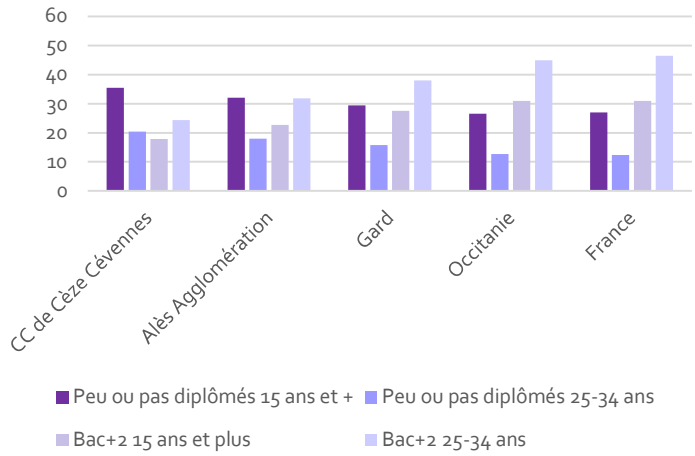
Globalement de 12,6 % dans l'ensemble du territoire, la part des personnes âgées de 75 ans ou plus varie fortement selon les communes : de 3,6 % dans la commune de Saint-Étienne-de-l'Olm à 21,3 % dans la commune de Bessèges. Elle est supérieure à 12,6 % dans un tiers (32 sur 95) des communes du Pays.

Carte 14 : Taux des 15 ans et plus peu ou pas diplômés en 2018



Source : Insee – Recensement de population 2018
Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Parts de diplômés en %



La part des enfants de 2 à 5 ans scolarisés est supérieure sur la CC de Cèze-Cévennes (79,8%), alors qu'elle est alignée sur Alès-Agglomération (74,5%) à celle du Gard (73,1%), de l'Occitanie (73,8%) et nationale (73,7%).

En revanche la part des jeunes de 18 à 24 ans scolarisés est plus faible sur le Pays Cévennes que sur les territoires de référence : 31,7 % sur la CC de Cèze-Cévennes, 43,5% sur Alès Agglomération, 47,7% dans le Gard, 53,9% en Occitanie et 52,5% en France.

Les personnes de plus de 15 ans peu ou pas diplômées sont surreprésentées sur la CC de Cèze-Cévènnes (35,5%) et Alès-Agglomération (32,1%) par rapport à celle du Gard (29,4%), de l'Occitanie (26,6%) et nationale (27%).

Repères…

Les inégalités sociales et territoriales de santé concernent toute la population, sur l'ensemble du gradient social. En d'autres termes, les personnes qui ont une position sociale favorable sont en meilleure santé que celles qui sont juste au-dessous, et ainsi de suite jusqu'aux personnes les plus démunies. Ainsi, les personnes vivant dans les zones les plus défavorisées ont une moins bonne santé de façon générale.

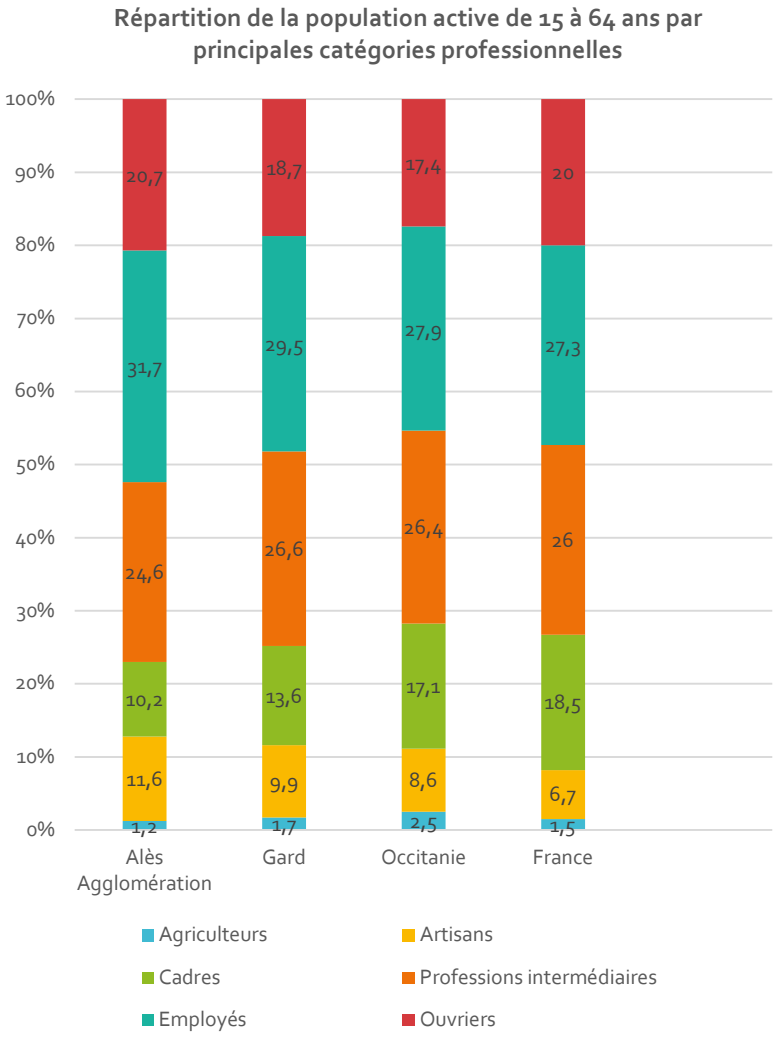
De nombreuses études mettent en avant l'influence des déterminants sociaux sur la santé, comme :

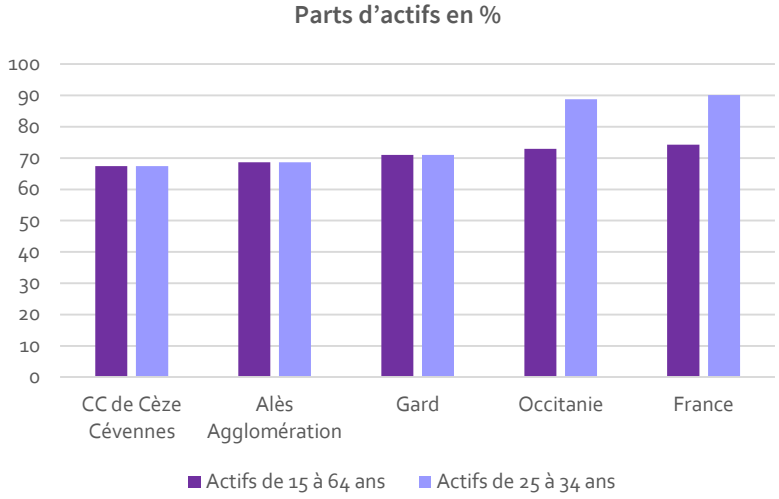
- une moins bonne chance de survie après un cancer pour les personnes vivant dans des zones les plus défavorisées, une augmentation des hospitalisations et de la mortalité pour certaines maladies cardio-vasculaires (AVC, infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque et embolie pulmonaire) lorsque le niveau socio-économique des patients diminue
- une plus grande difficulté à arrêter de fumer pour les personnes socialement défavorisées, plus grosses consommatrices de tabac, bien qu'étant autant désireuses que le reste de la population.

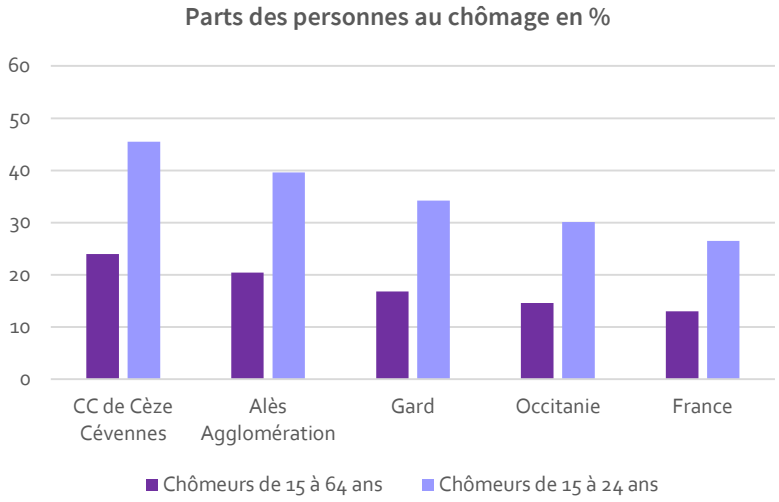
Les inégalités sociales de santé agissent dès l'enfance et peuvent se maintenir tout au long de la vie. Par exemple, le surpoids des enfants et des adultes est plus important dans les familles dont le diplôme est plus faible, alors que la France est l'un des premiers pays au monde à constater une stabilisation en moyenne.

Ces inégalités de santé pourraient être évitées par des mesures favorisant l'égalité des chances pour l'ensemble de la population et pour les populations les plus vulnérables.

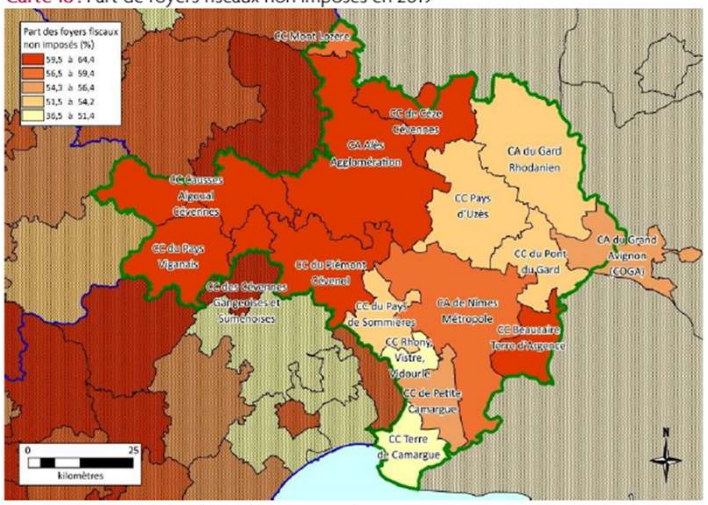
Profil socio-économique de la population du territoire





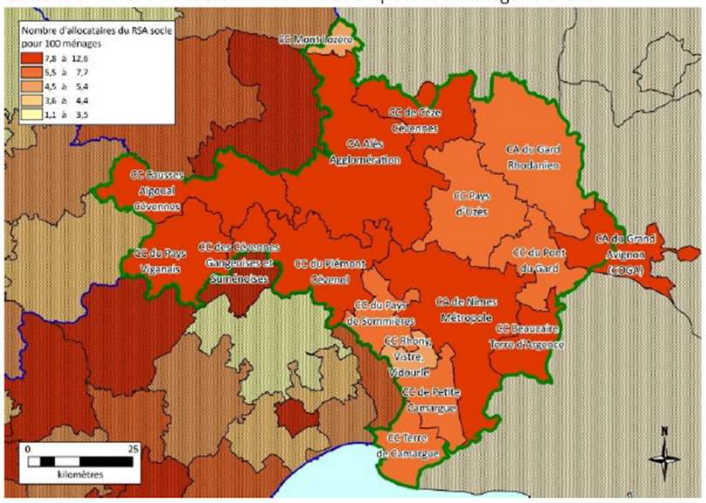


Carte 18 : Part de foyers fiscaux non imposés en 2019



Source : Insee – Recensement de population 2019 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Carte 19 : Nombre d'allocataires du RSA socle pour 100 ménages en 2020



Source : Insee – Recensement de population 2020 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

La part des foyers non imposés atteint 64,4 % dans la CC de Cèze-Cévennes et 61% dans la CC Alès Agglomération, alors qu'elle est de 56% dans le Gard et 49,5% en France.

De même, 10,5 % des ménages sont allocataires du RSA socle sur le Pays des Cévennes alors qu'ils sont 8,8% dans le Gard et 5,7% dans la France entière.

Les ménages allocataires dépendant à 100% des prestations sociales représentent 25,8% des ménages vivant dans la CC de Cèze-Cévennes et 22,9 % dans la CA Alès-Agglomération, contre 19,1% dans le Gard et 15,3% en France entière.

Enfin, il est également à noter une sur-représentation des bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (C2S) sur la CC de Cèze-Cévennes (17,5%) et la CA Alès Agglomération (18,7%) contre 15% dans le Gard et 10,9% au niveau national.

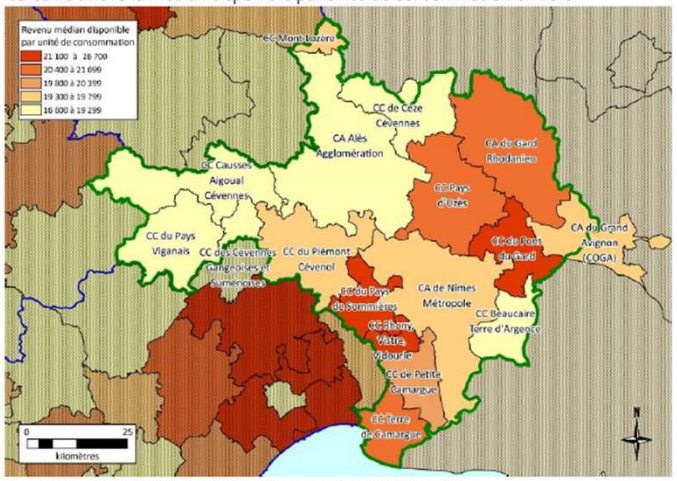
Repères…

Parmi les personnes âgées de 18 à 59 ans, les bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) sont moins nombreux à se déclarer en « bonne » ou « très bonne » santé que l'ensemble de la population (58 % contre 77 %). Ils déclarent davantage de restrictions d'activité (28 % contre 17 %) et présentent plus souvent un état de détresse psychologique (36 % contre 14 %). Parmi les bénéficiaires du RSA, ceux du RSA socle non majoré déclarent le plus mauvais état de santé.

DREES - 2018

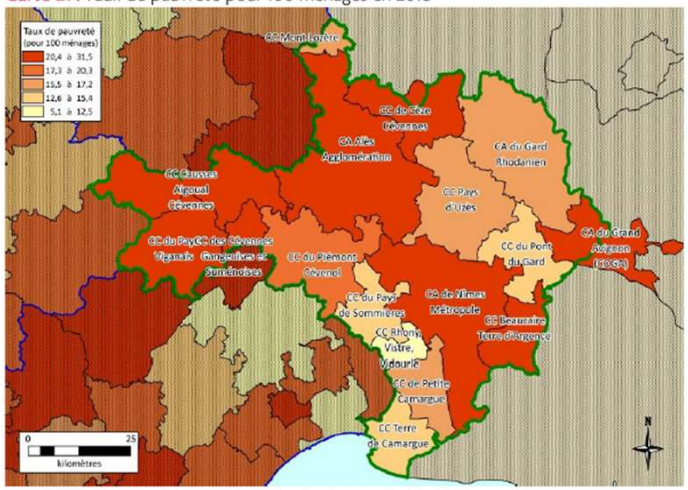
Profil socio-économique de la population du territoire

Carte 20 : Revenu médian disponible par unité de consommation en 2018



Source : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal 2018
Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Carte 21 : Taux de pauvreté pour 100 ménages en 2018



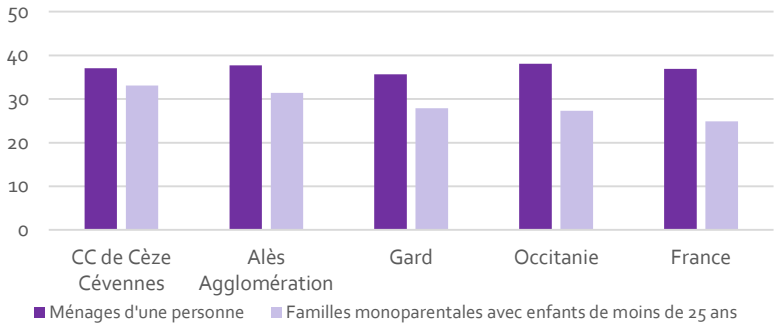
Source : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal 2018
Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

En 2018, le revenu annuel médian disponible s'élève à 17 920 € dans la CC de Cèze-Cévennes et de 18 670 € dans la CA Alès Agglomération. Ces revenus sont inférieurs à ceux constatés dans le Gard (20 020 €); en Occitanie (20 740 €) et en France (21 730 €).

25,5 % des ménages de la CC de Cèze Cévennes vivent en dessous du seuil de pauvreté. Ils sont 22,8 % dans la CA Alès Agglomération.

Pour comparaison, ils sont 19,8% dans le Gard, 17,2% en Occitanie et 14,6% en France métropolitaine.

Description des ménages en %

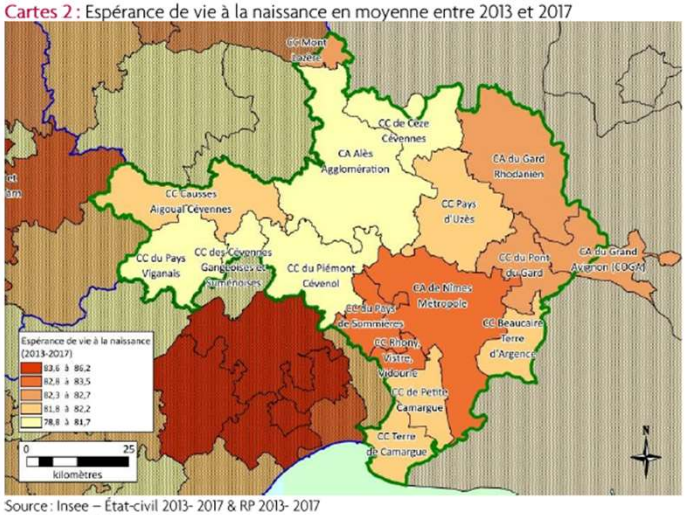


Repères…

Le revenu disponible comprend les revenus d'activité (salariée et indépendante et revenus de remplacement tels que le chômage, la préretraite et la pension d'invalidité, ainsi que les pensions alimentaires et revenus de patrimoine) auxquels sont ajoutés les prestations sociales reçues, moins les impôts versés. Il est ensuite divisé par le nombre d'unités de consommation (UC) du ménage pour évaluer le niveau de vie d'un ménage.

Le taux de pauvreté est déterminé chaque année au niveau national par l'Insee à partir du revenu disponible. Quand un ménage dispose, par unité de consommation, de moins de 60% du revenu annuel médian France entière, il est considéré comme étant en situation de pauvreté.

Cartes 2 : Espérance de vie à la naissance en moyenne entre 2013 et 2017



Source : Insee – État-civil 2013- 2017 & RP 2013- 2017
Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

En 2013-2017, l'espérance de vie à la naissance atteint 80,7 ans dans la CC de Cèze-Cévennes et 81,8 ans dans la CA Alès-Agglomération, ce qui met le Pays des Cévennes dans une situation plutôt défavorable par rapport aux territoires de référence (82,5 ans dans le Gard, 82,9 ans en Occitanie et 82,5 ans en France).

En 2021, l'espérance de vie à la naissance des habitants du Pays des Cévennes est de 81,5 ans, moins élevée d'un an que celle des Occitans et moins élevée également que celle des Gardois (82,1 ans) et des métropolitains (82,2 ans). De même, l'espérance de vie à 60 ans est de 24,6 ans pour les habitants du territoire, plus faible que celle du département (25,0 ans), de la région (25,4 ans) et de la France métropolitaine (25,1 ans). En cinq ans, les espérances de vie des habitants (à la naissance et à 60 ans) ont baissé dans le territoire comme dans les territoires de comparaison, baisse à mettre en regard de la crise sanitaire du Covid-19 dont les effets étaient encore importants en 2021.

Repères…

L'espérance de vie à la naissance représente la durée de vie moyenne (autrement dit l'âge moyen au décès) d'une génération fictive soumise aux conditions de mortalité de l'année. Elle caractérise la mortalité indépendamment de la structure par âge.

Repères…

En 2023 en France, l'espérance de vie à la naissance s'élève à 85,7 ans pour les femmes et atteint, pour la première fois, 80,0 ans pour les hommes (figure 5). Par rapport à 2022, elle est en hausse de 0,6 an pour les femmes et de 0,7 an pour les hommes. Cette hausse est forte : de 2000 à 2009, l'espérance de vie augmentait en moyenne de 0,2 an par an pour les femmes et de 0,3 an pour les hommes, puis à un rythme ralenti de 0,1 an pour les femmes et 0,2 an pour les hommes dans la décennie suivante. L'espérance de vie reflète les conditions de mortalité de l'année ; elle avait fortement chuté en 2020, du fait de la crise sanitaire, et était restée inférieure à son niveau de 2019 les deux années suivantes. En 2023, elle atteint un niveau supérieur à son niveau pré-pandémique.

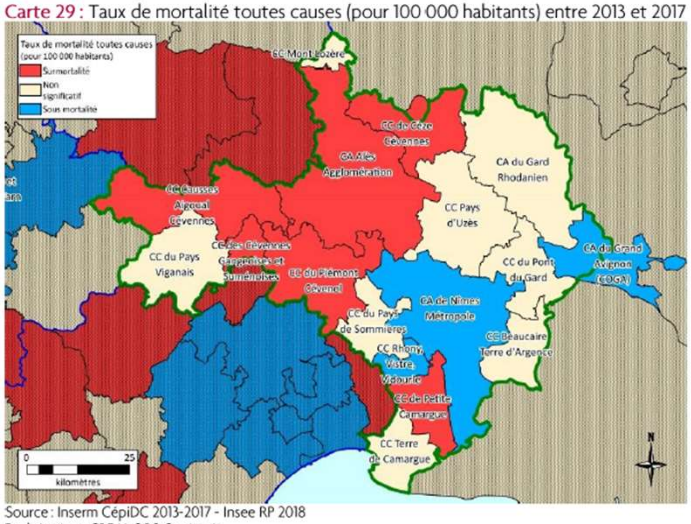
L'espérance de vie à 60 ans augmente fortement aussi entre 2022 et 2023 et retrouve un niveau supérieur à celui de 2019 : elle est de 27,9 ans pour les femmes (soit +0,1 an par rapport à 2019) et de 23,7 ans pour les hommes (+0,3 an).

Depuis le milieu des années 1990, l'espérance de vie à la naissance croît moins vite pour les femmes que pour les hommes, réduisant ainsi l'écart entre les deux sexes. Il est désormais de 5,7 ans.

En 2022, l'espérance de vie des femmes est, en France, supérieure à la moyenne européenne (85,1 ans, contre 83,4 ans en UE27). Les femmes vivent le plus longtemps en Espagne (85,9 ans). L'espérance de vie des hommes atteint 79,3 ans en France, contre 78,0 dans l'UE27 ; elle est la plus élevée en Suède, à 81,5 ans.

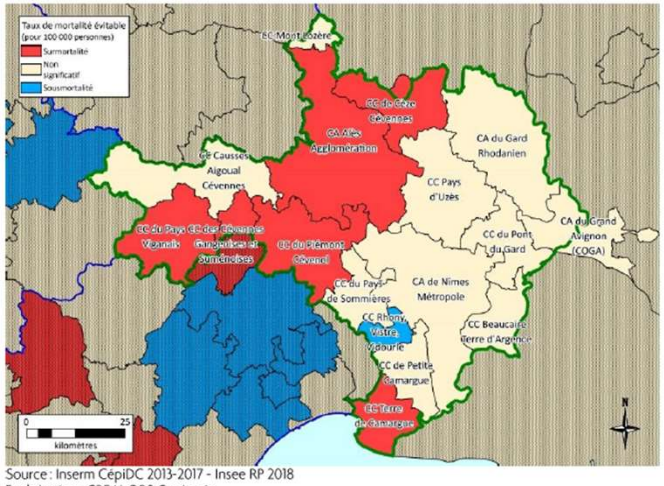
Insee - 2024

Carte 29 : Taux de mortalité toutes causes (pour 100 000 habitants) entre 2013 et 2017



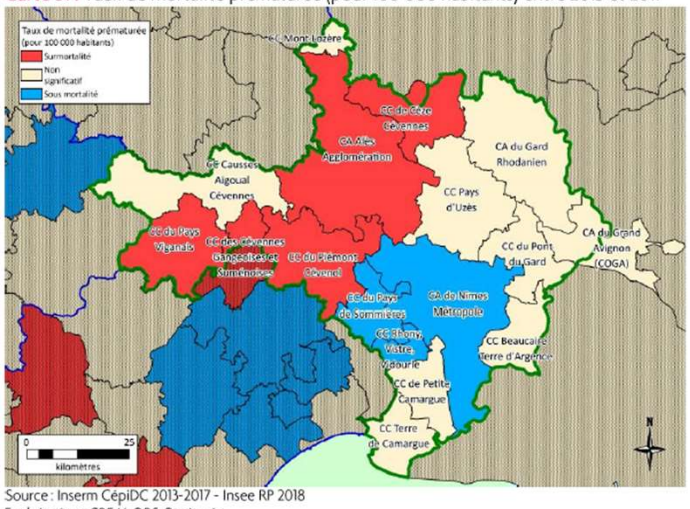
Source : Inserm CépiDC 2013-2017 - Insee RP 2018
Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Carte 32 : Taux de mortalité évitable par la prévention (pour 100 000 habitants) entre 2013 et 2017



Source : Inserm CépiDC 2013-2017 - Insee RP 2018
Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Carte 31 : Taux de mortalité prématurée (pour 100 000 habitants) entre 2013 et 2017



Source : Inserm CépiDC 2013-2017 - Insee RP 2018
Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Le Pays Cévennes est marqué par une surmortalité prématurée. 380 décès pour 100,000 habitants dans la CC de Cèze Cévennes et 349 pour Alès-Agglomération, contre 318 dans le Gard, 302 en Occitanie et 319 en France.

La surmortalité prématurée évitable par la prévention est elle aussi plus marquée sur le territoire avec un TCM de 243 décès pour 100,000 habitants dans la CC de Cèze Cévennes et 215 pour Alès Agglomération, 199 dans le Gard, 180 en Occitanie et 194 en France.

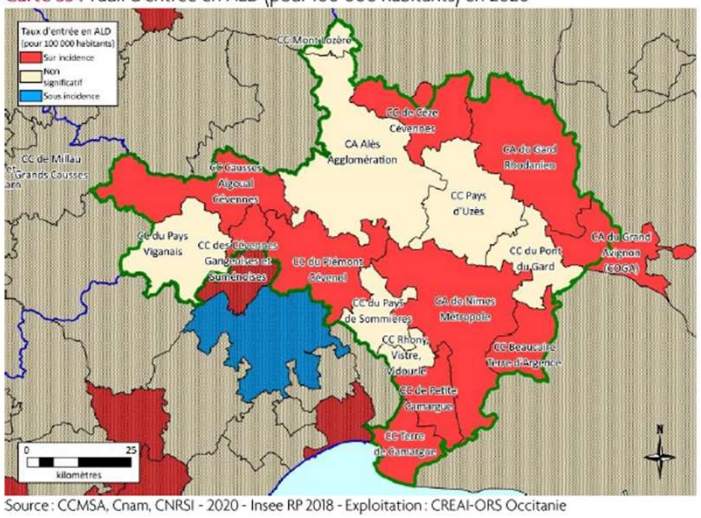
Repères…

Le taux comparatif de mortalité (TCM) correspond au taux que l'on observerait sur une zone géographique donnée si elle avait la même structure par âge que la population de référence (France entière).

La mortalité dite prématurée permet d'analyser les décès survenant tôt dans la vie (avant 75 ans).

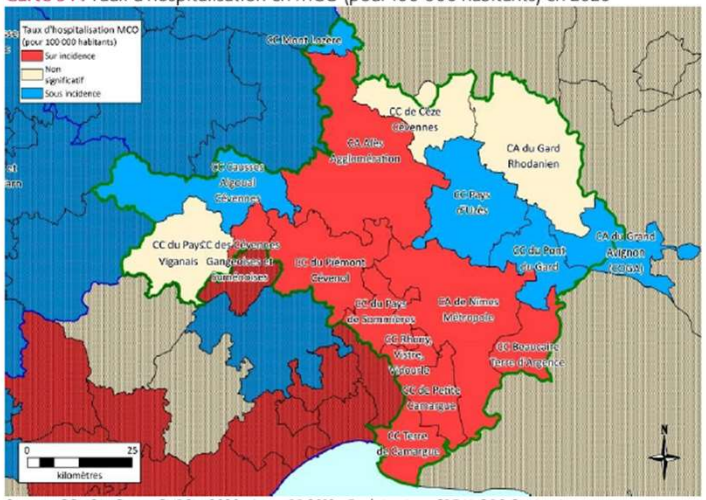
La mortalité évitable concerne les décès prématurés qui surviennent à la suite d'une pathologie ou un événement de santé qui aurait pu être prévenu par la prévention ou par une prise en charge médicale.

Carte 33 : Taux d'entrée en ALD (pour 100 000 habitants) en 2020



Source : CCMSA, Cnam, CNRSI - 2020 - Insee RP 2018 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Carte 34 : Taux d'hospitalisation en MCO (pour 100 000 habitants) en 2020



Source : CCMSA, Cnam, CNRSI - 2020 - Insee RP 2018 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

En 2020, on comptait 4 092 admissions en affection longue durée (ALD) dans le Pays des Cévennes.

Le taux standardisé d'incidence (TSI) des ALD montre une sur-incidence sur la CC de Cèze-Cévennes avec 2944 admissions pour 100.000 habitants, contre 2394 dans le Gard, 2341 en Occitanie et 2252 en France.

Le taux d'incidence standardisé (TSI) en MCO montre une faible sur-incidence sur la CA Alès Agglomération avec 253 hospitalisations pour 100.000 habitants, dans la même mesure que les taux moyens gardois et d'Occitanie, contre 250 au niveau national .

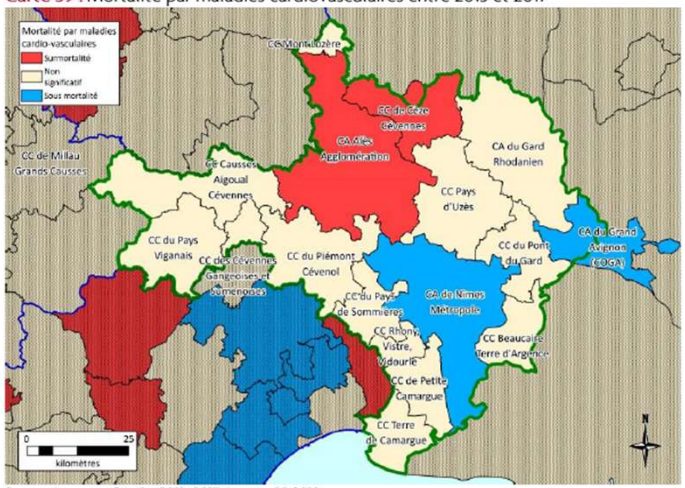
Repères…

Initialement, **30 affections relevaient de la classification en Affection Longue Durée (ALD)**. Aujourd'hui, l'hypertension artérielle sévère n'est plus incluse dans cette liste.

Il s'agit des affections suivantes :

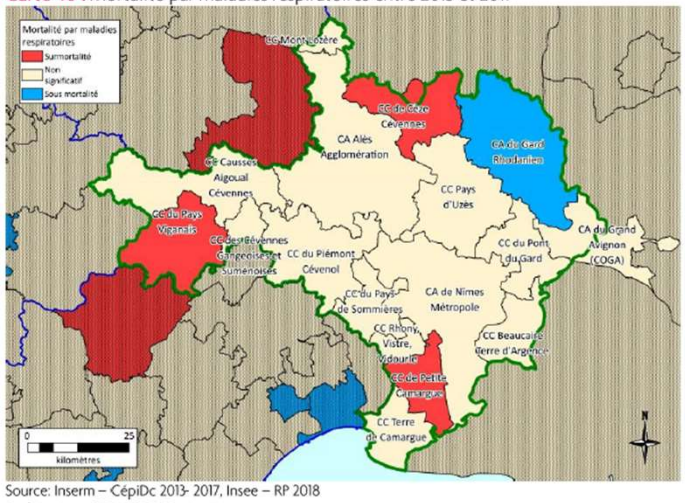
- Accident vasculaire cérébral invalidant
- Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques
- Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques
- Bilharziose compliquée
- Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves
- Maladies chroniques actives du foie (hépatite B ou C) et cirrhoses
- Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immuno-déficience humaine (VIH)
- Diabète de type 1 et diabète de type 2 de l'adulte ou de l'enfant
- Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave
- Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères
- Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves
- Maladie coronaire : infarctus du myocarde
- Insuffisance respiratoire chronique grave (exemple : asthme grave)
- Maladie d'Alzheimer et autres démences
- Maladie de Parkinson
- Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé
- Mucoviscidose
- Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif (insuffisance rénale)
- Paraplégie
- Vascularites, lupus érythémateux systémique, sclérodermie systémique
- Polyarthrite rhumatoïde évolutive
- Affections psychiatriques de longue durée (exemples : dépression récurrente, troubles bipolaires)
- Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives
- Sclérose en plaques
- Scoliose idiopathique structurale évolutive
- Spondylarthrite grave
- Suites de transplantation d'organe
- Tuberculose active, lèpre
- Tumeur maligne (cancer), affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique (exemple : lymphome).

Carte 39 : Mortalité par maladies cardiovasculaires entre 2013 et 2017



Source: Inserm – CépiDc 2013- 2017, Insee – RP 2018
Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Carte 40 : Mortalité par maladies respiratoires entre 2013 et 2017



Source: Inserm – CépiDc 2013- 2017, Insee – RP 2018
Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

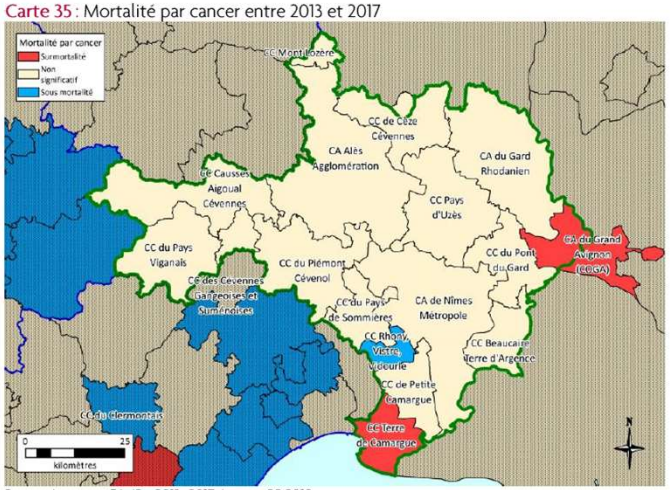
Nombres annuels moyens de décès et taux comparatifs de mortalité (TCM) par maladies de l'appareil circulatoire (AC) et respiratoire (AR)

	Décès annuels moyens AC	TCM AC	Décès annuels moyens AR	TCM AR
CC de Cèze Cévennes	84	286,2	25	85
Alès Agglomération	386	240,4	105	65,2
Gard	1773	228,8	504	64,9
Occitanie	14241	224,2	3978	62,5
France	139776	227,9	39677	64,7

Une sur-incidence marquée de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire et respiratoire est constatée sur la CC de Cèze-Cévennes.

Une surreprésentation de décès par maladie de l'appareil respiratoire est également constatée sur la CC de Cèze-Cévennes.

Carte 35 : Mortalité par cancer entre 2013 et 2017



Source : Inserm – CépiDc 2013- 2017, Insee – RP 2018
Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Des taux de mortalité liée au cancer toutes localisations confondues qui ne diffèrent pas significativement du niveau national.

En 2013-2017, on compte en moyenne 95 décès annuels par cancer sur le pays Cévennes : 15 dans la CC de Cèze-Cévennes et 80 dans Alès Agglomération.

De plus, aucune surmortalité liée à une localisation particulière de cancer n'est observée.

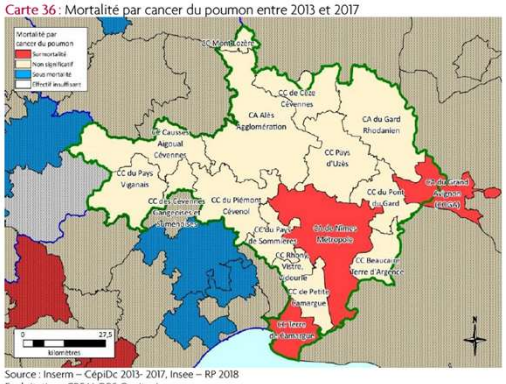
Zoom…

Une sur-incidence de cas de glioblastomes sur Salindres et Rousson.

- Il n'a pas été identifié d'exposition locale commune aux cas de Salindres et Rousson pouvant expliquer la sur-incidence.
- Les mesures de radioactivité (seul facteur de risque reconnu des glioblastomes) réalisées en 2020 n'ont montré aucune anomalie.
- La situation de Salindres et Rousson n'est pas isolée : la sur-incidence est également observée dans un très grand secteur nord du département du Gard.
- Chaque année, dans le Gard, entre 2006 et 2020, le nombre de nouveaux cas de glioblastomes augmente de 3,2 %.
- Cette tendance est aussi observée en France depuis les années 90 et dans de nombreux pays d'Europe, d'Amérique ou en Australie.
- Les raisons de cette tendance globale à l'augmentation ne sont pas élucidées et la recherche scientifique dans ce domaine doit être favorisée.

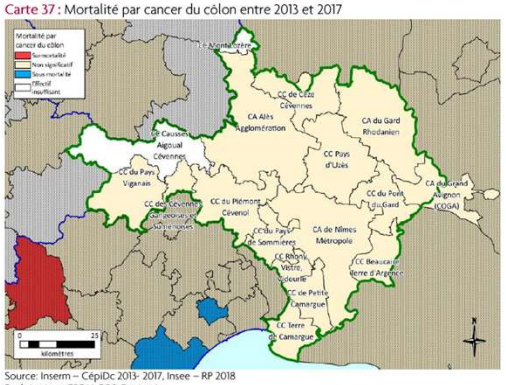
Santé Publique France – Février 2024

Carte 36 : Mortalité par cancer du poumon entre 2013 et 2017



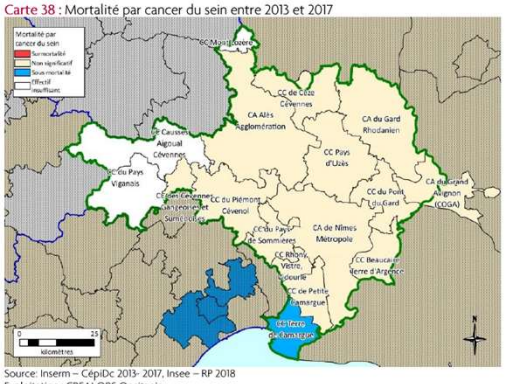
Source : Inserm – CépiDc 2013- 2017, Insee – RP 2018
Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Carte 37 : Mortalité par cancer du côlon entre 2013 et 2017



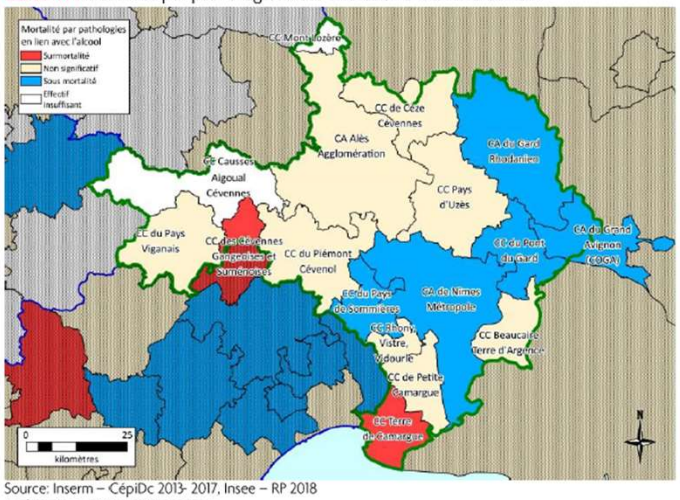
Source: Inserm – CépiDc 2013- 2017, Insee – RP 2018
Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Carte 38 : Mortalité par cancer du sein entre 2013 et 2017



Source: Inserm – CépiDc 2013- 2017, Insee – RP 2018
Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Carte 41 : Mortalité par pathologies liées à l'alcool entre 2013 et 2017

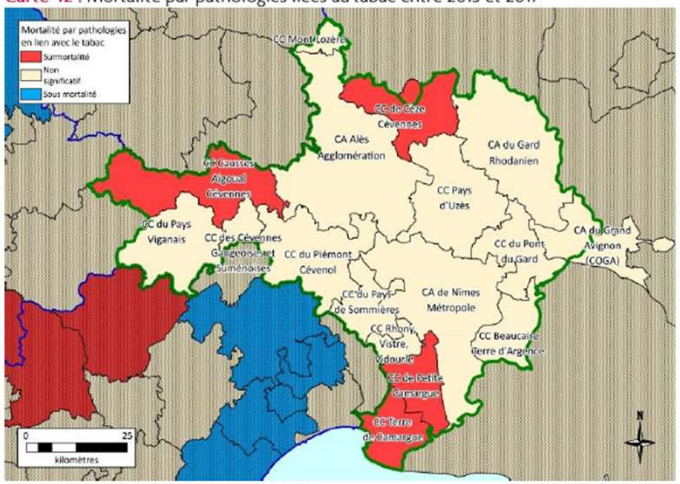


Source: Inserm – CépiDc 2013- 2017, Insee – RP 2018
Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Les pathologies pour lesquelles l'alcool est un facteur de risque sont responsables chaque année en moyenne de 54 décès dans le Pays des Cévennes (soit 7,4 % des décès prématurés et 2,6% des décès toutes causes confondues).

Le taux comparatif de mortalité (TCM) ne montre pas de surmortalité liée à l'alcool par rapport au niveau national.

Carte 42 : Mortalité par pathologies liées au tabac entre 2013 et 2017



Source: Inserm – CépiDc 2013- 2017, Insee – RP 2018
Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Concernant les pathologies pour lesquelles le tabac est un facteur de risque, elles sont à l'origine de 271 décès en moyenne chaque année (soit 37,2% des décès prématurés et 13,3 % des décès totaux).

Une surmortalité par pathologies en lien avec le tabac est marquée sur la CC de Cèze-Cévennes avec 162,8 décès pour 100,000 habitants, contre 135,3 au niveau national).

Repères…

Après une baisse du tabagisme quotidien d'ampleur inédite entre 2016 et 2019 (de 29,4 % à 24,0 % en métropole), **les niveaux de consommation se sont stabilisés depuis 2019.** Le tabac reste toujours la **première cause de mortalité évitable en France** avec 75 000 décès par an.

En 2022, en France métropolitaine, plus de trois personnes de 18-75 ans sur dix déclarent fumer (31,8%) et un quart fumer quotidiennement (24,5 %). L'augmentation observée parmi les femmes entre 2019 et 2021 a cependant marqué le pas. Les hommes continuent de fumer davantage que les femmes (27,4 % de tabagisme quotidien, vs 21,7 %).

Des inégalités sociales qui restent très marquées mais stables depuis 2019

Le nombre de fumeurs quotidiens reste en 2022 nettement **plus élevée lorsque le niveau de diplôme est plus faible** : elle varie de 30,8 % parmi les personnes n'ayant aucun diplôme ou un diplôme inférieur au Baccalauréat à 16,8 % parmi les titulaires d'un diplôme supérieur au baccalauréat.

La prévalence est **la plus élevée parmi le tiers de la population dont les revenus sont les plus bas** (33,6 %);

Enfin, parmi les 18-64 ans, le nombre de fumeurs quotidiens reste nettement plus élevée parmi les personnes au chômage (42,3 %), que parmi les actifs occupés (26,1 %) ou les étudiants (19,1 %).

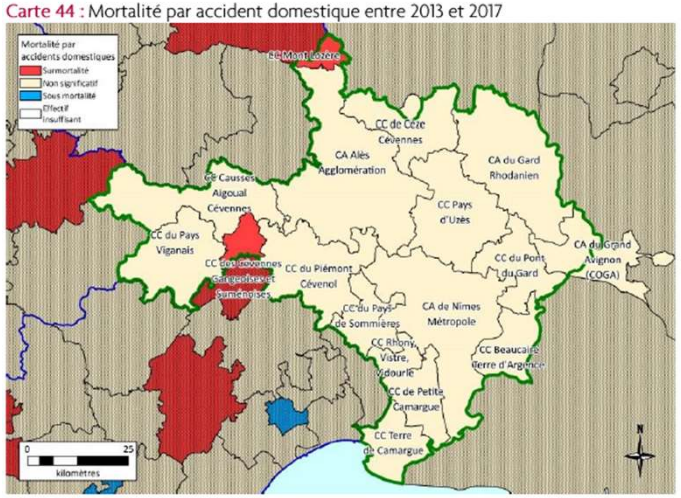
MILDECA – 2023

Carte 43 : Mortalité par suicide entre 2013 et 2017

Source: Inserm – CépiDc 2013- 2017, Insee – RP 2018
Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Il n'y a pas de surmortalité constatée sur le Pays Cévennes liée au suicide ou aux accidents de la vie domestique.

Carte 44 : Mortalité par accident domestique entre 2013 et 2017



Source: Inserm – CépiDc 2013- 2017, Insee – RP 2018
Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Repères…

Les accidents de la circulation entrainent 48 décès en moyenne par an dans le Gard entre 2013 et 2017. La mortalité par accident de la circulation est significativement plus importante dans le département qu'en France métropolitaine, à structure par âge comparable, comme c'est également le cas en Occitanie.

Partie II

Axe PARCOURS

- ✓ Périnatalité – Petite enfance
- ✓ Jeunes
- ✓ Personnes âgées, personnes handicapées, Aidants
- ✓ Personnes en situation de vulnérabilité/précarité
- ✓ Santé mentale
- ✓ Addictions
- ✓ Nutrition
- ✓ Maladies chroniques
- ✓ Soins palliatifs

Axe
PARCOURS

Périnatalité – Petite enfance

Repères

La périnatalité

Se définit comme l'ensemble des processus liés à la **naissance**, depuis la **contraception** jusqu'aux **premiers mois de la vie du nourrisson**, en passant par le **désir d'enfant**, le **diagnostic anténatal**, la **grossesse**, **l'interruption volontaire de grossesse, l'accouchement** ou **l'allaitement**.

La **période périnatale** a été définie par l'Organisation Mondiale de la Santé comme la période située entre la **vingt-huitième semaine de grossesse et le septième jour de vie après la naissance.**

La petite enfance

Concerne, les **enfants de 0 à 6 ans**, ainsi que leurs parents.

Dans le Pays Cévennes

- 1 231 naissances sur le territoire du Pays Cévennes en 2020
- Un taux de natalité de 8.1 naissances pour 1000 habitants, inférieur au taux du département (9.9), de la région (9,7) ou à la France métropolitaine (10,8).
- Un taux de natalité en baisse entre 2014 et 2020 sur l'ensemble des territoires de comparaison (Gard, Occitanie, France métropolitaine).
- Un indicateur conjoncturel de fécondité* de 1.83 entre 2016 et 2020, inférieur à celui du Gard (1.93), mais supérieur à l'Occitanie (1.75) et équivalent à l'indicateur national,
- Un solde naturel positif : en 2020, 1231 naissances contre 789 décès, soit un solde naturel positif de 442 habitants.
- Des situations de monoparentalité plus fréquentes que dans les territoires de comparaison : 32 % parmi les 19 242 familles avec enfants sur le Pays Cévennes soit 6 176 familles monoparentales en 2020, contre 28.3 % dans le département, 27.9 % dans la région, 25.4 % en France métropolitaine
- La part des familles monoparentales augmente dans le Pays comme dans les territoires de comparaison.
- Des indicateurs de précarité et de vulnérabilité élevés (Cf données de cadrage sur les déterminants sociaux)

Les 1000 1ers jours

- Réunie à l'automne 2019 à l'initiative du président de la République, la commission d'experts des 1000 1ers jours était présidée par le neuropsychiatre Boris Cyrulnik. Son rapport, remis en septembre 2020, a permis d'identifier les facteurs favorables au développement de l'enfant et les leviers pour investir davantage dans l'accompagnement de l'entourage de l'enfant, notamment des parents, pendant les 1000 premiers jours.
- Les 1000 premiers jours de l'enfant constituent aujourd'hui un concept incontournable pour de nombreux scientifiques afin de souligner l'importance de cette période clé pour le développement et la sécurisation de l'enfant, qui contient les prémisses de la santé et du bien-être de l'individu tout au long de la vie.
- En 2021, le Gouvernement s'est donné 5 priorités :

1 - Mettre à disposition des parents et de l'entourage de l'enfant des informations simples, accessibles et fiables

2 - Améliorer l'accompagnement des parents pendant toute la période

3 - Proposer un accompagnement renforcé selon les besoins des parents et les vulnérabilités

4 - Inviter les parents à prendre du temps pour construire la relation avec leur enfant

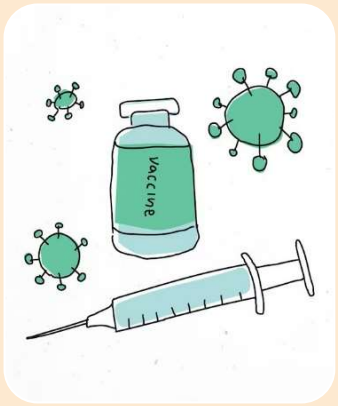
5 - Améliorer la qualité des modes d'accueil du jeune enfant

Les besoins en consultations des 0-6 ans

Les **besoins en consultations des enfants de 0-6 ans sans soucis de santé** sont de 18 consultations de suivi + vaccinations.

A ces consultations médicales systématiques se rajoutent toutes les consultations médicales intercurrentes particulièrement fréquentes dans les 2 premières années de vie et toutes les consultations médicales nécessaires aux enfants présentant une pathologie chronique ou des troubles spécifiques

Constats des professionnels sur la santé de la femme enceinte, de la mère et du jeune enfant dans le pays Cevennes



Santé mentale

- Repérage d'enfants avec **des difficultés de concentration, d'attention, des troubles du comportement**
- Des **parentalités fragiles** dues à des pathologies psychiatriques d'un ou des deux parents
- Des femmes enceintes, mères avec des **besoins de soutien psychologique**, mais qu'il est difficile d'orienter vers une offre adaptée (saturation des structures)
-De nombreuses femmes enceintes ou jeunes mères victimes de **violences conjugales**

Nutrition et environnement

- Des cas **fréquents de surcharge pondérale et/ou de diabète gestationnel** chez les femmes enceintes.
- Des problèmes de **surpoids et d'obésité** chez les jeunes enfants.
- Un constat de **manque d'activité physique** chez les parents et enfants
-**Eco anxiété** des futurs parents et parents
-**Perturbateurs endocriniens**

Vaccination

- Recrudescence des cas de rougeole

- Des **inégalités sociales en santé** existent en matière de **couverture vaccinale**

- Une couverture vaccinale insuffisante : Les professionnels constatent qu'il n'y a pas d'amélioration de la couverture vaccinale, et ce depuis plusieurs années

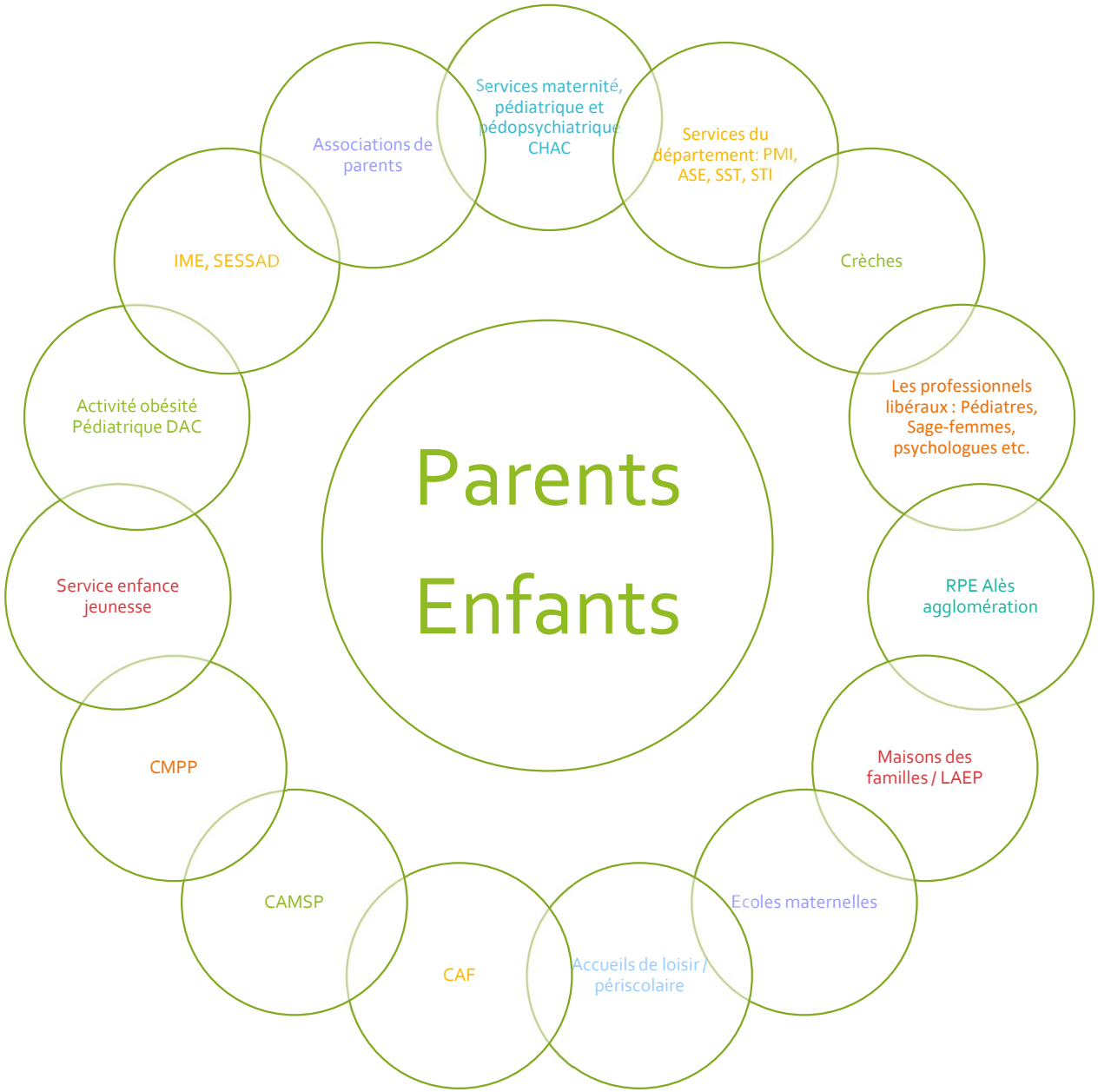
Consommations et comportements addictifs

- Des **situations d'usage de substances psycho-actives** (tabac, alcool, cannabis etc.) **durant la grossesse**. Des consommations en lien avec des situations de précarité sociale, économique et/ou psychologique.
- Des **problématiques autour de l'usage massif des écrans** chez les enfants et les parents comme enjeux de santé publique

Neuro-développement

- Une augmentation des troubles de type TSA & TND chez les enfants de 0-6 ans
-Les enfants nés avant, pendant ou juste après la **Covid19** subissent les **conséquences des mesures sanitaires** (confinement, masques, manque de stimulations sur le plan moteur, manque d'interactions sociales, usage intensif des écrans) : la PMI, le CAMSP, le RAPEH, les accueils de loisir constatent des retards de développement psychomoteurs, langagiers, des troubles du comportement plus importants en maternelle

RESSOURCES



Dispositifs de mise en œuvre du CLS :

- Réseau Périnatalité-Petite Enfance
- Projet Local Alimentation Santé
- Réseau Clinique du Lien du nourrisson, enfant et adolescent
- Réseaux Santé Mentale & Réseau Addictologie
- Réseau Santé Vie Sociale
- Atelier Santé Ville

Une dynamique partenariale ancienne et structurée

- **De nombreuses dynamiques partenariales soutenues ou animées par les réseaux de santé** et des **acteurs engagés**
- Une **cellule de synergie** depuis 2002 pour améliorer la prise en charge des enfants en situation de danger
- Un **protocole de coordination périnatale** entre les services de PMI du Gard et les services gynécologie-obstétrique, pédiatrie, et néonatologie du CHAC depuis 2011
- Des **institutions médico-sociales et sanitaires en lien autour de l'enfance handicapée** : réunions de coordination des acteurs, création d'outils communs
- Une **convention de partenariat** entre la maternité, la PMI et les voix lactée en Cévennes, autour du soutien à l'allaitement
- Des **acteurs de la petite enfance et de l'éducation mobilisés autour de la santé** avec des projets construits en partenariat

Des espaces de concertation, de construction de réponses aux besoins :

- Un **réseau périnatalité petite-enfance ancien (1996),** animé par l'équipe de santé publique mutualisée portée par Reseda, depuis le départ à la retraite de la sage-femme responsable du Service PMI coordinatrice technique du réseau (0,2ETP) dans le cadre d'une mise à disposition qui n'a pas été maintenue par le CD30.
- Une **dynamique et un travail important autour de la promotion de l'allaitement**, avec la PMI et l'association Les Voix Lactées en Cévennes
- Un **groupe de travail sur la diversification alimentaire**
- **Plusieurs groupes de travail sur le Petite Enfance et la Parentalité**
- **Un groupe de travail sur les Violences Intrafamiliales et les enfants victimes,** un travail partenarial autour des **grossesses et maternités vulnérables** (GMV)

De nombreuses actions périnatalité – petite enfance et parentalité

- Des **temps de sensibilisation, formation, information** pour les professionnels : portage du nourrisson, violences conjugales et les conséquences sur les enfants, les droits de l'enfant, les addictions, etc.
- Des **actions de sensibilisation** organisées ou soutenues par les réseaux de santé sur les interrogations actuelles et les attentes exprimées des parents et des professionnels de santé : les jeux vidéo et l'addiction aux écrans, les TND, les perturbateurs endocriniens
- Des **actions de concertation** (colloques, conférences, etc.)

Des manques en termes de services de proximité et d'articulation entre les ressources existantes pour les situations de vulnérabilité :

- Des ressources nombreuses mais un manque de professionnels de santé pour prendre en charge les femmes enceintes, les nourrissons et les enfants, et donc un accès aux soins difficiles, surtout pour les familles en situation de vulnérabilité et les cas complexes
- **Accès aux soins difficile**, **manque et saturation des dispositifs de repérage précoce** qui retarde le repérage, les diagnostics et les prise en charge
- **Absence** sur le territoire **d'un lieu d'accueil et d'hébergement parents-enfants de proximité** pour les **situations urgentes et complexes**
- Un **manque de dispositifs spécifiques d'accompagnement** pour les **enfants** pris dans des contextes de violences conjugales.
- Des **services de santé scolaire en tension** avec un manque de moyens et une **difficulté de mise en lien avec les secteurs sanitaires en ville**
- Un **manque de lieu ressource pour les professionnels et les parents, pour croiser les approches** sociale, médicale, et paramédicale, favoriser **la coordination**, et **le suivi global** de l'enfant dans sa singularité

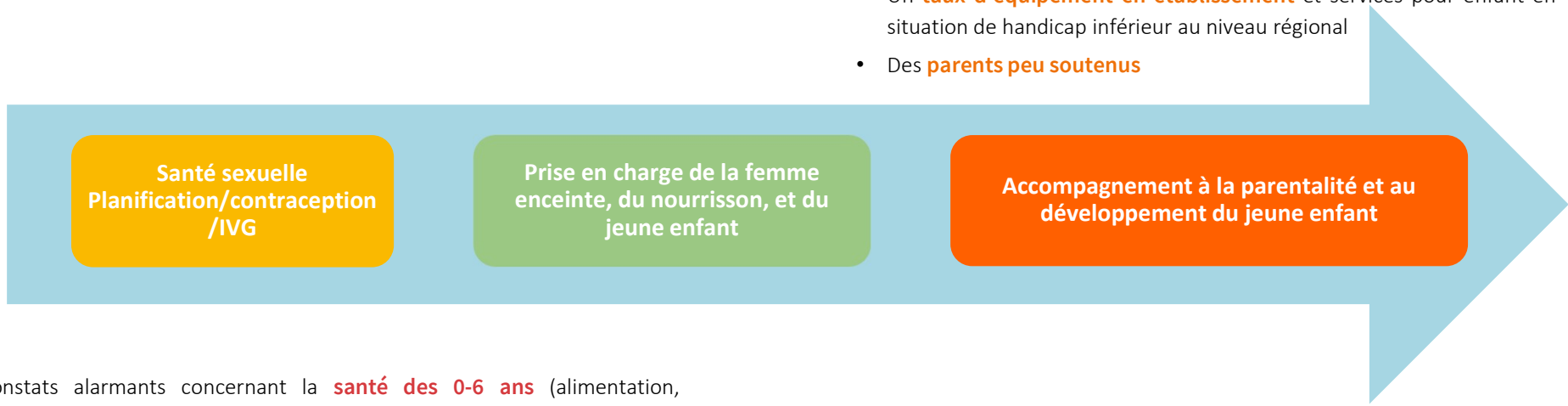
Périnatalité
Petite enfance

FORCES

- De nombreuses **ressources** et des **acteurs de santé impliqués**
- Une **dynamique partenariale** ancienne et structurée, animée par le CLS Pays Cévennes
- Des **espaces de concertation**, de construction de réponses aux besoins
- De nombreuses **actions** autour de la périnatalité – petite enfance et de la parentalité
- Des **projets structurants** développés par des professionnels sur le territoire
- Des **CPTS** qui facilitent l'interconnaissance et structurent des parcours

FAIBLESSES

- **Difficile accès aux soins pour les bébés et les enfants**: Pas assez de professionnels libéraux, et encore moins de professionnels formés aux spécificités de la prise en charge des nourrissons et des enfants
- Des **structures** de repérage, et de prise en charge des troubles du développement de l'enfant **saturées**
- Des **enfants non repérés**, diagnostiqués et pris en charge trop tardivement, voire en dehors des parcours de santé
- Des **professionnels de santé surchargés** et à risque de « burn out »
- Un **taux d'équipement en établissement** et services pour enfant en situation de handicap inférieur au niveau régional
- Des **parents peu soutenus**



MENACES

- Des constats alarmants concernant la **santé des 0-6 ans** (alimentation, sédentarité, écrans, développement, compétences psychosociales, TND)
- Des **inégalités sociales et territoriales de santé** aggravées par les difficultés d'accès aux soins
- Un **contexte global** (menace écologique, crise économique, conflits internationaux) qui pèse sur la **santé mentale** des parents et des enfants

OPPORTUNITES

- Une **politique nationale** forte autour des 1000 1ers jours
- Le **CLS4 comme cadre d'articulation** des politiques publiques autour de la femme, du nourrisson et de l'enfant (ARS, CD30, CAF, CPAM, Alès Agglomération,)

Un recours à l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) plus fréquent, en particulier parmi les 15-24 ans

- **464 IVG en moyenne par an** ont concerné des habitantes du Pays Cévennes de **15 ans à 49 ans** entre 2020-2022, qu'elles aient été réalisées à l'hôpital ou en ville. Soit, un taux de recours de **16,4 IVG pour 1 000 femmes**. Ce taux d'IVG est plus élevé que celui des femmes du Gard (15 ‰) et que celui des femmes de la région (14 ‰) et de la France métropolitaine (13‰).
- Parmi ces IVG, 362 ont été réalisées par **prise de médicament**, soit **78 % des IVG** des habitantes du territoire. Cette pratique, légèrement plus fréquente qu'au niveau national (76 %), est toutefois moins souvent retrouvée que dans le département (83 %) et la région (80 %).
- **1 IVG sur 3 concerne une femme de moins de 25 ans** : Chaque année en moyenne, 154 IVG ont concerné des femmes âgées de 15-24 ans, soit un taux de 20,7 ‰ pour 1 000 femmes de 15-24 ans. Ce taux de recours à l'IVG des jeunes femmes du Pays Cévennes est plus élevé que celui observé chez les jeunes femmes du Gard (17,6 ‰), d'Occitanie (15,5 ‰), et de France métropolitaine(14,1 ‰)

Source : Profil santé Pays Cévennes 2024, CRAI ORS(SNDS, Bases DCIR-PMS)

Un accès à l'IVG plus facile dans le Gard

- La majeure partie du Pays Cévennes (excepté le Nord d'Alès Agglomération et une partie de De Cèze Cévennes) est située à **moins de 30 minutes de route d'une offre de soin IVG médicamenteuse**
- Dans le Gard, il y a 42,3 praticiens pour 100 000 femmes (34,4 en Occitanie, 19,8 en France métropolitaine) *(Rapport Direction de la recherche des Etudes et de l'Evaluation et des Statistiques (DREES, 25/09/2024) & CPAM (Juillet 2024)*

Les ressources

- 2 Centres de santé sexuelle sur Alès (CHAC, PMI)
- Le Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) (information et prévention)
- Les services de gynécologie-obstétrique du CHAC
- Les professionnels libéraux : médecins généralistes, gynécologues, sage-femmes
- Les pharmaciens
- Les infirmières scolaires
- Le planning familial du Gard
- L'association Boucan
- La Maison Perséphone (Secteur Besseges)
- Un groupe de travail départemental Education Vie Affective, Relationnelle et Sexuelle (EVARS) piloté par la DDARS, et un groupe de travail à Alès autour de l'organisation des Semaines Nationales de la Santé Sexuelle à la Maison de la Jeunesse d'Alès Agglomération, en lien avec les établissements scolaires et médico-sociaux, animé par les réseaux de santé et l'ASV

Problématiques repérées

- **Déficit de prévention et d'éducation à la vie affective et sexuelle dans les établissements scolaires** : des besoins exprimés par les enseignants qui ne se sentent pas légitimes pour aborder les questions de vie sexuelle et affective, et souhaitent être accompagnés par des intervenants.

Des ressources pour la prise en charge de la femme enceinte, des nourrissons, des enfants dans le Pays Cévennes, mais un manque de professionnels de santé qui induit de réelles difficultés d'accès aux soins, et des inégalités sociales et territoriales

Pas assez de professionnels libéraux, et encore moins de professionnels formés aux spécificités de la prise en charge des nourrissons et des enfants

- Une **clinique privée « Nouvelle Clinique Bonnefon »** (Alès) : pas de service de pédiatrie mais peut accueillir une population pédiatrique en hospitalisation de courte durée (post-opératoire), et reçoit des soins non-programmés pédiatriques (10000 patients adultes/enfants /an)
- Un manque de **pédiatres libéraux** : 1 pédiatre sur Alès, 1 pédiatre à Cendras, 1 pédiatre à Brignon
- Un manque de **médecins traitants** : sur le bassin alésien, 70 médecins généralistes, dont 32 ont plus de 60 ans et 16 plus de 65 ans. Un nombre croissant de familles n'ont pas de médecin traitant, pédiatre ou généraliste, et s'adressent aux urgences ou à la maison médicale de garde en cas de besoin.
- Un manque de **professionnels de santé libéraux prenant en charge les femmes enceinte et les 0-6 ans** : seulement 2 ophtalmologues acceptent les enfants, quelques IDEL acceptent la réalisation de soins pédiatriques ambulatoires, 1 seule diététicienne pédiatrique, 2 kinés spécialisés en soins pédiatriques, 4 psychomotriciennes (1,30 ETP),1 seule consultante en lactation, 34 orthophonistes (dont 12 ont plus de 60 ans) etc…
- Des **psychologues libéraux** présents avec des compétences diversifiées mais des freins à l'accès aux soins, notamment en raison du coût, avec un développement limité du dispositif Mon Psy
- Une **Maison Médicale de Garde,** ouverte de 20h à 0h00 en semaine et de 8h à 0h00 les week-end et jours fériés. Environs 12 000 personne/an

Saturation de la PMI

- 5 lieux de consultations nourrissons/ petits enfants sur le bassin de vie alésien (Alès, St Christol les Alès et St Julien les Rosiers, Bessèges-St Ambroix, La Grand Combe)
- Des médecins de PMI en nombre insuffisant et des consultations saturées : la PMI d'Alès et St Christol se partagent un poste de pédiatre. missions de prévention et de dépistage sont au cœur de l'action de la PMI : consultations médicales sur rendez-vous, permanences des puéricultrices sans rendez-vous, vaccinations, bilan scolaire

Une offre hospitalière solide du CHAC mais qui ne suffit pas à pallier le manque de professionnels de la ville

- Un **secteur Femme-Mère-Enfant** avec une **Maternité de niveau 2a** (un bloc obstétrical et urgences gynécologiques, un service d'hospitalisation de 24 lits, un service de consultation gyneco-obstétricale, un centre de santé sexuelle), et un **service de pédiatrie** médico-chirurgicale (14 chambres parents-enfants) et **de néonatalogie de niveau 2a** (6 chambres mères-enfants). Ce service compte 4 ETP pédiatres qui assurent 4 vacations de consultations en soins programmés/mois (nourrissons vulnérables, enfants atteints de pathologies chroniques, avis cliniques demandés par les médecins libéraux) avec une liste d'attente de 90 enfants/médecin en moyenne. Un **service d'urgences somatiques et psychiatriques** mixte adultes-enfants : 47 000 patients/ans en moyenne dont 9 936 enfants (0-16 ans) en 2022. Problèmes de recrutements, recours aux intérimaires, manque de formations dans le soin pédiatrique de l'équipe paramédicale. Pas de gardes mais une astreinte de nuit dans le service pédiatrie pour les urgences pédiatriques. Une **équipe de liaison de pédopsychiatrie.**
- Un **Centre Médico Psychologique Enfants et Adolescent (CMPEA)** (Alès): 8 soignants (psychologues, pédopsychiatre, IDE), délais d'attente d'environs 6 mois. **Un Hôpital de jour pédopsychiatrique** (HDJ « La Rose Verte ») (Alès), équipe composée d'éducateurs, psychomotriciens, ergothérapeutes, psychologues, puéricultrices et d'un pédopsychiatre ½ journée/semaine. Possibilité d'accueil jusqu'à 30 enfants âgés de 2 à 16 ans présentant des pathologies psychiatriques graves majoritairement autistiques ou psychotiques, mais actuellement seulement 15 enfants accueillis faute de personnels. Délai d'environs 2 ans. **Un accès difficile à la psychiatrie et à la pédopsychiatrie** dû à la saturation des services publics (postes de psychiatres non pourvus) et à l'absence de pédopsychiatres libéraux.
- Une **Equipe de liaison et de soins en addictologie** et une **consultation diabète** au CHAC pour les femmes enceintes.
- A Alès agglomération, seulement 5,5 % des femmes de 15 à 49 ans vivent à 30 minutes et plus de la maternité, mais cette part augmente dans la **CC De Cèze Cévennes avec 80 % des femmes de 14 à 49 ans vivant à plus de 30 minutes de la maternité**, dont 26,2 à 45 minutes ou plus.

FOCUS: Les situations périnatales fragiles

Des situations périnatales fragiles fréquentes

- Des **fragilités maternelles et parentales** en **anténatal ou en post natal**, liées à des situations sociales ou des comportements à risques.
- Les professionnelles de la PMI ont constaté sur le terrain une augmentation de l'anxiété et des troubles psychiques chez les femmes enceintes, et des consommations addictives.
- Parmi les femmes reçues par la PMI, beaucoup sont victimes de violences (polytraumatismes) sexuelles, psychologiques dans le couple.
- Des professionnels confrontés à des situations complexes demandant des expertises sanitaires, sociales et médicosociales croisées.
- Au minimum 4 maternités vulnérables par mois sont repérées, soit une cinquantaine de situations par an.
- Un nombre d'Information Préoccupantes (IP) avec une décision d'évaluation en hausse sur le territoire Cévennes Aigoual comparé aux autres territoires du département : 648 sur le territoire Cévennes-Aigoual en 2017. Les taux d'IP les plus élevés se situent sur les territoires d'Alès (25,4% entre 2016 et 2017), et de Saint-Christol les Alès. A Bessèges, des IP en nombre élevé mais en baisse. En 2018, les services de la CRIP comptaient 3915 IP pour le département, soit une **augmentation de 33%** par rapport à 2017*. En 2021, les chiffres du n°119 font état de **302 IP pour le Gard** via ce numéro d'appel**.

Un groupe projet Grossesses et Maternités Vulnérables (GMV)

Entre 2013 et 2018 un véritable travail partenarial s'est développé autour des **grossesses et maternités vulnérables** avec la constitution au sein du réseau périnatalité d'un groupe de travail composé des services de l'hôpital (maternité et pédiatrie, pédopsychiatrie, psychiatrie), des services de PMI, de la MECS de Clarence. Ce travail a permis d'enclencher une réflexion et une prise de conscience sur les situations de vulnérabilité et sur la nécessité de mieux travailler ensemble pour prévenir les placements d'urgence. Un projet partenarial de repérage et d'accompagnement des grossesses et maternités vulnérables a été élaboré par le collectif, avec un porteur identifié (MECS de Clarence) mais n'a pas abouti faute de soutien financier.

Du repérage à la prise en charge des situations de vulnérabilité de l'anténatal au post-natal : un parcours complexe

- **Déficit de repérage précoce** des situations de vulnérabilité
- Une **meilleure mise en œuvre de l'entretien de grossesse prénatal** mais qui reste **encore insuffisamment réalisé** – Un travail de promotion est à développer
- **Difficulté d'orientation** vers l'offre adaptée aux besoins de soins psychiques, du fait d'une **méconnaissance des rôles de chaque institution ou dispositif, d'une saturation des structures** et d'un **manque de ressources et/ou une difficulté d'accès aux ressources** de soins en psychiatrie avec pour conséquences des difficultés pour orienter et mettre en place un accompagnement adapté de la mère, du couple et de l'enfant.
- **Des situations non prises en charge, ou prises en charges trop tardivement** pendant la grossesse. Certaines **décisions sont prises dans l'urgence** faute de temps pour évaluer correctement la situation.
- **Difficulté du suivi en addictologie pour des femmes enceintes** qui interrompent leur accompagnement. Manque de visibilité des référents en addictologie
- De **nombreuses ressources sur le territoire** mais un **manque de lien entre les différents professionnels de la périnatalité et de la petite enfance** (libéraux, institutionnels, etc.) notamment au titre de la prévention et de la protection de l'enfance.

** Dispositif de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes dans le Gard, mars 2019*
***étude statistique de l'activité du 119 en 2021*

FOCUS: Vaccination du nourrisson et du jeune enfant

La vaccination

- En **2018**, avec la **publication du nouveau calendrier vaccinal et des nouvelles recommandations vaccinales,** huit vaccinations, auparavant recommandées sont devenues obligatoires : vaccinations contre la coqueluche, les infections invasives à Haemophilus influenzae de type b, l'hépatite B, les infections à pneumocoque, les infections invasives à méningocoque de sérogroupe C, la rougeole, les oreillons et la rubéole ; soit un total de 11 vaccinations obligatoires si on ajoute les 3 autres vaccinations qui étaient déjà obligatoires (diphtérie, tétanos et poliomyélite).
- La vaccination devenue **obligatoire pour l'entrée en collectivité** en 2018, est un marqueur de santé publique important qui peut représenter les difficultés d'accès au soin minimal dans la population pédiatrique.
- Depuis **2018**, des **questions émergent** chez les professionnels et les parents face à ces changements de réglementation. On rencontre dans le Pays une **méfiance vis-à-vis des vaccinations** chez les parents, exacerbées par la crise sanitaire Covid-19, mais en parallèle des **demandes d'information**.
- **On constate des retards du schéma vaccinal** dû au manque de médecins traitants : Ainsi la part des enfants de moins de 2 ans ayant bénéficié d'une vaccination (obligatoire) complète contre la rougeole, les oreillons et la rubéole est de 75,3% sur le bassin alésien, contre 78,9% dans le Gard, 80,6% en Occitanie et 83% en France métropolitaine. (source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année 2022))
- Les **parents** avancent comme **raison principale** aux retards vaccinaux observés : l'absence de médecin référent pour leur enfant et donc l'ignorance du calendrier vaccinal à respecter ainsi que la non-connaissance de sites où cette vaccination aurait été possible malgré tout.
- L'importance des **retards vaccinaux** observés dans la population pédiatrique alésienne consultant la **PMI** associée à l'impossibilité de proposer à chaque enfant l'intégralité du suivi clinique médical recommandé, ont conduit en 2023 à la mise en place de 3 séances vaccinales/mois afin d'assurer (au minimum) la vaccination de tous enfants consultant à la PMI.

Les ressources

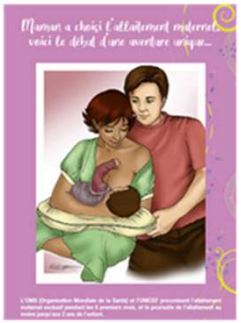
- Le centre départemental de vaccination porté par le Pôle Prévention Promotion Parcours en santé de Filieris
- Entretien prénatal précoce ; Réunions d'information pour les futurs parents organisés par la CPAM, au CHAC; le séjour en maternité; Le PRADO maternité
- Les pédiatres et généralistes dans le cadre du suivi du nouveau-né
- La PMI
- Le comité de pilotage départemental vaccination animé par la DDARS30 : permet de faire le point sur les nouveautés du calendrier vaccinal, de partager les constats et les besoins, de croiser et de soutenir les actions de promotion de la vaccination et les campagnes vaccinales dans les territoires

Pistes d'actions

- Le **nouveau calendrier vaccinal de 2024** prévoit des nouveautés, notamment les nouvelles obligations de vaccination préconisées par la Haute Autorité de santé le 27 mars 2024 contre les méningocoques B et ACYW chez les nourrissons, dont le décret en cours d'élaboration fixera la date d'entrée en vigueur qui devrait être le 1er janvier 2025.
- Pour continuer à promouvoir la vaccination des nourrissons et des enfants, et accompagner ces nouvelles obligations vaccinales, soutenir les actions du centre départemental de vaccination pour **mobiliser les professionnels** de santé (CPTS, MSP), de la périnatalité, les EAJE, mais également les structures qui accueillent les parents (maison des familles/LAEP, centres sociaux, associations de quartiers) qui sont des relais indispensables.

Des espaces de concertation autour de la petite enfance et de la parentalité, accompagnés par le réseau périnatalité-petite enfance

- **Un groupe de travail Petite-Enfance** depuis 2015 pour répondre à une forte demande des structures petite enfance pour intervenir auprès de leurs publics (enfants, parents, professionnels) sur des questions de santé souvent similaires
- Un **groupe de travail pluriprofessionnel et pluri-institutionnel** qui s'est mobilisé pour la rédaction **d'un livret « Nos 1ers pas dans ma vie »** visant à répondre aux préoccupations des parents sur le jeune enfant, et s'inscrivant dans la dynamique des 1000 1ers jours
- Un **espace de concertation** dans le cadre des **RPE du Pays Cévennes**
- Des **groupes de travail « Petite enfance » dans les CPTS la Cévenole, et ECEGEC et ECM**, qui travaillent à fluidifier les parcours de repérage, dépistage, prise en charge et accompagnement des troubles du développement, et organisent des temps de sensibilisation à destination des professionnels (TND, etc.)
- **Un groupe de travail diversification alimentaire** (plaquettes diversification alimentaire, plaquette pour bien grandir 3-6 ans) et un **groupe de travail promotion de l'allaitement maternel** (livret allaitement maternel gardois, initiations des professionnels au portage physiologique, etc.)



Des ressources associatives pour accompagner soutenir les familles

- Maison des familles & Lieux d'accueil parents enfants (LAEP) : Graine de sésame, Parent'aise, A petit pas, Les p'tites graines, Le P'tit Oustal, Pouce et Pause, Tricotin etc.
- Soutien à l'allaitement : Les Voix Lactées en Cévennes
- Accompagnement de familles d'enfants gravement malades et en situation de handicap : Les Coups de Pouce de Bruno
- Association de parents d'enfants : Unapei 30, Help France, les Hyperparents, etc.

PRESAJE : Promouvoir Ensemble la Santé des Jeunes Enfants

- **Des ateliers de promotion de la santé des enfants et de soutien à la parentalité** pour les parents d'enfants de 0 à 3 ans et les futurs parents, afin d'échanger et de partager autour des questions de parentalité.
- Projet coordonné par le Codes30 et l'Ecole des parents et Educateurs, financé par l'ARS Occitanie, dans l'objectif de **réduire les inégalités sociales de santé**, principalement au sein des QPV (Quartiers Prioritaires de la Ville) du Gard.
- Dans toute **structure accueillant des enfants de 0 à 3 ans** : écoles maternelles, (classes de TPS et PS), crèches, LAEP, RPE, Centres sociaux...
- Une **équipe pluridisciplinaire** d'intervenants réguliers pour animer les ateliers (diététiciennes, psychologues, d'infirmières puéricultrices, d'éducatrices de jeunes enfants, d'éducatrices spécialisées, d'art-thérapeutes...) sur des **thématiques variées** : Alimentation, Sommeil, Ecrans, les Emotions, la Charge mentale, les Limites et le Cadre Educatif, l'Apprentissage de la Continence, le Jeu, le Langage, la Motricité libre, la fratrie, la rentrée scolaire, la communication, les accidents domestiques, les gestes de premiers secours, l'attachement...
- En 2023, 155 ateliers sur 62 structures du Gard, Près de 500 parents ont participé. En 2024 dans le Pays Cévennes 21 ateliers ont lieu, et environs 105 participations de parents.

« **Ces délais d'attente sont des pertes de temps et une perte de chance de récupérer les années précieuses de la petite enfance** » *Coordinatrice RAPEH*

Des structures du médico-social saturées qui ne peuvent pas prendre en charge tous les enfants orientés

- Un **Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP)** (Alès) : prévention, dépistage, diagnostic et prise en charge des enfants (0-6 ans, mais depuis 2023 pas de PEC possible des 4-6 ans dépistés après 3ans au CAMSP en raison de la saturation) à risque dans leur développement, ou présentant une difficulté de développement pouvant aller d'un trouble passager à un handicap sévère (déficits moteur, sensoriel, mental, troubles du comportement, troubles de la relation et/ou de la communication). La file active globale compte 217 enfants dont 111 suivis et 14 bilans en cours. Equipe composée de pédiatres, pédopsychiatre, psychologues, neuropsychologue, auxiliaires d'intégration scolaire, ergothérapeute, kiné, EJE, psychomotriciennes, AS, puéricultrice, principalement à temps partiel avec des postes vacants.
- **2 antennes du Centre Médico-Psycho Pédagogique (CMPP)** (Alès, St Christol les Alès) : Il assure en cure ambulatoire par des équipes pluridisciplinaires, le dépistage, le diagnostic, la prise en charge et l'accompagnement des enfants à partir de 4 ans et des adolescents présentant des difficultés scolaires. Equipe composée de pédopsychiatre, psychologues dont une neuropsychologue, psychopédagogues, orthophonistes, psychomotriciens, AS, tous à temps partiel. Prise en charge d'environ 500 enfants/ans. L'admission n'y est pas sectorisée. Les délais d'attente pour un premier rendez-vous sont de 4 mois sur l'antenne de St Christol les Alès et de 12 mois sur le site d'Alès.
- **2 Instituts Médico-Educatifs (IME)** (Alès, St Privat des Vieux), **1 Service d'Éducation Spécialisée et de Soins à Domicile (SESSAD)** Artès-Les Olivettes (St Privat des Vieux) accompagne 40 jeunes (31 places autorisées), âgés de 0 à 20 ans, présentant un diagnostic de déficience intellectuelle, scolarisés en milieu ordinaire.
- Le **Relai Accompagnement Petite Enfance et Handicap (RAPEH)**: une initiative conjointe du département du Gard et de la CAF du Gard. Il accompagne les parents d'enfant de moins de 6 ans en situation de handicap. Il prend en compte l'impact du handicap sur l'organisation de la vie familiale et aide à la fréquentation d'un lieu d'accueil.

Conséquences des difficultés d'accès aux soins sur le système de prévention, le repérage/dépistage et la prise en charge précoce des 0-6 ans

- Le **manque de médecin traitant**, en particulier de pédiatres, a pour conséquence le **manque de suivi régulier** des enfants ce qui peut entraîner des **retards dans le dépistage, l'orientation et la prise en charge précoce** (troubles, handicap, obésité etc.)
- De 0 à 6 ans lorsque des troubles du développement sont repérés, il existe des **difficultés d'accès aux ressources** (CAMPS et.), avec de longues listes d'attente pour les prises en charge, liées à une **saturation des dispositifs**, notamment ceux de l'aval.
- Les enfants nécessitant une prise en charge médicale et paramédicale se retrouvent dans une **rupture de parcours de soin dès leur plus jeune âge** alors que les politiques de santé publique insistent sur l'importance de l'intervention précoce
- Toutes les familles sont touchées, mais ce sont les **publics vulnérables qui sont les plus affectés** par cette problématique. En effet, les familles suivies qui cumulent des vulnérabilités, et qui ont un environnement social défavorable, rencontrent des difficultés majeures d'accès aux soins spécifiques pour leur nourrisson ou leur petit enfant, ce qui les amènent à abandonner certaines démarches.
- Les professionnelles de **la PMI** (les 3 PMI présentes sur le territoire Pays Cévennes) sont confrontées à une absence de relais dans le cadre de leurs missions de prévention et d'orientation.
- Des **parents** qui **manquent de repères** sur le développement de l'enfants, qui subissent les conséquences de la crise sanitaire, sont confronté aux risques de l'exposition aux écrans, aux problématiques d'alimentation, aux troubles du comportements, et à la difficulté de trouver le soutien des professionnels.

FOCUS: Troubles du développement

Constats dans le Pays Cévennes

- **Prises en charges tardives et ruptures de parcours**, dues à une paralysie du dépistage précoce et de l'orientation vers les soins adaptés, puis des délais d'attente qui retardent le diagnostic et la prise en charge
- **Saturation et engorgement des structures dédiées**. L'alternative des structures pour résorber la demande dans sa globalité est « d'affiner » leurs critères pour réduire la population des enfants à suivre et à prendre en charge. Les **places disponibles dans le département pour les enfants et adolescents handicapés** sont, proportionnellement à la population, **moins nombreuses dans le Gard** que dans l'ensemble de l'Occitanie, quel que soit le type d'établissement et de services
- **Augmentation du nombre d'enfants dépistés** aves des troubles (de langage, de la motricité, du comportement, de poids, etc.).
- Environs la moitié des enfants accompagnés par le RAPEH (Relais Accompagnement Petite Enfance et Handicap) ont un trouble du neurodéveloppement
- Après le diagnostic des **délais d'attente** de 2 ans pour intégrer une école spécialisée dans le handicap sur le territoire et il est nécessaire d'avoir une notification MDPH

L'usage des écrans par les enfants

- Les confinements liés à la pandémie de Covid 19 ont amplifié le phénomène des écrans.
- L'utilisation des écrans par les enfants est souvent intensive, même chez les plus jeunes. Elle entraine une diminution des activités physiques, ne favorise par les échanges sociaux.
- Les enfants surexposés aux écrans peuvent subir un retard de développement ou des symptômes similaires. Les praticiens recommandent alors d'arrêter les écrans pour que le développement de l'enfant puisse reprendre correctement.
- Les professionnels font état de la nécessité d'accompagner les parents durant les premières années de vie de leur enfant sous la forme d'un soutien à la parentalité.

Les troubles du neuro-développement (TND)

Les données épidémiologiques internationales amènent à considérer que près de **10 % des naissances concernent des enfants présentant des troubles du neurodéveloppement** : troubles du spectre de l'autisme (TSA), trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA-H), troubles DYS (Dyslexie, dyspraxie, dysphasie, dyscalculie, dysorthographie), trouble du développement intellectuel (TDI).

Les **méthodes d'interventions validées** (recommandations de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé : interventions précoces, comportementales, développementales, écologiques, individualisées et intensives) peuvent faire régresser ces troubles et atténuent, fortement parfois, leur sévérité. Elles **doivent intervenir le plus tôt possible du fait des mécanismes de plasticité cérébrale chez le jeune enfant.** *Handicap.gouv.fr*

Retard de développement

Le retard de développement se réfère aux enfants qui présentent des **écarts significatifs par rapport à l'acquisition des étapes de développement prévues pour leur âge effectif ou ajusté** . Les retards de développement sont mesurés en utilisant des outils d'évaluation du développement validés ; ces retards peuvent être légers, modérés ou sévères. Les retards de développement sont causés par des problèmes à l'accouchement, une stimulation insuffisante, la malnutrition, un mauvais état de santé chronique et d'autres problèmes organiques, des situations psychologiques et familiales difficiles, ou d'autres facteurs environnementaux. Même si le retard de développement n'est pas forcément permanent, il peut constituer une base pour identifier les enfants qui pourraient potentiellement présenter un handicap. Cela souligne davantage **l'importance de l'identification précoce pour entreprendre des interventions en temps opportun** avec la participation de la famille, qui visent à **prévenir les retards**, à **promouvoir l'émergence de nouvelles compétences** et à créer un environnement plus stimulant et protecteur. *Développement de la petite enfance et handicap, document de travail UNICEF-OMS*

La Plateforme de coordination et d'orientation (PCO)

Dispositif chargé de mettre en œuvre les parcours d'interventions précoces et de diagnostic pour les enfants de 0 à 6 ans. La PCO permet d'intervenir plus rapidement pour avoir des rendez-vous avec tous les spécialistes nécessaires, notamment pour le diagnostic de l'enfant au plus près de son domicile.

FOCUS: Nutrition

Nutrition et périnatalité (Cf Axe nutrition)

- Une **forte intention d'allaiter à la maternité**, mais une **baisse de l'intention très fréquente au retour à domicile.**
- Une **alimentation pas toujours équilibrée** dans les familles qui **manquent de repères** et/ou qui **manquent de moyens pour consommer des produits de meilleure qualité.**
- Les jeunes parents se retrouvent en **difficulté sur la période de diversification alimentaire et les professionnels sont eux-mêmes en difficulté pour apporter les conseils adaptés** (Evolution des données scientifiques et des recommandations, des messages différents voire divergents, manque de notions sur les quantités, les repères nutritionnels etc.)

Des espaces de concertation et de construction

- **Groupe de travail sur la diversification alimentaire** - collaboration Réseau Périnatalité, Programme Local Alimentation Santé, Activité obésité pédiatrique DAC30, PMI, diététicienne (création d'outils : plaquettes de diversification alimentaire)
- **Groupe de travail Allaitement maternel au sein** du réseau Périnatalité, actif depuis sa création (1996), Pluridisciplinaire et pluri sectoriel : 45 professionnels et 10 structures (CMS – PMI UTASI Cévennes Aigoual, services de maternité, de pédiatrie et néonatalogie du CHAC, libéral, associations représentant les usagers)

Un programme d'actions (Cf Axe nutrition)

- Afin, d'apporter des réponses aux problématiques en lien avec la nutrition de la mère, des parents, du nourrisson et du jeune enfant, de **nombreux projets partenariaux de promotion de l'allaitement, de la diversification alimentaire, et d'une alimentation équilibrée** sont mis en œuvre par les professionnels travaillant autour de la périnatalité, de la petite enfance, de la parentalité et de l'allaitement dans les PMI, les RAM, les crèches, les écoles maternelles etc. Des **outils** sont également créés pour les parents (livret de diversification alimentaire etc.).
- Des projets en direction du public et des professionnels afin de **favoriser les discours communs**, **d'améliorer les pratiques,** et de **mieux outiller sur le sujet**
- Des projets partenariaux qui s'inscrivent et qui sont rendus possibles par des **collaborations pluri thématiques** (périnatalité, prévention et prise en charge de l'obésité, publics en situation de précarité, politique de la ville).
- Sur les **quartiers prioritaires de la politique de la ville**, les actions sont accompagnées depuis plusieurs années dans le cadre de **l'Atelier Santé Ville** par les professionnels du Conseil Départemental (PMI et SST), avec des ateliers animés conjointement par ces professionnels et des diététiciennes

Constats et besoins des professionnels et des parents

« On recense un service de pédiatrie-néonatalogie hospitalier qui ne peut absorber toutes les demandes de consultation qui, d'ailleurs, pour une bonne part, ne nécessitent pas un avis hospitalier, des institutions débordées qui cherchent des intervenants libéraux pour des prises en charge ambulatoires, seulement deux pédiatres libéraux qui ne peuvent pas tout, des médecins généralistes trop peu nombreux et parfois mal à l'aise avec la spécificité du soin pédiatrique, des difficultés d'accès à des professionnels paramédicaux formés à la prise en charge pédiatrique. Et au-delà des problèmes d'accès, il y a de vraies difficultés de communication entre les différents intervenants, chacun se trouvant isolé dans son domaine de compétence. Ainsi la spécificité de la prise en charge pédiatrique, tout comme la nécessaire adaptation du soin à l'enfant ne sont souvent pas effectives par méconnaissance ou par manque de temps. Les familles, quant à elles, souvent démunies et anxieuses, cherchent parfois désespérément les interlocuteurs capables de répondre à leur problématique, c'est le fameux « parcours du combattant ». Elles aspirent à une fluidification des parcours et à une cohérence dans les prises en charge. » *Dr Le Guennou, Pédiatre à Alès, PH, Présidente Maison des Colibris*

Du côté des professionnels

- Des **situations complexes et préoccupantes** pour lesquelles ils **manquent d'outillage** pour **accompagner et prendre en charge ces situations, de temps médical pour** répondre aux besoins de soins de santé des publics concernés
- Des **difficultés dans la coordination des prises en charges complexes**, de communication entre les professionnels
- Une saturation des structures en lien avec un besoin sans cesse croissant de la population et des situations de plus en plus complexes
- Les nombreuses **sollicitations des parents** pour apporter les réponses les mieux adaptées aux besoins de leur enfant

Les professionnels ont besoin

- De **connaître davantage les ressources locales**, les acteurs en lien avec la périnatalité et la petite enfance, de **travailler en réseau et développer un langage commun**, et d'un **temps fort de concertation partenariale** autour de la petite enfance, afin de faire un **état de lieux de la situation sur le territoire**
- **D'outils partagés** pour accompagner au mieux parents et jeunes enfants, **d'actualiser les repères**, les recommandations, d'un **interlocuteur identifié pour les situations complexes,** d'une **coordination des parcours**
- De **soutien dans leur pratique professionnelle** : formation, sensibilisation, échange de pratique etc.
- D'un **lieu ressource dédié à la périnatalité et à l'enfance**, pour les professionnels et les parents, pour favoriser la coordination pluriprofessionnelle de la prévention aux soins, soutenir la parentalité, accompagner les familles

Du côté des parents

- Un **isolement des parents**, notamment pour certaines mères. Un isolement parfois en lien avec la sortie précoce de la maternité.
- Certains ressentent un **manque d'accompagnement pendant leur grossesse**
- Une **difficulté d'accès à l'information et aux ressources** : Les parents repèrent/connaissent peu ou mal les ressources en périnatalité et de la petite-enfance, ainsi que le parcours de prise en charge de la grossesse. Ils se sentent également « noyés » sous les informations massives et l'hétérogénéité des préconisations des professionnels.
- Une **relation parfois difficile avec l'école**, notamment lorsque l'enfant a **des troubles du comportement**

Les parents ont besoin

- **D'aide au retour à domicile après l'accouchement**, notamment lorsqu'il y a plusieurs enfants ou suite à une hospitalisation en néonatalogie
- **De soutien au moment de l'allaitement**
- De **repères** sur les **besoins fondamentaux** du nourrisson et du jeune enfant et sur le quotidien (éducation, alimentation, développement, les écrans, le sommeil, la propreté, vaccination etc.), et sont **en demande** auprès de professionnels **de conseils et d'outils**.
- De **lieux d'accueil identifiés**, pour poser des questions, être orientés et soutenu dans le parcours, échanger avec d'autres parents

Groupe de travail petite Enfance - CPTS La Cévenole

- **Formation des parents** : 3 actions de sensibilisation sous formes d'atelier (plusieurs cycles par actions) : **Ateliers parents – TND** : destinés aux parents d'enfants présentant des troubles du neurodéveloppement, pour proposer une espace de parole pour les parents afin d'échanger sur les TND et les difficultés associées, avec des thèmes variés tels que le parcours et les accompagnements, les aménagements pour l'école et le quotidien, et les répercussions psychologiques; **Ateliers PAPOTO** en partenariat avec Occitadys : destiné aux parents ayant au moins 1 enfant de moins de 3 ans et porteurs d'1 facteur de vulnérabilité. Objectif: accroitre les connaissances des parents en matière de développement de l'enfant et de pratiques parentales ajustées, sur un mode participatif et interactif; **Ateliers parents d'enfants - trouble du langage oral**, dans l'objectif de former les parents aux stratégies facilitatrice du langage oral.
- **Formation des acteurs de la petite enfance** (hors PDS) : information sur les troubles du neuro-développement et les aménagements pédagogiques pour des enseignants de maternelle; formation des professionnels de crèches sur le repérage précoce de signes d'alerte sur le plan du développement.
- **Formation des professionnels de santé:** information sur le repérage des TND pour les professionnels de la PMI; conférences sur les troubles déficitaires de l'attention (TDA) à destination des professionnels de la CPTS.

Dispositif « un premier pas » - CPTS Entre Cèze et Gardon en Cévennes

- Dispositif de prévention élaboré dans le cadre d'un groupe de travail pluri-professionnel, destiné aux parents et/ou responsables légaux d'enfants âgés de 0 à 6 ans, ayant une inquiétude quant à la façon d'être de leur enfant ou à leur développement. Il s'agit de **proposer une évaluation systématiquement plurielle (psychique, développementale et sociale) la plus précoce possible** de la situation pour définir une **orientation adaptée** vers les acteurs associatifs, de soins, d'accompagnement social… dont l'intervention paraitrait pertinente pour l'enfant et sa famille. Sont prévues 2 consultations d'évaluation et 1 consultation de suivi du projet de soin.
- « Un premier pas » n'est pas une structure thérapeutique, et se différencie des plateformes existantes (PCO, Occitadys) en ne se focalisant pas sur les troubles neurodéveloppementaux mais en accueillant toute souffrance exprimée.
- Le dispositif sera accueilli dans des locaux du CD30 à Saint Florent sur Auzonnet. Démarrage du dispositif prévu pour 2025.

La maison des colibris

- Dans une **maison dédiée à l'enfant et sa famille**, adaptée et pensée pour lui, un ensemble de professionnels médicaux et paramédicaux, unis dans un projet commun, l'association **« La maison des Colibris »**, souhaitent travailler ensemble à la santé physique et mentale des enfants et à l'accompagnement de leurs parents. L'ambition est de créer un « lieu-ressource » dans la prise en charge de l'enfant, avec pour vocation de structurer le réseau de professionnels de santé pédiatrique (incluant les libéraux médicaux et paramédicaux ainsi que les institutions tel que le CHAC, le CAMSP, la PMI, le CMPP, le CMPEA, le CMP ado, et le tissu associatif), notamment en facilitant les échanges entre les différents intervenants, en participant à la formation d'un réseau de professionnels du bassin à la prise en charge pédiatrique et en accueillant des étudiants
- Les **objectifs** : améliorer l'accès aux soins pédiatriques ambulatoires; proposer des prises en charge multidisciplinaires de qualité, respectueuses des recommandations et des bonnes pratiques; fluidifier les parcours de soin; répondre aux enjeux de santé publique en matière de prévention, de dépistage, de lutte sur des sujets aussi divers que la maltraitance, la surexposition aux écrans, l'obésité, etc … Notamment en proposant des temps de rencontre parents/soignants sur des thèmes divers; répertorier les moyens présents et à venir de soins aux enfants et d'aide aux familles
- **L'équipe** : Actuellement travaillent en collaboration: 1 médecin pédiatre, 1 kinésithérapeute, 2 puéricultrices, 1 ostéopathe, 1orthoptiste, 1consultante en lactation, 1diététicienne, 2 psychologues, 1 psychométricienne, 1 SF, 3 IDEL, 1sophrologue. 1 ergothérapeute, 2 orthophonistes, 1 podologue, 2 ostéopathes, 1psychologue complètent l'association.
- Un **projet de santé** qui répond aux besoins du territoire: tournée infirmière libérale pédiatrique, groupes de femmes enceintes et futurs pères intégrés dans un programme global de prévention, pair-aidance, ateliers de sensibilisation, accueil d'une « maison des 1000 1ers jours », protocole maltraitance, organisation de séances de vaccination, etc.
- Inauguration de la Maison des colibris, **Maison Pluridisciplinaire pour la Santé des Enfants du bassin alésien** (Méjannes-les-Alès) prévue pour novembre 2024, comme lieu d'exercice regroupé, au démarrage sans financement du projet de santé.

Coordonner

- Favoriser **l'interconnaissance** entre les professionnels et les services
- Poursuivre le travail de **formation** et de **sensibilisation** des professionnels dans le cadre des réseaux de santé
- Promouvoir **l'allaitement maternel**, à travers l'animation de la concertation partenariale (Voix lactées en Cévennes, maternité du CHAC, PMI) pour favoriser les actions de sensibilisation et avec la formation des acteurs de proximité
- Relancer la dynamique partenariale **« grossesses et maternités vulnérables »**
- Poursuivre **l'animation d'une dynamique territoriale de santé de la femme, du nourrisson et de l'enfant**, par le réseau périnatalité-petite enfance et l'articulation de l'ensemble des acteurs et ressources du territoire au service du parcours de santé

2028

- Sensibiliser les acteurs de santé et les parents à l'importance des **« 1000 1ers jours »** dans le développement du jeune enfant, à travers l'actualisation et la diffusion et la promotion **du livret « Nos 1er pas dans ma vie »** (Soirée partenariale de présentation et d'échange, présentation auprès des équipes, etc.)
- Soutenir les **services de santé scolaire**, notamment dans leur rôle préventif
- Consolider et développer des espaces de concertation autour des **situations complexes**, ou des problématiques spécifiques (grossesse et addiction, violences conjugales et addiction, etc.)
- Soutenir les actions des partenaires visant à sensibiliser professionnels et parents aux **déterminants de santé liés à l'environnement** (qualité de l'air, polluants dans l'habitat, l'alimentation, les ustensiles de cuisine, les produits cosmétiques et ménagers etc.)
- Organiser une grande **journée de concertation partenariale autour de la petite enfance**, afin de faire un état de lieux de la situation sur le territoire
- Soutenir les **associations de parents**, échange de pratiques entre parents
- Soutenir la mise en œuvre des **initiatives des professionnels**
- Soutenir les **dispositifs** et actions élaborées et portées par les 3 **CPTS** du CLS Pays Cévennes

2024

- **Sensibiliser et informer les parents** (développement du jeune enfant, allaitement, diversification, alimentation-santé-environnement, vaccination, exposition aux écran, activité sportive, etc.)
- **Promouvoir la vaccination** des nourrissons et des enfants, et accompagner les nouvelles obligations vaccinales à travers l'animation de la concertation et le soutien au centre départemental de vaccination pour mobiliser les professionnels de santé, de la périnatalité, les EAJE, et les structures qui accueillent les parents.

Soutenir

Axe
PARCOURS

Santé des Jeunes

Des habitudes de vie et des comportements à risques qui impactent sur la santé des jeunes

Les jeunes

Concerne, les **jeunes de 12 à 25 ans**

Environnement social

- Des **relations garçons/filles parfois difficiles**, empreintes de stéréotypes et de préjugés qui mènent parfois à des comportements irrespectueux : sexisme, des situations de violence sexuelles physiques et symboliques
- Des **situations de prostitutions des mineurs** de plus en plus prégnantes
- Des **discriminations vécues et subies liées au lieu d'habitation**, à une supposée origine, à un handicap physique, à une pratique religieuse ou encore aux identités de genre.

Environnement familial

Un élément déterminant de la santé des jeunes

- La fragilité du lien familial peut avoir un impact sur la santé, notamment sur la confiance et l'estime de soi.
- Des **situations de violences intrafamiliales**

Milieu d'habitation

- Un milieu pas toujours décent
- Des **difficultés de mobilité** pour certains jeunes liés à des freins financiers pour accéder au permis de conduire, ou à une voiture, ou à des zones peu ou mal dotées en transports en commun.

Milieu scolaire

Des relations élèves/enseignants, parents-enseignants parfois difficiles,

- Un climat scolaire pas toujours propice au bien-être des jeunes : **situations de harcèlement, de discriminations**)
- Une grande préoccupation des jeunes et de leur entourage **sur l'orientation scolaire et l'avenir**.
- Angoisse de ne pas réussir
- **Manque d'accompagnement des élèves les plus en difficulté**
- Manque d'encouragement et de soutien dans l'apprentissage

Milieu professionnel

- **Difficulté à s'insérer, à faire sa place**
- **Difficulté à trouver un stage ou un emploi**
- Manque d'accompagnement vers la vie professionnelle, de reconnaissance de leurs savoirs et savoirs-faire
- **Manque d'expérience et de diplômes**
- **Eloignement géographique** entre domicile et lieu de stage ou de l'emploi
- Instabilité professionnelle et défiance quant à l'avenir : la réussite professionnelle est une préoccupation

Milieu culturel

- La culture comme moyen d'être intégré dans la société
- Un **accès difficile aux activités pour les enfants porteurs de handicap** car elles ne sont pas toujours adaptées
- Les **jeunes ont peu de budget** pour accéder aux loisirs culturels et sportifs
- Les jeunes sont investis dans la vie de la Cité lorsqu'on leur laisse la place et les moyens de participer
- Des inégalités d'accès à la culture

L'état de santé des jeunes dans le Pays Cévennes

- Des situations de **mal-être psychique**, conséquence de normes difficiles à atteindre : un manque de confiance et d'estime de soi, une pression sociale / injonction paradoxale de performance (notamment scolaire) dans un contexte socio-économique fortement dégradé.
- D'après la consultation jeunesse « droits de l'enfant » de l'Unicef, 20 % des jeunes du territoire interrogés reconnaissent qu'il leur est déjà arrivé de **penser au suicide** et 7 % auraient déjà tenté de se suicider.
- Des professionnels de l'éducation de plus en plus en difficulté **face à des troubles du comportement, de l'attention et des apprentissages chez certains enfants**
- Un taux de prévalence du **handicap psychique et des troubles du comportement supérieur chez les enfants** pris en charge au titre de la protection de l'enfance.
- Des situations de **stress post-traumatique chez les jeunes exilés**
- Des problèmes de **surpoids et d'obésité liés au mode de vie,** souvent marqueurs des inégalités sociales de santé dès l'enfance

FORCES

- Un **large tissu d'acteurs** qui interviennent auprès des jeunes, et des parents
- Des **professionnels engagés** dans la santé des jeunes
- Une véritable **démarche de promotion de la santé** des jeunes sur le territoire du bassin alésien
- Une **prise de conscience et une volonté** des professionnels **de laisser davantage de place aux jeunes** dans la construction des projets
- De **nombreuses actions et dispositifs** en direction des jeunes
- De **nombreux projets de prévention et d'éducation à la santé** menés par les établissements scolaires, les centres sociaux, les associations de quartiers, d'insertion et de prévention spécialisée, les services santé publique et enfance-jeunesse de l'agglomération

FAIBLESSES

- Un **manque de lisibilité et de coordination des dispositifs** : actions, et intervenants en direction des jeunes qui ne sont pas coordonnés
- Un **manque de lien et de connaissance entre les dispositifs et les institutions** qui accueillent des jeunes
- Un **parcours jeune fragmenté**, avec des **dispositifs encore trop cloisonnés** (tranches d'âges, critères très spécifiques, manque de lien entre les acteurs)
- Des **structures de soutien à la parentalité encore peu nombreuses**, malgré des attentes en termes de repères, d'outils et d'espace de parole
- Un **manque de lieu ressource sur la santé des jeunes**, d'espace de parole et d'écoute sur les sujets relatifs à la santé des jeunes

Un réseau de professionnels engagé

Manque de prise en charge de la souffrance psycho-sociale des jeunes

Des besoins de formation et sensibilisation des professionnels

Des besoins d'information et de soutien aux parents

MENACES

- Des **dispositifs en tension** qui ne peuvent plus assurer correctement l'ensemble de leurs missions
- Une **absence de ressources spécifiques pour les jeunes** sur certains territoires
- Une **prise en compte de la souffrance psycho-sociale insuffisante**
- Un manque de réponse adaptée pour les situations les plus complexes
- Un **éparpillement des politiques publiques** sur la thématique "Jeunesse", qui n'aide pas à la coordination des acteurs sur le terrain
- Un manque de ressources en pédopsychiatrie
- Un accueil de la MDA à Nîmes et Uzès non accessible pour les jeunes du territoire

OPPORTUNITES

- Depuis 2015 : mise en place **de séances de régulation pour les équipes éducatives de collèges** afin d'organiser un soutien des professionnels des établissements (collèges et lycées) du territoire, leur permettre d'échanger et de travailler sur les postures à avoir avec les jeunes en souffrance psychologique et/ou en situation de décrochage scolaire
- Une **prise en charge globale de l'obésité** dans le cadre d'un **parcours coordonné** (Parcours obésité pédiatrique du DAC 30)
- Une **expérimentation positive de parcours de soins coordonnés** pour les jeunes en souffrance psychique entre 2013 et 2015
- Des **actions de sensibilisation et d'information, de régulation** auprès des professionnels

Constats des professionnels sur la santé des jeunes

Les jeunes

- Un besoin **d'espaces d'écoute et de parole**
- Un **besoin exprimé d'être reconnus** et mieux considérés
- Souhait d'être **davantage partie prenante dans la réflexion et la construction des projets** qui les concernent
- Des besoins en prévention et promotion de la santé des jeunes non couverts

Entourage familial

- **Inquiétude des parents** quant à l'avenir de leur enfant
- Les **parents manquent de repères pour accompagner leurs enfants, adolescents et jeunes adultes**, et sont en demande d'outils et d'espaces de parole animés par des professionnels sur les sujets qui touchent leurs enfants, adolescents (adolescence, alimentation, les écrans, etc.).
- Les **parents ont besoin d'être rassurés** dans leur rôle parental
- Les parents éprouvent **des difficultés de compréhension du système scolaire.**

Les professionnels

- De nombreux **questionnements face aux nouvelles pratiques des jeunes** (réseaux sociaux par exemple), avec le sentiment d'être démunis face à certains comportements
- Une confrontation à des **situations de plus en plus complexes.**
- Un sentiment d'être parfois isolés dans leur pratique et un besoin d'échanger avec d'autres professionnels.
- Des **freins et des difficultés pour aborder certains sujets** : la vie affective et sexuelle, les discriminations etc.
- Des enjeux majeurs autour de **l'accompagnement des jeunes dits « en difficulté** ». Ces jeunes ne sont pas majoritaires mais mobilisent les professionnels des institutions qui n'ont pas de réponses adéquates face à certaines situations problématiques.
- Un besoin de mieux connaitre les ressources pour mieux orienter, d'interconnaissance entre acteurs intervenant auprès des jeunes; besoin de soutien, de formation, et d'outil pour mieux comprendre et analyser les situations, mieux orienter, et mieux accompagner, notamment pour les situations les plus complexes

Des habitudes de vie et des comportements à risques qui impactent sur la santé des jeunes

Accidents de la route

Une **surmortalité par accidents** de la route chez les jeunes

Consommations et comportements addictifs

Des problématiques repérées autour de la **consommation de produits** (tabac, cannabis, alcool). D'après la consultation jeunesse « droits de l'enfant » de l'Unicef, 17 % de jeunes disent consommer de l'alcool et avoir été en situation d'ivresse; 23 % disent avoir été sollicités pour consommer de la drogue et près de 8 % pour en diffuser ; 9,7 % d'entre eux en ont déjà consommé.

Des problématiques liées aux comportements et à l'utilisation des écrans

Vie affective et sexuelle

Des **prises de risques** en matière de sexualité :

- Les jeunes **connaissent plutôt bien les ressources d'information sur la santé sexuelle,** mais il existe de **nombreux freins à leur accès** liés notamment aux tabous et à la honte.
- Des **relations garçons/filles parfois complexes** (représentations, stéréotypes)
- Des **violences sexuelles physiques et symboliques**
- **1 IVG sur 3** concerne une **femme de moins de 25 ans :** Chaque année en moyenne, **170 IVG ont concerné des femmes âgées de 15-24 ans**

Création de la Maison de la Jeunesse Alès Agglomération – janvier 2022

Dans le prolongement de la démarche d'automédiatisation et de la recherche action engagée depuis 2014, **la maison de la jeunesse est ouverte en cœur de ville d'Alès depuis le 15 janvier 2022,** du lundi au vendredi de 10h à 18h en continu et le samedi de 14h à 18h

Elle vise à proposer **un accueil et des activités pour les jeunes de 11 à 25 ans sur 2 volets principaux :**

- **Ressources PIJ** (Point Information Jeunesse) et EPN (Espace Public Numérique)
- **Accueil loisir ALSH** : Espace jeunes cœur de ville.

L'équipe est constituée d'1 conseillère en information jeunesse, 1 conseiller numérique, 1 directeur ALSH et 2 animateurs (pour les 11 – 17 ans), 1 coordinateur des actions .

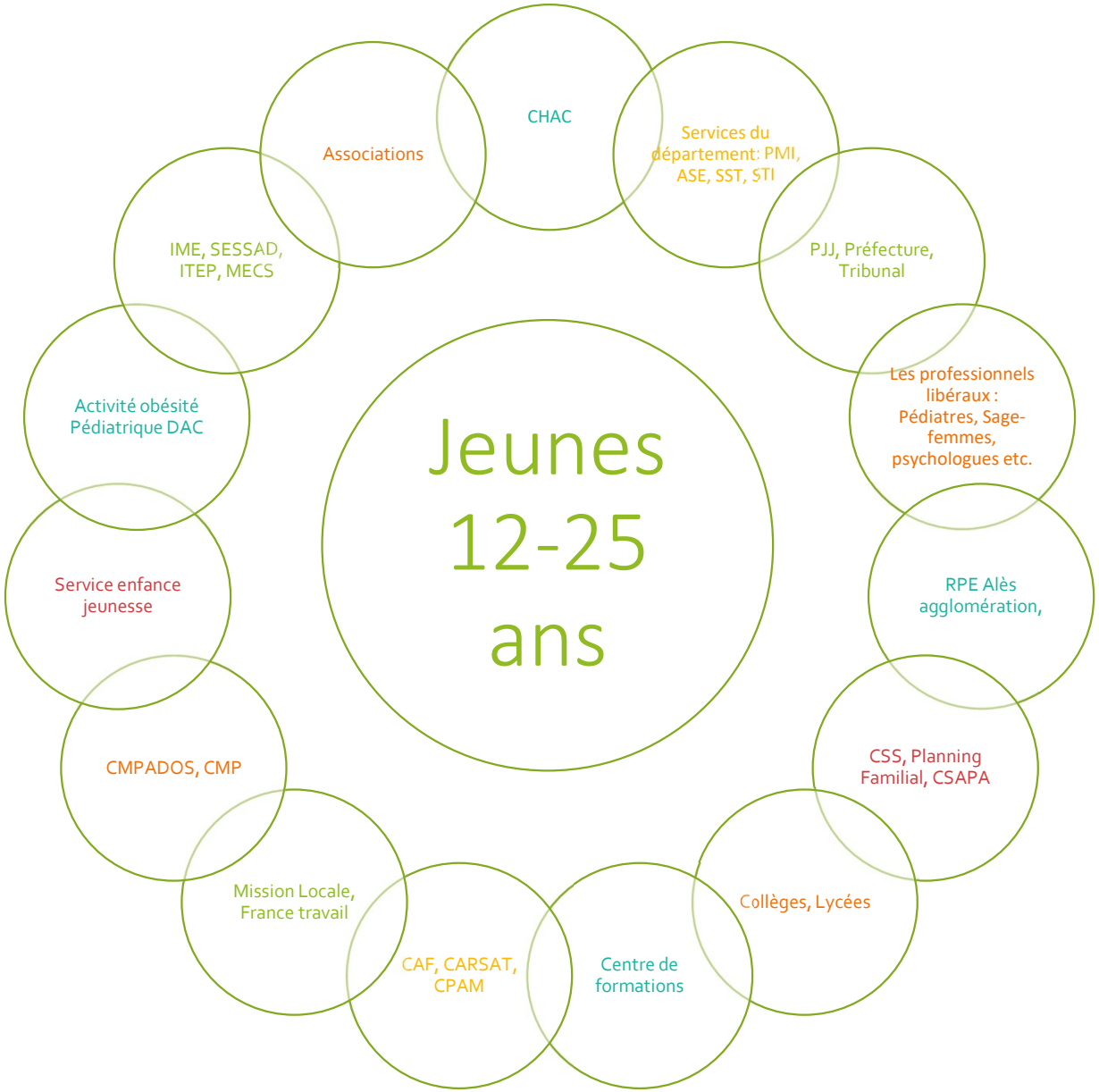
L'équipe est sollicitée sur des besoins et problématiques santé et souhaite mettre en place des actions de prévention en santé sur quatre thématiques prioritaires :

- **Santé sexuelle : relations filles / garçons :** Communication et actions égalité filles / garçons, image de soi, représentations genrées Prévention des IST, violences, contraception…
- **Santé Mentale :** Prendre soin de sa santé mentale, bien-être, isolement, phobie sociale, décrochage scolaire, repli sur soi…
- **Addictions :** Développement des compétences psychosociales, prévention des conduites à risques, tabac, alcool, stupéfiants, chicha, protoxyde d'azote, écrans**…**
- **Alimentation :** Manger sainement et en conscience, manger local et de saison, budget alimentation, nutriscore, Prévention obésité, mal bouffe…

Recherche actions et démarche d'auto-médiatisation 2014-2018

- Un groupe de réflexion « santé jeunes » s'est constitué en 2014 dans le cadre d'un diagnostic de territoire en lien avec l'Institut Social et Coopératif de Recherche Appliquée (ISCRA) pour travailler autour de l'objet de recherche suivant : « **Comment mieux travailler ensemble entre acteurs de la santé et du bien-être des jeunes, avec les jeunes et leurs familles ? ».**
- Le travail autour du mieux-être des jeunes a pris la forme d'une démarche d'automédiatisation en 2016 (utilisation d'un support filmé), co portée par les associations Solidar'net, Moderniser Sans Exclure et RESEDA.
- Les objectifs étaient :
- De **redonner la parole aux jeunes** sur ce qui pourrait contribuer à leur mieux-être, à partir de leurs expériences et des difficultés qu'ils rencontrent ;
- D'ouvrir **une réflexion collective avec les professionnels de terrain ;**
- De contribuer à faire avancer les professionnels dans leur propre pratique, dont changer le regard apposé sur les jeunes ;
- De faire **évoluer les politiques publiques locales en direction de la santé des jeunes.**
- De nombreux jeunes se sont engagés dans ce travail, à toutes les phases du processus (phase d'expression, de diffusion, de promotion de leur travail et de leur parole etc.)

De ressources locales nombreuses qui doivent davantage se mettre en lien



Dispositifs de mise en œuvre du CLS :

- Réseau Périnatalité-Petite Enfance
- Projet Local Alimentation Santé
- Réseau Clinique du Lien du nourrisson, enfant et adolescent
- Réseaux Santé Mentale & Réseau Addictologie
- Réseau Santé Vie Sociale
- Atelier Santé Ville

Focus sur le forum santé jeunes

Un forum par et pour les jeunes

Un forum qui vise **la prévention par les pairs** en partenariat avec Alès agglomération, les lycées de la ville, et le réseau santé jeunes de l'association Reseda. Les publics ciblés sont **les jeunes de 15 à 25** ans résidents ou usagers de services sur la Ville d'Alès, dans toute leur diversité, mais aussi les professionnels, élus et bénévoles du bassin alésien.

L'objectif est d'agir sur les prises de risques des 15-25 ans, d'**apporter** des informations validées sur la santé, de **rendre plus visibles** les ressources locales et de **fédérer** les acteurs du territoire autour d'un projet commun, **privilégier l'information par les pairs** (des jeunes préalablement sensibilisés sur les thématiques dans le cadre de leur scolarité participent à l'accueil et l'animation des stands avec les professionnels.)

5 grands domaines ont été ciblés

- Addictions
- Santé sexuelle
- Alimentation / Bien-être

(santé bucco-dentaire, sommeil, soleil, sport)

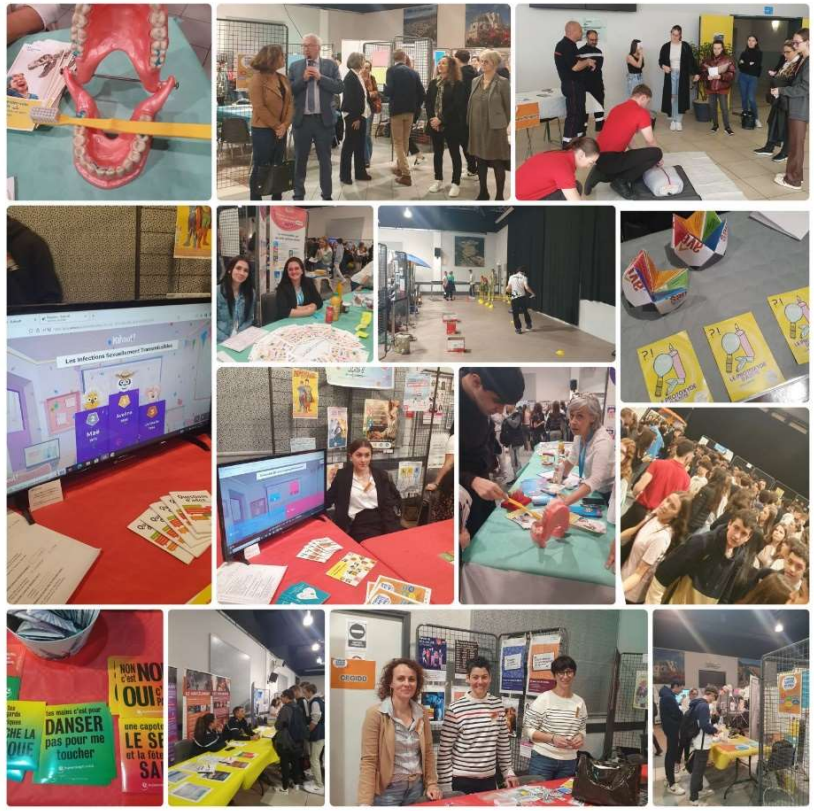
- Accès aux droits
- Harcèlement- violences / protection

Deux forums organisés :

Un premier forum a été réalisé en 2019 réunissant 848 jeunes, le second forum organisé en 2024 a touché 1117 jeunes.

Le forum 2024 en chiffres :

- **27 stands**, dont **13 animés par des jeunes** formés en amont auprès des professionnels sur leurs thématiques.
- **151 intervenants**, 66 professionnels, 85 jeunes
- **1117 jeunes** (848 en 2019) dont
  - **1012** venus visiter le forum dans le cadre scolaire
  - **105** jeunes venus hors cadre scolaire (PJJ, ITEP, MECS, Mission Locale Jeunes…)
- **44 professionnels accompagnateurs / visiteurs**



Focus sur les Semaines Nationales de la santé Sexuelle

Une action de prévention à la santé sexuelle nationale

Les Semaines nationales de la santé sexuelle visent à informer et sensibiliser le grand public sur la santé sexuelle à travers des actions de nombreux partenaires institutionnels et associatifs. Pendant 15 jours, partout en France, de multiples actions de prévention et de sensibilisation seront menées. Les SNSS visent également à soutenir une **conception positive et globale de la santé sexuelle,** pour toutes et tous, grand public, usager·e·s, professionnel·les.

Une **première expérimentation de cette action lancée en 2023** au sein de la toute nouvelle maison de la jeunesse sous la forme d'une intervention par thématique durant la pause méridienne pendant une semaine. En 2024, **une journée a été organisée sous le format d'un forum** avec différents stands animés par des professionnels (CeGIDD, Planning Familial, Centre de Santé Sexuelle, Centre de Vaccination Filiéris, délégation égalité femmes hommes du Conseil départemental, dispositif demandez Angela de la Mairie d'Alès). L'action a été coordonnée conjointement par le réseau santé jeunes, l'atelier santé ville et l'équipe de la maison de la jeunesse.

Les thématiques abordées :

- Vie affective et sexuelle
- Stéréotypes de genre
- Consentement
- Infections sexuellement transmissibles
- Homophobie
- Contraception
- Vaccination

Le point de vue des jeunes

110 jeunes ont répondu au questionnaire de satisfaction, en grande majorité les jeunes ont trouvé des réponses à leur questions en participant à cette journée.

L'action SNSS en chiffres

- 98 jeunes en 2023
- 208 jeunes ont participé en 2024 dont :

80 jeunes de moins de 15 ans
128 jeunes entre 16 et 25 ans

Les jeunes sont venus du lycée JBD, des filières SEGPA du Collège Jean Moulin et Diderot, du CFA Cévennes Formation, de l'ITEP d'Alès, de l'Epide, des IME et SESSAD d'Artes et de la Mission Locale jeunes

- 17 dépistages CeGIDD
- 45 professionnels accompagnateurs / visiteurs présents

Informer, favoriser et mobiliser

- Garantir un **meilleur accès à l'information**, innovant (applications, espaces ressources etc.) et accessible à tous
- Développer les actions de **soutien à la parentalité**
- Continuer à **mobiliser les jeunes les plus en difficulté et les professionnels lors** du forum santé jeunes et des semaines nationales de la santé sexuelle
- Favoriser l'émergence **de nouveaux lieux d'accueil, d'écoute, de parole, en direction des jeunes**, des parents, mais également des professionnels
- Continuer à **mobiliser des professionnels**, des parents et des jeunes pour qu'ils rejoignent le travail en réseau dédié à la santé des jeunes
- Favoriser **le décloisonnement entre les institutions et les dispositifs**
- **Aller vers les jeunes** les plus en difficulté

2024

2028

Former et soutenir

- **S'appuyer sur la communauté d'expérience des jeunes, premier(e)s concerné(e)s,** dans une logique d'émancipation sociale et de pouvoir d'agir.
- Favoriser **le développement des compétences psychosociales des adolescents** et des jeunes, considérées comme des déterminants de santé cruciaux.
- Former et sensibiliser les professionnels
- Fédérer les énergies pour (re)-donner la parole aux premiers concernés (jeunes-parents) et transmettre leur(s) message(s)
- **Améliorer l'accès aux droits, à la prévention, et aux soins** des jeunes

Axe
PARCOURS

Personnes âgées
Personnes handicapées
Aidants

Des besoins de santé différents selon « les âges de la vie »

La connaissance de la répartition et de la part relative de certaines tranches d'âge permet d'orienter les politiques de santé : la **part des 65 ans et plus** permet de repérer l'importance du vieillissement démographique et des éventuels **besoins en termes de prévention de la perte d'autonomie** mais aussi de **prise en charge**.

Dans le Pays Cévennes : Une population âgée qui continue de vieillir

- 21 300 habitants ont entre 65 et 74 ans et près de 19 200 sont âgés de 75 ans ou plus ; ainsi, le territoire compte 26,6 % de personnes âgées de 65 ans ou plus (respectivement, 14,0 % et 12,6 %), part plus importante que celle du Gard (22 %) ou de la région (23%) et nettement plus élevée que celle observée au niveau national (20 %)
- Globalement de 12,6 % dans l'ensemble du territoire, la part des personnes âgées de 75 ans ou plus varie fortement selon les communes : de 3,6 % dans la commune de Saint-Étienne-de-l'Olm à 21,3 % dans la commune de Bessèges. Elle est supérieure à 12,6 % dans un tiers (32 sur 95) des communes du Pays (13,4 % à Alès; 17,5 % à Anduze, 17,3 % à St Ambroix), etc. . La répartition par commune de la population selon l'âge des habitants est détaillée en annexe.
- Entre 2014 et 2020 la population du Pays des Cévennes a encore vieilli : l'indice de vieillissement est passé de 113 à 126 personnes âgées de 65 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans. En 2020, cet indice de vieillissement est plus élevé que celui du département ou de la région (102), et bien plus élevé que celui de la France métropolitaine qui ne compte que 86 personnes âgées de 65 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans
- Une concentration des personnes âgées dans le nord du département selon l'axe de Saint-Ambroix à Ponteils. Si les zones urbaines sont les plus peuplées, les personnes âgées sont proportionnellement plus présentes en zones rurales
- Une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes, particulièrement importante pour les personnes de 85 ans et plus. Entre 2010 et 2030, l'augmentation serait de 34% selon les projections démographiques de l'enquête de l'INSEE (Enquête Handicap-Santé – modèle Omphale 2010- Scénario central)
- Moins de deux personnes âgées de 75 ans ou plus sur dix à domicile bénéficient de l'APA
- Une part non négligeable de personnes âgées atteintes de maladies neurodégénératives évolutives et de maladies chroniques
- Le Pays Cévennes est confronté à la problématique du vieillissement de sa population. L'enjeu principal est de prévenir la perte d'autonomie et soutenir les fragilités, afin de retarder l'entrée en dépendance des personnes âgées de 60 ans et plus, et d'améliorer l'organisation de la prise en charge des personnes avec perte d'autonomie pour éviter l'engorgement du système de santé. Actuellement, on dénombre 50 000 passages (personnes âgées) aux urgences du CHAC par an (ORU)

Les personnes âgées : Un territoire qui cumule des facteurs de fragilité

Personnes âgées
Personnes handicapées
Aidants

Des situations d'isolement social, familial et géographique

Plus de 7 212 personnes âgées de 75 ans et plus vivant seules à domicile, soit 4,80% parmi les 75 ans et plus en 2016 sur le territoire de l'Agglomération d'Alès, et 5,44% dans la communauté de communes De Cèze Cévennes.

En 2022 environ 7 000 des plus de 60 ans sont veuf(ves)

Des personnes âgées vivant seules à domicile, géographiquement éloignées des villes et limitées dans leur déplacement

Solidarité familiale de plus en plus impactée par un phénomène de migration des enfants qui s'éloignent du territoire pour trouver du travail, ce qui accentue l'isolement des personnes âgées.

Plus d'un tiers des personnes âgées de 60 ans sont économiquement fragiles

Un nombre non négligeable de retraités bénéficiaires du minimum vieillesse et/ou d'un complément de retraite de l'interrégime : 2 223 parmi les retraités de l'inter-régime de 60 ans et plus sur le Pays Cévennes en 2022

Un nombre non négligeable de retraités de l'inter-régime exonérés de la CSG en 2021 : plus de 9790 (60 ans et plus) soit une part s'élevant à 29.82%.

Des situations inscrites dans un environnement inadapté et/ou éloigné

Des personnes âgées qui résident dans des logements peu adaptés, non-décents, voire insalubres (confort domestique parfois rudimentaire, absence d'aménagements au domicile).

Des difficultés de mobilité (accès aux transports, sédentarité, déplacements etc.) notamment pour les personnes âgées éloignées géographiquement des villes.

Des situations de fragilité ou à risque de fragilité

La **fragilité est un concept multidimensionnel**, intégrant des éléments tels que la biographie ou le parcours de vie de la personne âgée, des variables médicales mais également, l'environnement de la personne âgée (le logement, l'entourage familial, les déplacements, l'offre de service et l'accès aux services et à l'information etc.). La fragilité apparait comme un **facteur de prévalence de la détérioration de l'état de santé des populations âgées et de la perte d'autonomie.**

Une part non négligeable de personnes âgées fragilisées ou à risque de fragilité

20 242 retraités à risque de fragilité sociale du régime général selon l'observatoire des fragilités (CARSAT, MSA, et RSI hors Carmi) en 2022.

Ce facteur de fragilité est plus marqué sur : Alès, La Grand-Combe, Les Salles du Gardon, Anduze (Territoires prioritaires de la politique de la ville),également Bessèges, Saint Ambroix, Molières sur Cèze, Barjac Chamborigaud, Brignon, Seynes.

Des difficultés dans l'accès aux droits et aux soins et des situations de renoncements aux soins

Un nombre non négligeable de non-recours aux soins : 1 224 chez les 60 ans et plus (env. 3%) n'ont pas eu recours aux soins dans les 12 derniers mois (2022) selon l'observatoire régional des situations de fragilités de la Carsat.

Personnes âgées
Personnes handicapées
Aidants

FORCES

- De nombreuses **ressources**
- Des dispositifs pour **faciliter la coordination:** DAC, CRT
- Les **CPTS** qui structurent les parcours et facilitent le lien ville-hôpital
- Des **dispositifs en direction des aidants** qui se sont développés (Maison des aidants, PFR)
- Des dispositifs de **médiation en santé**
- Un **taux d'hébergement** et **d'accueil de jour** et de **SSIAD** supérieur à la moyenne départementale
- Le dispositif **Icope** avec un portage local fort

FAIBLESSES

- Une **fragmentation** dans le **parcours**
- Un **manque de lien et de coordination** entre les différents dispositifs d'accompagnement
- Des **difficultés d'accès aux soins** de 1er recours
- Des **personnes isolées fragiles et en rupture de soin**, de nombreuses situations complexes
- Des **besoins en termes de repérage de la fragilité et de prévention**, pour retarder la perte d'autonomie
- Peu de **places en EHPAD**, déficit d'offre d'hébergement pour les personnes âgées ayant des besoins spécifiques (Alzheimer, personnes âgées handicapées, etc.)

Les points de rupture dans le parcours identifiés par les professionnels

Articulation hôpital-domicile
Manque de coordination lors de la sortie d'hospitalisation : Nécessité de travailler les articulations notamment dans l'urgence

Autour du domicile
Nécessité de travailler l'articulation entre les différents intervenants

Autour de l'hébergement
Nécessité de travailler les articulations SSR/EHPAD et domicile
Nécessité de travailler pour éviter le manque d'anticipation

- Manque d'attractivité des **métiers d'aide à la personne**
- Le **vieillissement** de la population et des professionnels de santé
- La **dégradation de la santé mentale** des personnes âgées isolées depuis la crise sanitaire

MENACES

- La perspective de bascule du **repérage de la fragilité dans le droit commun**
- L'ouverture de la **maison Intercommunale Sport Santé** à Alès pour une animation territoriale autour de l'activité physique adaptée, en lien avec le repérage de la fragilité et la prévention de la perte d'autonomie

OPPORTUNITES

LES PERSONNES ÂGÉES : RESSOURCES

Personnes âgées
Personnes handicapées
Aidants

Les acteurs sanitaires

- **Centres hospitaliers** (Alès Cévennes et Ponteils): 8 EHPAD et 2 SSR gériatrique
- **Clinique Bonnefon**
- **SSR** (CHAC, CH Ponteils, Les Cadières (St Privat), La Pomarède (Les salles du Gardon)
- **HAD** (Adène)

Les acteurs de premier recours

- Les **professions libérales**
- 8 **MSP** (Bessèges, St Jean du Gard, Bessèges-St Ambroix, La Grand-Combes, St Martin de Valgalgue) et 3 à proximité (Lasalle, Sauve, Collet de Dèze)
- 3 **CPTS**
- 10 **Centres de santé** (Carmi Filiéris)
- une **équipe mobile gériatrique** au CHAC, une **équipe mobile soins palliatifs**
- **SPASAD, SAAD**

Les acteurs sociaux et médico-sociaux

- Conseil départemental 30 : **Service Territorial d'Autonomie** (STA) : Alès, Anduze; **Service Social Territorial** (SST) : CMS (5)
- **Caisses de retraites** : Carsat, MSA, RSI, - Services sociaux CHAC, CH Ponteils, Clinique Bonnefon, SSR
- **CCAS/Mairies** : 106 communes
- Les **associations de quartiers, d'usagers/de patients**
- Les **centres sociaux, CMS, ANDGM**
- 11 **SSIAD** : Un taux d'équipement en places de SSIAD supérieur sur le Pays (413 places).
- **Equipe Spécialisée Alzheimer** (APS St Christol)
- 12 **accueils de jour**

Les solutions alternatives au domicile

- 23 **EHPAD** : Un des meilleurs taux d'équipement en EHPAD du Gard (près de 1 650 places places dans le Pays Cévennes)
- **Centre de Ressource territorial** (CRT) Montvaillant : pour favoriser le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes
- 3 **Unités de Soins de Longue Durée** (USLD)
- 2 **Résidences-Appartements** (EX Foyer-Logement)
- 46 **Familles d'Accueil** : Un nombre d'accueillants familiaux sur le territoire supérieur à la moyenne départementale
- 1 **Petite Unité de Vie** (PUV)
- Des **formes d'habitat inclusif** amenées à se développer en tant qu'alternatives entre le domicile et l'EHPAD, adaptées aux personnes à mobilité réduite (type résidence autonomie, Marpa).

Mandataires judiciaires à la protection des majeurs (MJPM)

- 4 **services mandataires** à la protection des majeurs: ATG, UDAF, VIVADOM, UDARG
- 16 **mandataires privés**

Les acteurs de la prévention et du repérage

- **Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie** : Instance de coordination institutionnelle qui a pour mission de définir un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention, en complément des prestations légales ou réglementaires
- **Pôle Prévention Promotion et Parcours en santé** (P4S) Filiéris : porteur déploiement Icope, programmes d'ETP
- **De nombreuses actions de prévention** (nutrition, chutes etc.) portées et mises en œuvre par des acteurs locaux : Filiéris, codes30, associations de quartiers, CCAS, Mutualité Française Association « Languedoc Accompagnement » (MSA)

Les acteurs de la coordination et de la concertation

- **DAC30** (Antenne Alès-Le Vigan)
- **Equipe mutualisée de santé publique** RESEDA/Alès Agglo/CPTS/DAC pour l'animation du CLS
- 8 MSP, 3 **CPTS**
- **Concertation maladies chroniques** (issue des réseaux diabète, santé respiratoire etc.)
- Réseaux soins palliatifs, santé mentale, addictologie etc.

Focus DAC

Le contexte

- Les DAC sont issus de la Loi d'Organisation et de Transformation du Système de Santé du 24 Juillet 2019
- Renforcer l'organisation territoriale des parcours de santé en améliorant l'accès aux soins, et en rendant plus lisible les dispositifs de coordination sur le territoire
- Converger les dispositifs d'appui existants (MAIA, Réseaux de santé, PTA, PAERPA, CLIC) en une structure unique sur chaque département pour toute situation ressentie comme complexe pour les professionnels, quel que soit l'âge ou la pathologie de la personne
- Mise en place DAC 30 : juillet 2022

3 missions

- Assurer une réponse globale aux demandes d'appui des professionnels
- Contribuer, avec d'autres acteurs et de façon coordonnée, à la réponse aux besoins des personnes et de leurs aidants
- Participer à la coordination territoriale qui concourt à la structuration des parcours de santé

2 principales modalités d'intervention

→ Appui à la coordination des parcours de santé individuels (ACI) : coordination des situations complexes

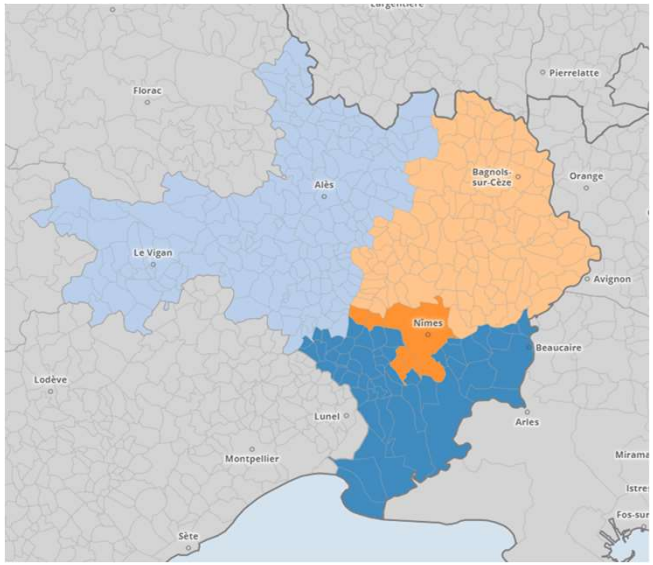
→ Appui à la coordination territoriale (ACT) : structuration des parcours de santé complexes

Organisation

- Siège à Nîmes
- 4 antennes dans le Gard - 29 ETP
- 2 activités spécifiques issues des réseaux de santé : Obésité pédiatrique (ex. Réseau Obésité Infantile du Bassin Alésien – ROIBAL) et Soins Palliatifs – Bassin Nîmois (ex. RSPN)
- Un numéro unique pour solliciter le DAC

Antenne Alès-Le Vigan

- 3 référentes de parcours et une animatrice territoriale
- Obésité pédiatrique : 1 assistante de coordination et une référente de parcours / animatrice
- En 2024 (1er semestre) sur 59 sollicitations pour de l'appui à la coordination du DAC30 pour l'antenne Alès-le Vigan, 74% des concernent des personnes de + de 60 ans



Les difficultés repérées liées aux situations rencontrées par les professionnels ou les aidants

- De **nombreuses situations complexes** ayant au moins une problématique dans l'un des aspects suivants : familial et social, autonomie fonctionnelle et décisionnelle, santé, économique et administrative, environnement et sécurité etc. Par exemple des situations sociales dégradées, vulnérabilité et précarité des personnes âgées, ruptures de PEC, décès de l'aidant.
- **Le cumul de ces facteurs** met les professionnels et les aidants en **difficulté dans l'accompagnement**
- Ces situations complexes **confrontent les professionnels aux limites de leurs champs d'action : Nécessité d'articuler les différents champs de compétences des services d'aides et de soins** autour de situations pour en surmonter les difficultés.
- **Un manque d'information des personnes et des aidants**, et la complexité administrative des démarches à entreprendre. Les aidants pointent le poids des démarches administratives et la « sensation de parcours du combattant »
- La **disparition du service de gestionnaire de cas de la MAIA**, qui était un relais pour les professionnels et les aidants dans les situation complexes, dans la cadre de la fusion de la MAIA et des réseaux territoriaux dans le Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC)
- Des **besoins des personnes âgées** vivant à domicile et des professionnels de santé intervenant auprès de ce public sur le territoire mis en avant par une thèse d'exercice de médecine générale qui met en lumière des problématiques sociales et le **besoin de soutien dans les démarches administratives** par une personne référente, ainsi que la nécessité de développer des **réponses face aux urgences médico-sociales** quand l'aidant décède et/ou quand le professionnel découvre une situation dégradée

Mais…

- La **mise en place du DAC30**, financé par l'ARS Occitanie effective depuis juillet 2022 qui accompagne les professionnels pour l'orientation, la coordination et la PEC des cas complexe, avec une antenne territoriale Alès-le vigan et des gestionnaires de parcours en proximité dans les territoires. En 2024, 74% des sollicitations du DAC30 concernant l'antenne Alès-le Vigan concernent des personnes de +de 60 ans
- La mise en place du **Centre de Ressource Territorial (CRT) Montvaillant** porté par les diaconesses de Rueilly et financé par l'ARS: L'enjeu est de favoriser une organisation territoriale de proximité autour de la personne âgée et des aidants et la coopération entre tous les acteurs (établissements, structures et professionnels de santé et du secteur social, médico-social) mobilisés autour d'elle. Il s'agit de permettre aux personnes âgées en perte d'autonomie (niveau de GIR 1 à 4) de rester le plus longtemps possible à domicile dans de bonnes conditions de bien-être et de sécurité alors que l'accompagnement classique ne suffit plus (cf.focus)
- L'ouverture de **l'Instant Répit de la maison des Aidants** en mars 2023 à Alès, et le déploiement de **l'équipe mobile aidant** sur le territoire, lieu et équipe ressources pour les professionnels et pour les aidants, moteur de l'animation territoriale dans le champ de « l'aidance » (cf. focus)
- Le développement de l'aller-vers dans les **dispositifs de médiation en santé** portés par des CPTS du Pays Cévennes et soutenus par le CLS, confrontés aux problématiques des personnes âgées isolées, cumulant les facteurs de fragilité et en rupture de soins, et qui peuvent être accompagnées par les médiateurs.ices santé pour revenir vers une prise en charge adaptée (médiation en santé de la CPTS ECEGEC depuis 2021, de la CPTS ECM pour 2024, et en cours d'élaboration pour la CPTS La Cévenole)

Des difficultés liées à l'organisation de l'offre de prise en charge autour de la personne âgée et de sa famille

- Un **manque de lien et de coordination** entre les différents dispositifs d'accompagnement
- Un **manque de lisibilité et de visibilité de l'offre** pour les personnes âgées, les aidants et les professionnels
- Des problématiques générales d'accès aux soins de 1er recours, avec des problématiques de glissement de tâches sur les zones sous-dotées,
- Des **difficultés repérées sur certains secteurs isolés** (Bessèges, La Grand-Combe, Saint-Ambroix, Saint-Jean du Gard, Anduze) liées à une **offre de soins en ambulatoire insuffisante** (des difficultés de prises en charge des soins infirmiers à domicile, surtout le soir, notamment pour les personnes en forte perte d'autonomie, et ce particulièrement sur le secteur Nord de Bessèges, et la Vallée du Mialet) et à **l'isolement des personnes âgées**, dont certaines en **rupture de soins** et de prise en charge et qu'il est nécessaire d'accompagner dans leur ouverture de droits.
- A Alès le CCAS est confronté à des **situations complexes de ruptures de parcours** notamment à la **sortie de l'hospitalisation** et suite au **décès de l'aidant**, et souligne les effets de la crise sanitaire tels que l'aggravation des situations d'isolement et la **dégradation de l'état psychologique des personnes âgées**
- Une **fragmentation dans le parcours** : des points de rupture dans le parcours autour de l'hospitalisation (sortie d'hospitalisation), du domicile (limites du maintien à domicile, difficultés pour les aidants à orchestrer les multiples intervenants à domicile), et de l'hébergement (une articulation domicile-établissement pas assez anticipée) et un parcours de réadaptation peu structuré
- **L'articulation entre les services du Pôle Personnes âgées – Urgences du CHAC et les soins de premiers recours au sens large** (structures sanitaires, sociales et médico-sociales) **à améliorer** pour **éviter un engorgement aux urgences** de situations pour lesquelles une meilleure articulation pourrait éviter des placements arbitraires en établissement (phases aigües, personnes isolées, ruptures de prise en charge), une **sous-utilisation des accueils proposés**; des **ruptures de parcours au retour à domicile**

Mais…

- Une **coordination du premier recours** qui se développe sur le territoire : 8 MSP, 3 CPTS, 11 centres de santé
- Des projets structurants avait été développés le cadre de la MAIA pour améliorer la visibilité de l'offre de services, et le parcours des personnes âgées, et qui ont facilité le **travail de lien, d'articulation et de coordination** (partage d'informations, d'outils communs, autour du parcours de la personne âgée, etc.) entre les acteurs de différents secteurs (social, médico-social, et sanitaire, etc.) qui se poursuit dans les **espaces de concertation et d'animation territoriale** (DAC pour les cas complexe, CRT pour les personnes agées dépendantes, Icope pour le repérage de la fragilité, La maison des aidants pour les aidants etc.)
- un **groupe de travail inter-CPTS « Lien Ville-hôpital »** réuni les 3 CPTS du territoire, le CHAC et la Nouvelle Clinique Bonnefon: ce travail a permis la signature d'un convention Ville-Hôpital par l'ensemble des membres, pour structurer davantage le lien Ville-Hôpital au bénéfice d'une meilleure prise en charge des patients sur le territoire: **partage sécurisé de l'information entre les professionnels de santé, organisation de l'admission directe sur des lits dédiés sans passage par les urgences** des patients âgés vulnérables qui nécessitent une hospitalisation en gériatrie et **anticipation des sorties au domicile**; formations et concertations pluriprofessionnelles pour améliorer le parcours de prise en charge des patients, etc.

Des difficultés liées à un déficit de l'offre de santé

- Un **manque de moyens** en termes d'aides financières et de prestations allouées au maintien à domicile (APA, PAP, etc.)
- Des **territoires sous dotés**, voire très sous-dotés en médecins et en infirmiers
- Des communes en **zone blanche pour les ESA et les SSIAD**
- **Peu de places en Ehpad** : En 2022, le Pays des Cévennes dispose de 23 Ehpad (1 650 places) soit un taux d'équipement de 86,3 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus ; ce taux d'équipement est plus élevé que celui du département (81 places pour 1 000) mais inférieur à ceux de l'Occitanie (93 places pour 1 000) ou de la France métropolitaine (98 places pour 1 000); et **des ressources parfois mal repérées et sous-utilisées**, comme les places d'accueil de jour du CHAC
- **Déficit d'offre d'hébergement pour les personnes âgées qui présentent des besoins spécifiques** : Personnes handicapées vieillissantes (seulement 9 places), personnes souffrant de pathologies psychiatriques ou neurodégénératives (un seul UHR), ou d'une addiction. Besoin d'une offre d'hébergement adaptée à certaines pathologies. Manque d'appui en psychogériatrie dans les EHPADs alors que la souffrance psychique et les pathologies caractérisées sont très présentes
- La **pénurie de professionnels de santé** (infirmières, aides-soignants) est généralisée, et on assiste à une « véritable **crise de la vocation » dans l'accompagnement de la personne âgée.**
- Le territoire est **insuffisamment couvert en SSR**, notamment depuis la fermeture des « Jardins d'Anduze ». Le redéploiement départemental entraîne de nouvelles contraintes géographiques pour l'entourage.
- Une **plateforme de répit récente**, mais qui ne couvre pas tous les besoins.
- Des **besoins repérés en termes de prévention** : la nutrition des personnes âgées (dénutrition, qualité des repas livrés etc.), la prévention de la perte d'autonomie, la prévention des chutes, la prévention de l'isolement, la déshydratation, la vaccination antigrippale

Mais…

- Une offre de qualité
- Un taux d'hébergement et d'accueil de jour supérieur à la moyenne départementale
- Des formes d'habitat inclusif amenées à se développer en tant qu'alternatives entre le domicile et l'EHPAD, adaptées aux personnes à mobilité réduite (type résidence autonomie, Marpa).
- Un nombre d'accueillants familiaux sur le territoire supérieur à la moyenne départementale.
- Un taux d'équipement en places de SSIAD supérieur sur le Pays Cévennes
- Un maillage des CPTS qui travaillent à l'amélioration du parcours des personnes âgées et à la prévention : exemple du parcours dénutrition mis en place par la CPTS La Cévenole
- Le dispositif Icope avec un portage fort par Filieris en lien étroit avec les CPTS et la structuration d'un parcours sur le territoire pour améliorer le repérage de la fragilité

Focus ICOPE

Personnes âgées
Personnes handicapées
Aidants

ICOPE (Integrated Care for Older People) est un programme de prévention de la dépendance élaboré par l'OMS, en 5 étapes.

L'objectif ? Diminuer de 15 millions le nombre de sujets dépendants dans le monde d'ici 2025 soit de 150 000 en France, en intervenant le plus en amont possible du processus de vieillissement par le dépistage des fragilités fonctionnelles.

Pour qui ? Personnes dès 60 ans autonome dans les actes de la vie quotidienne.

Par qui ? L'ensemble des acteurs des secteurs du médico-social, du médical et des tissus associatifs

STEP 1

- **Le repérage :** permet d'évaluer en une dizaine de minutes, les six fonctions essentielles au maintien de l'autonomie et d'identifier d'éventuelles anomalies à prendre en charge. Il est proposé de réitérer ce repérage tous les 6 mois.

STEP 2

- **L'évaluation approfondie** : recommandée lorsque l'on observe le déclin d'une ou de plusieurs fonctions lors de l'étape 1 ou entre deux évaluations. Un professionnel de santé spécifiquement formé au Step2 réalise une exploration des différents domaines touchés, recherche les pathologies associées et évalue les besoins sociaux et environnementaux de la personne

STEP 3

- **Le plan de soins personnalisé:** Centré sur la personne, il prend en considération ses préférences et ses motivations. Les recommandations proposées ont pour cible le ou les domaines altérés et tiennent compte de l'importance de l'altération constatée afin de hiérarchiser les actions correctives. Chaque fois que possible, l'intervention s'appuie sur les ressources de proximité

STEP 4

- **Le suivi du parcours de soins** : consiste à vérifier la mise en pratique des interventions proposées et à lever les freins rencontrés. Il est le plus souvent effectué dans la filière des soins primaires par le professionnel de santé qui a réalisé l'évaluation

STEP 5

- **L'Implication des collectivités et le soutien aux aidants :** étape transversale qui signe l'engagement de la collectivité à favoriser le vieillissement en bonne santé des seniors et de leurs proches

Ce parcours se base sur la surveillance régulière de 6 fonctions essentielles au vieillissement en bonne santé :

Icope dans le Pays Cévennes :

- **Déploiement du programme Icope à titre expérimental** pour une durée de 3 ans (2022-2024), par le **Pôle Prévention Promotion et Parcours en Santé (P4S) de Filieris** dans le cadre de l'AMI national: l'expérimentation comprend une animation territoriale et la **structuration d'un parcours Icope sur le territoire**, avec la promotion et la diffusion de la méthodologie de l'action pour soutenir l'appropriation de la démarche par le premier recours et faciliter le déploiement du dépistage et des dispositifs relais pour les personnes dépistées. Le P4S travaille en partenariat avec les CPTS La Cévenole et ECEGEC, les MSP, les professionnels de santé libéraux, les CCAS des communes, les porteurs d'actions collectives, la CFPPA, etc. Le CLS vient garantir et légitimer la dimension territoriale de la démarche, sa logique partenariale et s'appuie sur le programme pour le déploiement de l'axe personnes agées
- **Eléments de bilan** : Le programme est actuellement implanté dans 20 communes. 142 professionnels ont été formés au repérage (dont 92 dans les CPTS ECEGEC et La Cévenole). Environ 1313 personnes âgées en bénéficient (moyenne d'âge 72 ans). Depuis début 2022, 1801 dépistages / Step 1 (initiaux et de réitération) ont été effectué (par le P4S et les libéraux), 211 Step2, 132 entretiens motivationnels. De nombreux ateliers de stimulation ont été déployés en fonction des résultats aux évaluations approfondies / Step 2. On recense 250 participants par an aux ateliers collectifs financés par la CFPPA, en particulier en remédiation cognitive, sophrologie, activité physique adaptée et diététique, cela représente 32 cycles d'ateliers dans une dizaine de communes de Pays Cévennes
- **Freins repérés** : problématiques de mobilité, d'isolement social et géographique qui constituent des entraves à l'accès au programme ICOPE. 90 communes pourraient bénéficier de ce programme en Pays Cévennes
- **Perspectives**: Poursuivre la formation des professionnels 1er recours (en step 1 et 2) afin d'élargir et systématiser le repérage et l'évaluation des fragilités. Une évaluation continue est en œuvre pour favoriser une bascule des financements dans le droit commun. L'animation et la coordination territoriale réalisée actuellement par le P4S dans le cadre de l'AMI serait réalisée conjointement avec les CPTS

Des besoins d'accompagnement et de prise en charge particuliers

Les personnes en situation de handicap nécessitent une prise en compte particulière dans le développement des politiques de santé. En effet, dans un certain nombre de cas, leur situation de handicap résulte d'une pathologie pouvant nécessiter un accompagnement de santé spécifique. Au-delà des soins spécifiques qui peuvent être nécessaires, ces pathologies peuvent les rendre plus vulnérables au développement d'autres pathologies et nécessitent alors des actions de prévention adaptées.

Enfants en situation de handicap

- **Une forte progression de la part d'enfants bénéficiaires de l'AEEH :** En 2022, 874 enfants habitant le Pays des Cévennes bénéficient de l'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) soit 2,6 % d'enfants bénéficiaires de l'AEEH (moins de 20 ans). Cette valeur, identique à celle des métropolitains, est proche de celle des jeunes Gardois (2,5 %) et plus faible que celle observée parmi les jeunes Occitans (3,9 %). En cinq ans, la proportion des enfants qui bénéficient de cette allocation est en forte progression dans le territoire comme dans le département (+91 %) et de façon plus marquée qu'au niveau national (+53 %).
- **Un taux de prévalence du handicap largement supérieur chez les enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance** (17% contre 2% dans la population générale des enfants). Le handicap psychique et les troubles du comportement sont sur-représentés. Dans nombre de situations les interventions de l'Aide Sociale à l'Enfance résultent non de la carence de la famille, mais d'un manque de structures adaptées. Un rapprochement entre la MDPH et l'Aide Sociale à l'Enfance sur les situations connues des deux services s'est développé au fil du temps mais doit être conforté.
- Les **places disponibles dans le département pour les enfants et adolescents handicapées** sont, proportionnellement à la population, **moins nombreuses dans le Gard** que dans l'ensemble de l'Occitanie, quel que soit le type d'établissement et de services

Adultes en situation de handicap

- **5 % des adultes de 20 à 59 ans perçoivent l'AAH :** En 2022, plus de 3 400 habitants du territoire âgés de 20 à 59 ans perçoivent l'Allocation adulte handicapé (AAH) soit un taux d'allocataires de 5% des adultes du même âge. Ce taux est plus élevé que ceux des Gardois (3,8 %), des Occitans (4,1 %) et des métropolitains (3,1 %).
- Entre 2016 et 2021, ce **taux de bénéficiaires de l'AAH a augmenté** parmi les habitants du territoire (+13 %) comme parmi ceux des territoires de comparaison (de +11 % à +14 %). Une augmentation en lien avec le vieillissement de la population
- Une population **d'adultes handicapés vieillissants** qui augmente

LES PERSONNES HANDICAPÉES : ETAT DES LIEUX

FORCES

- **Un tissu d'acteurs mobilisés** dans le champ du handicap sur le Pays Cévennes, et un grand nombre **d'associations d'usagers**
- Une **coordination du premier recours** qui se développe sur le territoire : 8 MSP, 3 CPTS, 11 centres de santé
- Une **qualité des liens existants** : Une dynamique partenariale de longue date sur le territoire autour des personnes en situation de handicap. Des institutions médico-sociales en lien autour de l'enfance handicapée : réunion de coordination des acteurs, création d'outils communs. Un travail autour du parcours des enfants.
- Des **temps de sensibilisation**, notamment en direction des élus et du personnel administratif (sensibilisation à l'accompagnement des personnes en situation de handicap : les problématiques d'accès aux droits, connaissance du dossier MDPH, repérage des ressources…, sensibilisation au handisport)
- Des **espaces de concertations** actifs autour du handicap psychique dans le cadre des réseaux de santé mentale : sensibilisations, outils, développement d'une culture commune entre les acteurs, etc.

FAIBLESSES

- **Déficit d'offre de soins de 1er recours** sur certains secteurs
- **Saturation et engorgement des structures dédiées**, notamment pour les enfants
- Un **taux d'équipement en établissement** et services pour enfant en situation de handicap inférieur au niveau régional, et un taux d'équipement en établissement pour adultes proche des valeurs nationales mais un nombre important d'adultes handicapés en attente d'une place.
- **Pour les enfants, prises en charges tardives et ruptures de parcours,** dues à une paralysie du dépistage précoce et de l'orientation vers les soins adaptés, puis des délais d'attente qui retardent le diagnostic et la prise en charge
- Une offre de qualité, mais des **difficultés à se repérer face à la diversité des services disponibles,** des difficultés de compréhension des dispositifs et des modalités de prise en charge du point de vue des professionnels, des élus, et des personnes en situation de handicap, et des aidants

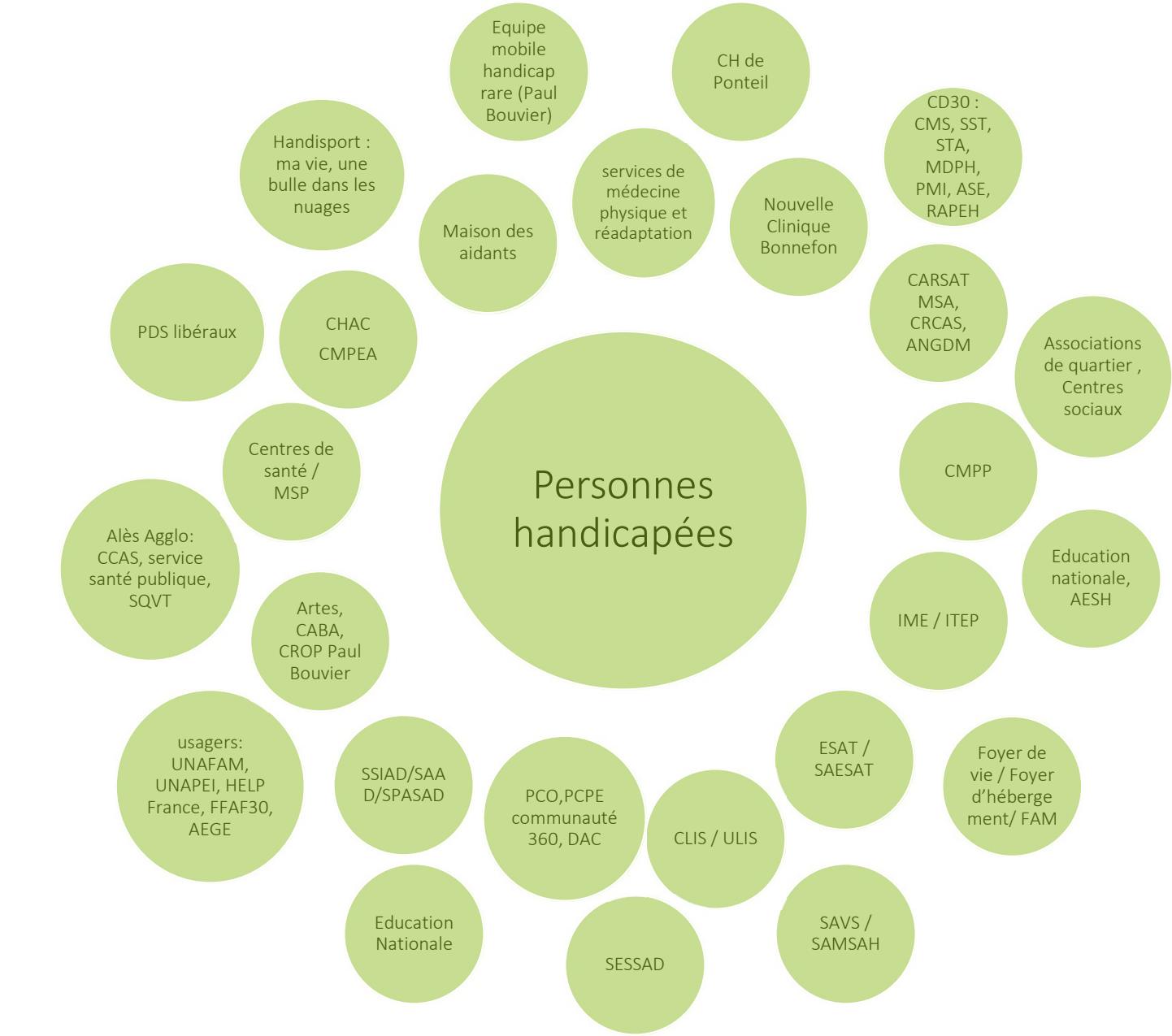
MENACES

- **Risque d'un manque d'articulation** entre les dispositifs de coordination des parcours
- La **baisse des moyens de l'éducation nationale** qui ne favorise pas l'intégration scolaire et éducative

OPPORTUNITES

- La signature en 2024 du **CLS4** et du **CLSM** du Pays Cévennes
- La **structuration des parcours** dans le cadre des CPTS
- Le renforcement de la coordination des parcours dans le cadre du développement des **plateformes de coordination** : PCO, PCPE, communauté 360, DAC
- Une dynamique nationale autour du **handisport** porté par les jeux paralympiques relayés par la SISM 2024, dont les acteurs locaux se sont saisis

LES PERSONNES HANDICAPÉES : RESSOURCES (LISTE NON EXHAUSTIVE)



Dispositifs de mise en œuvre du CLS :

- Réseau Périnatalité-Petite Enfance
- Réseau Clinique du Lien du nourrisson, enfant et adolescent
- Réseau Santé Mentale
- Réseau Santé Vie Sociale
- Atelier Santé Ville

Des constats partagés inter-CAMSP (Alès, Bagnols sur Cèze, Nîmes)

- Manque de repérage précoce par les acteurs de première ligne, entrainant des retards dans le diagnostic
- Nombreuses ruptures de parcours liées aux délais trop longs : premier rendez-vous (3 à 6 mois), bilan et mise en œuvre d'un projet thérapeutique (au moins 1 an)
- Manque de temps médical pédiatrique et spécialisé : neuropédiatrie, médecine physique et de réadaptation, pédopsychiatrie
- Manque de coordination et de cohérence des prises en charges
- Difficulté d'adressage pour un suivi après le CAMPS
- Engorgement des structures de prise en charge : CAMPS et structures d'aval
- Parents en difficultés, souvent en situation de coordination de la prise en charge
- Manque de temps pour le travail de concertation, de synthèse et d'élaboration des projets individualisés
- Renoncement à des soins pour certaines familles
- Manque de formation des médecins libéraux (pour le repérage, le dépistage, l'orientation et la prise en charge adaptée des handicaps rares, des handicaps et des troubles du développement dans leur ensemble), et des professionnels paramédicaux (orthophonistes, kinésithérapeutes etc.)
- Nécessité de travailler avec les professionnels libéraux (médecins généralistes, kinésithérapeutes, orthophonistes) pour compléter les moyens des CAMPS et préparer les prises en charge en aval

Constats sur l'intégration sociale et éducative

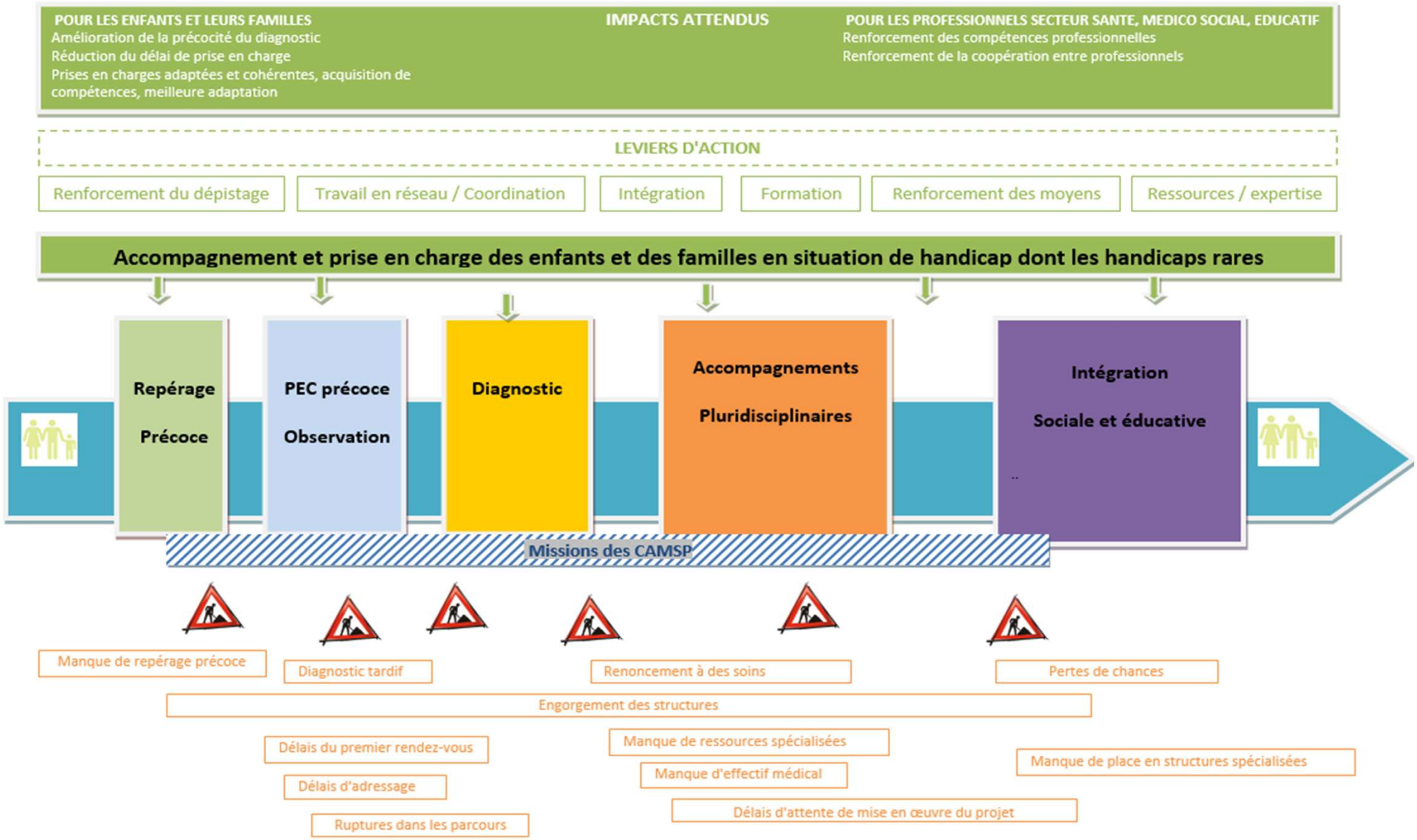
- Inclusion du handicap en milieu scolaire ordinaire à améliorer : les enseignants manquent de formation, les délais d'attente entre le diagnostic, la notification MDPH et l'obtention d'une AESH sont relativement longs, ce qui a un impact sur l'inclusion scolaire de l'enfant.
- Un taux d'équipement en établissement pour enfants proches des valeurs nationales (hors SESSAD), mais un nombre d'enfants en attente de place en Etablissement et Services Médico-Sociaux (ESMS) important. Les décisions d'orientations en structures médico-sociales apparaissent souvent en décalage avec l'entrée réelle en établissement. De nombreux enfants sont pris en charge en dehors d'une structure mais ils ne bénéficient pas d'un accompagnement pleinement adapté à leurs besoins à défaut de place : maintien milieu scolaire, aide à domicile, prise en charge partielle, ½ internat au lieu d'un internat.

PCO TND 30

La Plateforme de Coordination et d'Orientation

Les PCO s'adressent aux jeunes enfants de 0 à 6 ans pour lesquels l'entourage et / ou le médecin constate des écarts inhabituels de développement. Ces écarts peuvent être les signes d'un possible trouble du neuro-développement (TND) comme un trouble du spectre de l'autisme (TSA), un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyper activité (TDAH), un trouble DYS (dyslexie, dyspraxie, dysorthographie, dysphasie), un trouble du développement intellectuel. Sur prescription, c'est le médecin qui adresse l'enfant à la PCO. Les PCO ont pour objectif de rendre possible une intervention pluridisciplinaire coordonnée immédiate dès les premières difficultés repérées chez le jeune enfant et sans attendre un diagnostic stabilisé pour lever le doute ou progresser vers le diagnostic en évitant le sur handicap. Pour ce faire, la PCO a vocation à mettre en œuvre un parcours coordonné de bilans et d'interventions précoces pendant 24 mois, éventuellement renouvelable. Les PCO proposent aux familles le recours à des structures spécialisées et des professionnels libéraux conventionnés ou non avec l'assurance maladie. Quand les difficultés de l'enfant et les besoins de la famille nécessitent de solliciter des ergothérapeutes, psychologues et psychomotriciens, la plateforme peut déclencher le forfait d'intervention précoce. Les professionnels sont alors directement rémunérés par l'assurance maladie.

Focus : Schéma du parcours des enfants en situation de handicap



LES PERSONNES HANDICAPÉES : CONSTATS POUR LES ADULTES

Des problématiques cumulées pour les adultes en situation de handicap

- **Cumul de fragilités** : Des situations de précarité et d'isolement chez les personnes en situation de handicap qui peuvent entrainer des ruptures de soins, et rendre les accompagnements plus complexes, particulièrement sur certains secteurs
- Des **difficultés de mobilité et d'accessibilité** (accès aux transports, accessibilité des espaces publics, ruralité, perte de mobilité etc.)
- Des difficultés liées à la **mixité des handicaps dans les ESAT** : manque de formation des professionnels sur les troubles psychiques, un manque de souplesse dans l'organisation du travail, des échecs au niveau de l'insertion, une rupture dans les suivis et des rechutes, une souffrance au travail pour les travailleurs handicapés et pour les encadrants
- Un **taux d'équipement en établissement** pour adultes proche des valeurs nationales mais un nombre important **d'adultes handicapés en attente d'une place**.
- Des enjeux autour de la création de **logement adaptés** dans un environnement pensé – ouverture du Hameau de Silhol avec des logements adaptés construits par les logis Cévenols et gérés par le CCAS d'Alès
- Un taux d'équipement **en places de SSIAD** supérieur sur le Pays Cévennes : Dix Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), soit 413 places. Mais, des difficultés de prises en charge des soins infirmiers à domicile, notamment pour les personnes en forte perte d'autonomie, surtout le soir, particulièrement sur le secteur Nord de Bessèges
- Des acteurs du domicile qui pallient au manque de ressources sur certains secteurs (zones rurales)
- **Problématiques d'accès aux droits des personnes en situation de handicap**, notamment en raison de la complexité administrative, et refus de certains du statut de personne handicapées par peur d'une stigmatisation, particulièrement pour le handicap psychique
- **Difficultés cumulées pour les Personnes Handicapées vieillissantes** : manque de réponses et de dispositifs adaptés, peu de place en hébergement (une seule unité qui accueille les PHV avec seulement 12 places et pas d'ESAT après 60 ans).

Communauté 360 – GARD

- Mise en place en Juin 2023 dans le cadre d'un AMI de l'ARS Occitanie, pour déployer le dispositif national
- Dispositif à destination des personnes en situation de handicap (tous âges), les aidants et proches, les associations, les établissements sociaux et médico-sociaux, et tout autre professionnel
- Objectifs : accompagner les personnes en situation de handicap et leurs proches dans leur recherche de solutions.
- Champ d'intervention : scolarité, vie professionnelle , santé , loisirs, sport, culture , citoyenneté, accès aux droits
- Missions :

- **Informer, orienter, et coordonner** dans la recherche de solutions les personnes.

- Développer une démarche «d'aller vers» : les personnes, les territoires, les institutions, le droit commun, l'inclusion.

- Fédérer les acteurs d'un territoire au service des personnes en situation de handicap et/ou leurs aidants.

- Alimenter l'observatoire ARS sur la transformation de l'offre.

Repères

- Les **proches aidants désignent les personnes qui apportent régulièrement leur aide à un proche en raison de son état de santé, de son âge ou d'une situation de handicap**. Avec le vieillissement de la population, de plus en plus de personnes pourraient être concernées à un moment ou à un autre de leur vie.
- **En 2021, 8,8 millions d'adultes et 0,5 million de mineurs âgés de 5 ans ou plus sont proches aidants, soit respectivement une personne sur six et un mineur sur vingt.** Entre 55 et 64 ans, une personne sur quatre est concernée. L'aide régulière apportée peut prendre la forme d'une aide dans les activités de la vie quotidienne, d'un soutien moral ou d'une aide financière. L'aide la plus fréquemment déclarée est le soutien moral (6,4 millions de personnes âgées de 5 ans ou plus, dont 368 000 mineurs), puis l'aide à la vie quotidienne (5,7 millions de personnes, dont 308 000 mineurs) et l'aide financière (1,3 million d'adultes)
- Les situations des proches aidants peuvent cependant être très diverses, et la DREES distingue 3 grandes catégories d'aidants: **Les aidants les plus impactés** (conjoints, parents et enfants apportant une aide importante); **les aidants moyennement impactés** (conjoints et parents de personnes ayant peu de limitations mais seuls pour les aider); **les aidants les moins impactés** : enfants, frères et sœurs, autres membres de la famille ou de l'entourage, apportant une aide moins importante
- Un rapport de la commission des affaires sociales souligne les conséquences de l'épuisement et l'isolement des aidants sur leur santé : un impact sur la santé physique et mentale, et une espérance de vie parfois plus courte que la personne aidée

Sources: enquête Handicap-Santé 2008 de la DREES et de l'Insee; dossiers de la DREES, n°110, mai 2023, « Synthèse: Les proches aidants, une population hétérogène »; Rapport n°1449, « Favoriser la reconnaissance des proches aidants », novembre 2018, commission des affaires sociales

Constats

- Des aidants souvent isolés et épuisés : de nombreux aidants sont seuls à s'occuper de leur proche, et n'ont pas de contacts avec d'autres proches aidants
- Des difficultés pour accéder à l'information, face à une multiplication des dispositifs dans leurs champs d'intervention spécifique (social, médico-social, santé, loisir) difficilement lisibles et identifiables à la fois pour les personnes concernées (les aidants) et les professionnels qui les accompagnent
- Complexité administrative des démarches à entreprendre, et temporalité administrative qui ne correspond pas celle de l'aidant dont le besoin, une fois identifié, est immédiat (besoin de répit par exemple)
- Complexité des situations accompagnées
- Difficultés pour les aidants à coordonner les multiples intervenants à domicile
- Un impact non négligeable du rôle d'aidant sur la santé : fatigue, stress etc. Un tiers des aidants ne consultent pas régulièrement leur médecin et un tiers manque de moyens financiers pour se soigner
- Besoin de temps d'écoute, de soutien psychologique pour certains

Des acteurs engagés, et des projets structurants

- Depuis 2018, la concertation partenariale s'est structurée, notamment par la réalisation d'un diagnostic territorial sur les besoins des aidants dans le cadre d'un projet d'accompagnement des proches aidants de personnes âgées ou de personnes en situation de handicap piloté par la maison des aidants-Filieris, la MAIA « Porte des Cévennes », la Direction de l'autonomie du Conseil départemental du Gard, et du Service Territorial de l'Autonomie DAUT/CD30.
- Ce projet structurant fédère de nombreux acteurs du champ du vieillissement et du handicap. Il est à l'origine, entre autres, de l'ouverture de l'Instant Répit de la Maison des Aidants à Alès.

Les Aidants: Des besoins spécifiques

Les jeunes aidants (5 à 18 ans) sous le radar

- Au niveau national les jeunes aidants représentent 522 000 aidants. Ce qui équivaut à 2 élèves par classe. Parmi eux, 59% apportent une aide régulière dans les activités de la vie quotidienne et 70% apportent au moins un soutien moral et 29,5 apportent les deux types d'aide.
- Cette catégorie d'aidant a échappé au projet de territoire sur le plan de la tranche d'âge et la proportion qu'elle représente. Il n'y a pas de verbalisation dans tranche d'âge des 5-18 ans alors qu'à cet âge certains s'occupent déjà des tâches domestiques, et/ou apportent aussi un soutien psychologique.
- L'enjeu est de sensibiliser les jeunes et les familles mais également les acteurs de l'éducation nationale aux conséquences de la situation d'aidant (des retards systématiques, etc.) et éviter le décrochage scolaire.
- Mais le Pays Cévennes ne dispose pas actuellement d'outils adaptés à un jeune public aidant. Le projet de territoire doit être enrichi dans le cadre d'une concertation partenariale en associant les partenaires intervenants sur le volet des jeunes, afin de construire et partager une culture commune.

Les aidants dans les QPV

QPV

- Situation d'isolement de mères qui se retrouvent aidantes pour leur conjoint et/ou leur enfant.
- Le premier axe de travail développé est celui de la mobilité, pour aller vers l'Instant Répit. L'accompagnement est progressif avec comme première une étape la possibilité de disposer d'un point d'écoute dans le quartier.
- Dans le quartier Cévennes à Alès, des femmes âgées en perte d'autonomie (en situation de handicap et ou atteintes de maladies chroniques) se réunissent, aidées par des plus jeunes qui leur proposent des ateliers (loisirs créatifs, etc.) ce qui permet de soulager les aidants en leur accordant un temps de répit. Elles ont créé une association loi 1901 « Age tendre en Cévennes », et se réunissent à la Maison pour Tous Louis Aragon à Alès.

Les parents-aidants

- Les parents aidants d'enfants en situation de handicap ont des besoins spécifiques, notamment en termes de représentations. Certains professionnels considèrent qu'un parent n'est pas un aidant et n'est pas repéré en tant que tel. D'autre part, les parents eux-mêmes ne se reconnaissent pas comme aidants.
- L'Instant Répit met à disposition les locaux à la demande des partenaires du champ du handicap qui le souhaitent pour favoriser le regroupement des parents. Un psychologue du CROP anime un groupe de parole pendant qu'une éducatrice spécialisée prend en charge les enfants et travaille avec eux sur les habiletés sociales.
- Il existe plusieurs associations de parents d'enfants en situation de handicap: UNAPEI 30, Association Leshyperparents, APF France Handicap: pôle enfance Gard, Help France 30 etc.

Proches aidants salariés

- Manque de visibilité des proches aidants en situation d'emploi qui ne verbalisent pas leur condition auprès des employeurs (retards, arrêts maladies).
- Nécessite de sensibiliser les ressources humaines sur les modalités d'adaptation du poste de travail. Les grandes entreprises sont plus sensibilisées pour aménager les postes de travail (permettre d'aller aux RV médicaux par exemple).

FORCES

- Une **dynamique partenariale forte**, animée par la maison des aidants, qui œuvre pour la sensibilisation des professionnels et des aidants, et organise chaque année un forum des aidants
- Des **dispositifs en direction des aidants** qui se sont développés
- Des **actions à destination des aidants** financées dans le cadre de la CFPPA
- Des **solutions de répit** qui se développent
- Des **dispositifs de coordination** qui peuvent faciliter la coordination du parcours pour l'aidant

FAIBLESSES

- Un **défaut d'information, d'outils de repérage et de connaissances** sur le sujet des aidants.
- Un manque de bénévoles et de réseaux de solidarité
- Un **besoin important de structures de répit** et de soutien aux aidants notamment dans les cas complexes pour améliorer le parcours des personnes âgées.
- **Une inégalité territoriale d'offre de service pour les aidants** (et les aidés) avec des zones blanches (nord du territoire) et certaines zones dans lesquelles les aidants et leurs aidés cumulent les facteurs de fragilité
- Des **difficultés pour accéder à l'information**, face à une multiplication des dispositifs
- **Des aidants moins bien repérés** et/ou pour lesquels il y a peu de dispositifs adaptés (parents-aidants, aidants salariés, jeunes aidants, aidants dans les QPV)

Les services départementaux : SST, STA ; Collectivités, CCAS, Services sociaux, CArsat, MSA, CRCAS LR, ANGDM , dispositifs spécifiques ESA, Filieris, Le café des aidants (Alès), L'accueil de jour et l'hébergement temporaire, Bienvieillir CFPPA, PDS, Plateforme d'accompagnement et de répit les jardins de St Hilaire, La maison des aidants, L'instant répit, SAD, Gard et autonomie, Communauté 360, Plateforme de Coordination et d'Orientation (PCO), Pôle des compétences et de prestation externalisées (PCPO), les solutions de répits, associations spécialisées : CABA, Artes, Paul Bouvier Equipe mobile Handicap Rare; Association de patiens/familles : UNAFAM, UNAPEI 30, Aphasique Ensemble Garder l'Envie (AEGE), France Alzheimer Gard, Fibromyalgie Gard, Association des traumatisés crâniens, APF France Handicap, Association des Aidants Occitanie (ADAO), etc.

- Risque de **perte de lisibilité** face à la multiplication des dispositifs
- Manque d'attractivité des **métiers d'aide à la personne**

MENACES

- Des **politiques publiques** qui se sont saisies de la question de **l'aidance**
- Des **projets structurants** qui visent à **repérer les fragilités** et prévenir la perte d'autonomie (Icope), tout en prenant en compte **la fragilité de l'aidant**

OPPORTUNITES

Focus : La maison des aidants

La maison des aidants, un projet précurseur

La maison des aidants sur le Pays Cévennes est la première maison des aidants de la région implantée initialement et à titre expérimental à la Grand Combe il y a une dizaine d'année, suite à une impulsion des professionnels de santé de FILIERIS, opérateur de santé sur le territoire, qui souhaitaient élargir l'angle de vue sur la problématique de la perte d'autonomie et en accordant plus d'attention au binôme aidant-aidé.

L'instant Répit

- **L'ouverture de l'Instant Répit de la maison des aidants sur Alès en mars 2023** répond aux préconisations du diagnostic qui recommandaient la mise en œuvre (1) d'une équipe mobile « aidants », (2) une animation territoriale structurée, et (3) un point ressource. Il est le fruit d'une co-construction, rendu possible grâce au soutien actif du CCAS d'Alès.
- L'Instant Répit est à la fois **une plateforme de mutualisation des moyens et un lieu d'accueil qui réunit les partenaires ayant en commun le champ de « l'aidance ».** L'Instant Répit propose des temps de permanences et/ou d'écoute, du soutien psycho-social individuel ou collectif, des ateliers supports (art-thérapie, sophrologie…), des formations, de l'information, une orientation.
- Plus de 40 partenaires sont membres de l'Instant Répit, impliqués dans la gouvernance et/ou les permanences «d'accueil».
- Au total en 2023 : 160 professionnels sensibilisés au repérage des proches aidants.

Equipe mobile aidant

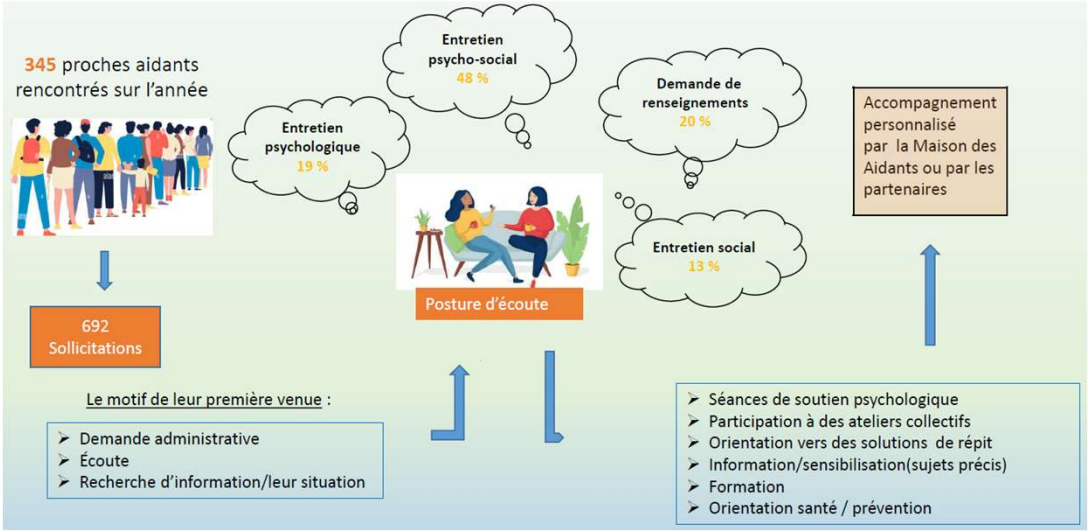
Le dispositif est complété par la mise en place **d'une équipe mobile qui intervient sur le territoire des 3 CPTS autour du binôme aidant-aidé sur les situations complexes, en 2ème intention, en appui** de l'équipe de première intention. Elle se déplace à domicile, accompagne si besoin physiquement les aidants dans leurs démarches, en travaillant notamment la question du répit. Cette équipe est composée d'une neuropsychologue et d'une assistante de service social.

Concertation territoriale aidants

Entre 2017-2021, un diagnostic territorial et un projet de territoire ont été élaborés en articulation avec la MAIA Porte des Cévennes, et avec la collaboration des acteurs concernés par le champ de la perte d'autonomie et du handicap sur le territoire. Ce diagnostic a permis de recenser les besoins des proches aidants, soulignant la nécessité de structurer l'offre en direction des aidants afin de pouvoir la développer de manière cohérente. Le projet de territoire a également mis l'accent sur la démarche de l' « aller-vers ».

Mise en pratique de l'intégration

L'organisation et le fonctionnement de la Maison des Aidants sont pensés afin de permettre la collaboration et la création de liens entre les différents acteurs (sanitaire, médico-social et social…) autour de la personne aidante. Cette démarche se traduit par la présence et la participation des membres de ces structures à l'accueil des aidants qui se présentent à l'instant répit, l'ensemble de ces intervenants ayant bénéficié préalablement d'une formation commune d'accueillants adaptées aux spécificités de l'accompagnement de l'aidant.



PROPOSITIONS D'ACTIONS

Personnes âgées
Personnes handicapées
Aidants

En direction des personnes âgées

- Organiser et améliorer les prises en charge
- Développer le travail en réseau et la mise en lien des différents acteurs de la prise en charge des personnes âgées.
- Améliorer l'information sur l'offre, et faciliter la circulation d'informations entre les professionnels
- Améliorer et organiser la coordination entre les acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux, favoriser les liens et les échanges
- Améliorer les dispositifs de prévention et mieux repérer les situations de fragilité
- Soutenir l'articulation ville-hôpital, notamment autour des entrées et sorties
- Poursuivre la structuration de parcours spécifiques (dénutrition, etc.)
- Soutenir l'implantation et le développement de la Maison Intercommunale Sport Santé

En direction des proches aidants

- Améliorer le repérage et la reconnaissance du rôle des aidants par la formation et la sensibilisation des professionnels
- Accompagner les proches aidants de personnes âgées et de personnes en situation de handicap
- Mettre en place des réponses collectives pour rompre l'isolement des proches aidants
- Développer l'offre de répit
- Permettre le plus possible le maintien à domicile dans les meilleures conditions
- Soutenir la maison des aidants dans son rôle d'animation territoriale
- Rendre lisible les dispositifs, faciliter l'accès à la connaissance des ressources sur le territoire
- Développer des espaces de concertations spécifiques pour améliorer le repérage et l'accompagnement parents-aidants, des jeunes aidant, des aidants salariés, des aidants dans les QPV

2028

En direction des personnes en situation de handicap

2024

- Améliorer la coordination des acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux (développer et partager des outils communs)
- Développer le travail en réseau et la mise en lien des différents acteurs
- Assurer un meilleur accès à l'information et à leurs droits pour les personnes en situation de handicap et leurs proches
- Améliorer la prise en charge des personnes en situation de handicap présentant des besoins spécifiques (Personnes handicapées vieillissantes, handicap psychique, etc.)
- Améliorer le repérage et la prise en charge précoce des enfants
- Favoriser le repérage précoce et le diagnostic du handicap et des troubles du développement et permettre une prise en charge plus rapide, notamment pour les handicaps rares
- Améliorer la qualité et la cohérence des prises en charge des enfants de 0 à 6 ans porteurs de troubles du développement et de handicap et de leur famille.
- Favoriser le travail pluridisciplinaire
- Soutenir les pratiques professionnelles (formation, sensibilisation)
- Favoriser l'inclusion des personnes en situation de handicap, l'accès à la citoyenneté
- Lutter contre les stigmatisations, sensibiliser le grand public

Axe
PARCOURS

Personnes vulnérables
Précarité

Une population qui cumule des indicateurs de précarité et de vulnérabilité élevés ayant un impact sur l'état de santé

Economiques

- Un **taux de chômage élevé** et qui touche fortement les jeunes actifs de 15-24 ans
- Un revenu moyen relativement faible et un taux élevé de foyers fiscaux non imposés
- De fréquentes situations de **précarité financière**

Environnementaux

- Plus d'un quart de logements anciens
-Une **qualité de l'air relativement mauvaise** dans huit communes sur dix et concernant plus de 90% de la population.
-Des **difficultés d'accessibilité et de mobilité**
- Une **précarité énergétique** fréquente

Sanitaires

- Des **habitudes de vie et comportements à risques** : addictions, alimentation déséquilibrée, etc.
- Une **prévalence accrue de pathologies** : surcharge pondérale et obésité, souffrance psycho-sociale, maladies chroniques, etc.

Démographiques

- Un vieillissement de la population avec une hausse des situations de dépendance

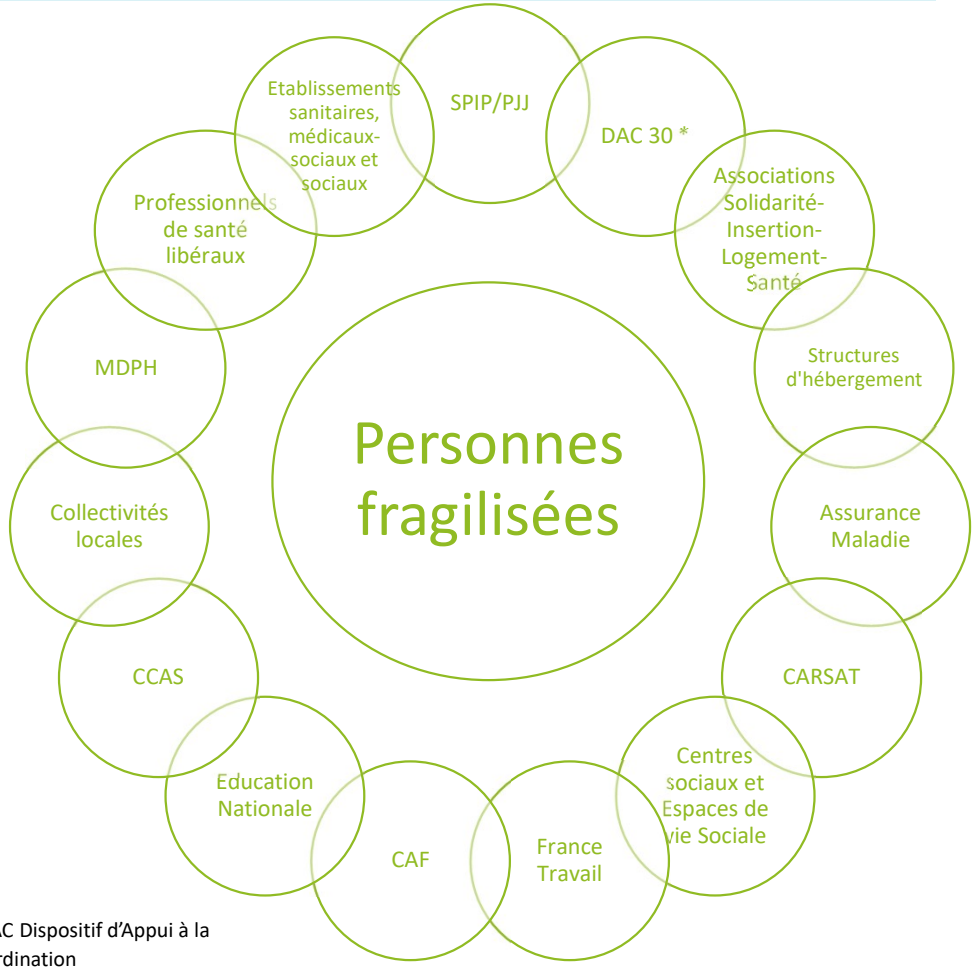
Sociaux

- Une part importante de personnes peu ou pas diplômées
- Des **situations de monoparentalité** plus fréquentes que sur les autres territoires
- Des situations de violences intrafamiliales très présentes sur le territoire

Des ressources nombreuses en direction des publics fragilisés

Des réseaux et des dispositifs partenariaux locaux :

Un **réseau santé vie sociale** et un **atelier santé ville commun aux territoires des 2 contrats de ville de l'arrondissement d'Alès.** Un **Réseau Santé Jeunes**, en lien avec les Réseaux Addictologie, Périnatalité et Petite Enfance, Santé Mentale, Obésité Infantile, et le parcours obésité pédiatrique porté par le DAC 30



* DAC Dispositif d'Appui à la Coordination

FORCES

- **Des dynamiques collectives** autour des questions en lien avec la précarité et la vulnérabilité des personnes (des dynamiques partenariales fortes autour des questions liées aux grossesses et maternités vulnérables, à la santé des personnes exilées, aux violences intrafamiliales, etc.), avec des **actions concertées et territorialisées** en direction des publics fragilisés
- **Dynamisme des associations** malgré leurs difficultés financières
- Des **projets innovants** pour réduire les facteurs de risques et lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé

FAIBLESSES

- Des situations qui conduisent au **non-recours** et/ou au **renoncement aux soins**
- Un besoin de **travailler les projets** davantage **avec** les premiers concernés et **non seulement "en direction de",** en **renforçant les démarches communautaires en santé.** Des **liens à développer et à consolider** pour les situations complexes ou les publics spécifiques : pathologies psychiatriques, violences intrafamiliales, addictions ; personnes exilées etc.
- Des **structures** qui accueillent les publics fragilisés **en tension,** avec des **dispositifs fragilisés** par un **manque de moyens** humains et financiers.

Un réseau dynamique de professionnels engagés → **Un déficit d'offre de soins** → **Des structures fragilisées par un manque de moyen humains et financiers**

MENACES

- Un **déficit d'offre de soins** : offre de soins de premier recours relativement faible avec des densités de médecins généralistes et de chirurgiens-dentistes en baisse, faible accessibilité potentielle à un médecin, manque de spécialistes en psychiatrie et pédopsychiatrie) qui rend plus difficile l'accès aux soins notamment pour les personnes les plus précaires et les plus éloignées du système de santé
- **Déficit de recours à la prévention** pour les habitants du Pays Cévennes (dépistages, vaccinations, sexualité et contraception, éducation pour la santé etc.)

OPPORTUNITES

- Des **projets innovants** pour réduire les facteurs de risques et lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé
- **Augmentation des dispositifs temporaires de coordination de soins avec hébergement pour les personnes les plus précaires** (Appartements de coordination thérapeutique, Lits Halte Soins Santé etc.)
- **Des possibilités pour organiser des permanences avancées du CeGGID, du CLAT… dans les MSP du territoire, centres de santé, centres sociaux…**
- Des actions partenariales sont mises en place pour des **journées de dépistages et d'information en direction des publics vulnérables.**

Focus sur les personnes exilées

Personnes vulnérables
Précarité

- CMPEA
- Hôpital de jour La Rose Verte
- CMS CD30, PMI, ASE
- CAMSP

ENFANTS

- Des **signes de traumatismes** manifestes chez les enfants
- Une résilience plus spontanée que chez les adultes
- **Peu d'enfants orientés** et pris en charge en pédopsychiatrie
- L'hôpital de jour peu interpellé sur ces questions de souffrance psychique des enfants en situation d'exil par le milieu scolaire.
- Des difficultés d'orientation vers les structures spécialisées
- Importance du **rôle des enseignants** dans l'adressage mais manque de visibilité et/ou de communication pour l'orientation vers l'hôpital de jour, et les services spécialisés.
- L'interprétariat est moins un problème que pour les adultes : la **communication est développée par d'autres biais** dans le cadre de l'accompagnement en pédopsychiatrie.

- Associations : Secours Catholique, La Cimade, Collectif Solidarité Migrants, La Clède...
- CMP Adolescent / - CMPEA
- CMS CD30, ASE-STI, SST
- PJJ, MECS

ADOLESCENTS / MINEURS NONS ACCOMPAGNÉS / JEUNES MAJEURS

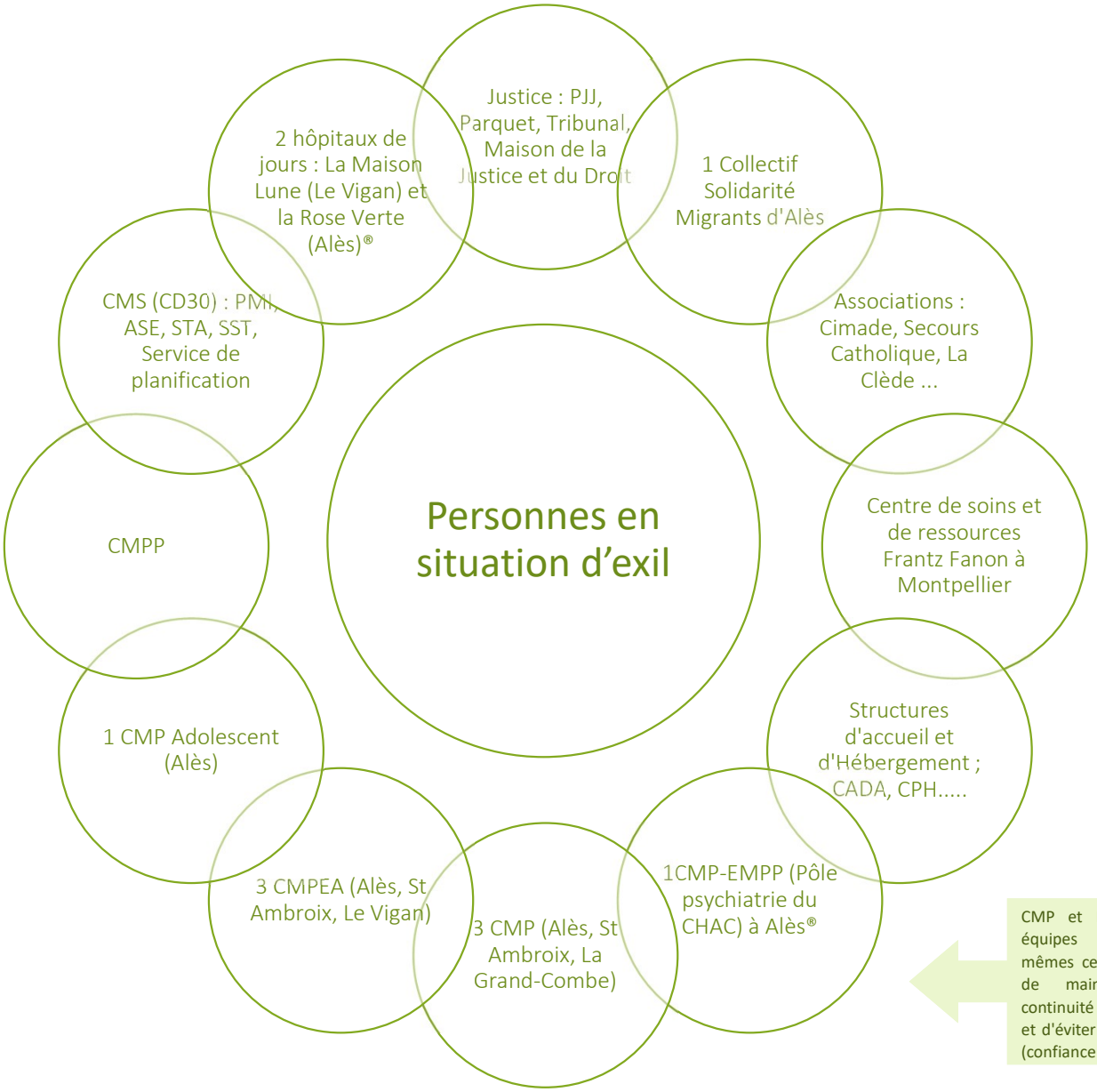
- Des **situations complexes et particulières** liées au parcours migratoire ou au vécu dans le pays d'origine
- Des situations de stress post-traumatique
- Des jeunes brisés par l'expérience de leur parcours migratoire
- Une **situation préoccupante** des mineurs non accompagnés
- L'expérience du placement est vécue comme une souffrance souvent silencieuse et préoccupante
- La pédopsychiatrie est confrontée à **des troubles du comportement ou à des problèmes d'adaptation dans le milieu familial ou scolaire**
- La Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) est peu saisie pour des faits de délinquance
- Flou juridique sur le passage de statut de "mineurs non accompagnés" au statut de "jeunes majeurs"
- L'absence de relais entre les institutions
- **Peu de dispositifs spécifiques** avec principalement des actions de la société civile

- Associations : Secours Catholique, La Cimade, La Clède, ESFAEC (Ecole sans frontière Alès Cévennes), Collectif Solidarité Migrants
- CADA- CPH Association La Clède
- EMPP - CMP
- Centre Franz Fanon

ADULTES

- Des situations complexes et particulières liées au parcours migratoire ou au vécu dans le pays d'origine
- Des **situations de stress post-traumatique** /Souffrance psychologique prégnante dans les accompagnements de demandes d'asile au CADA
- Des difficultés liées à la barrière de la langue
- **Des freins à l'accès aux soins** : difficultés pour décrire les symptômes, comprendre le médecin, prendre rendez-vous, comprendre l'organisation du système de soins et connaître l'offre de soins
- Difficultés pour trouver des **solutions de logement et particulièrement pour les familles avec enfants**
- CMP-EMPP confrontés à des personnes qui développent **des troubles psychiques** (névroses etc.) suite à un traumatisme plus ou moins récent
- Un **accès difficile aux dispositifs de droit commun**, et quand ils y parviennent, les soins ne sont pas toujours adaptés à leurs besoins.
- **Difficulté d'accès aux soins somatiques** par manque de médecins et de spécialistes

RESSOURCES LOCALES *(LISTE NON EXHAUSTIVE)*



CMP et EMPP : les équipes sont les mêmes ce qui permet de maintenir une continuité dans le soin et d'éviter les ruptures (confiance etc.)

Dispositifs de mise en œuvre du CLS :

- Réseau santé vie sociale
- Réseaux Santé mentale, addictologie, périnatalité-petite enfance
- Atelier Santé Ville

Focus sur les violences intrafamiliales

Personnes vulnérables
Précarité

Les Violences Intrafamiliales dans le Pays Cévennes

- En 2022, le parquet d'Alès* a **engagé 400 procédures** pour violences au sein du couple :
  - 163 procédures ont été classées sans suite,
  - 219 auteurs ont reçu une réponse pénale
- En 2023, le commissariat d'Alès* **a enregistré 200 plaintes** pour violences intrafamiliales, les services de gendarmerie en enregistrent autant en zone gendarmerie. **Soit plus d'1 plainte par jour pour violences intrafamiliales sur le territoire.**
- **192 situations d'auteurs de violences** suivies par le CPCA de la Clède** :
  - **16 stages de sensibilisations réalisés (150 hommes et 12 femmes)**
- Les services PMI sont très régulièrement confrontés à des situations de violences intrafamiliales
- 70 % des enfants placés dans les MECS** du territoire sont victimes de violences conjugales
- La PJJ fait part d'un **nombre important de mesures judiciaires concernant la problématique des violences conjugales**

« L'entrée **dans le parcours commence au moment de l'accueil de la victime, de l'écoute.** Les professionnels qui interviennent dans le **parcours des victimes de violences intrafamiliales sont nombreux et l'entrée dans le parcours peut être réalisée par tous, de la place qu'ils occupent.**

Du côté des professionnels

- **Mobilisation importante des professionnels** sur les temps de formation/sensibilisation qui reflète l'intérêt et l'inquiétude des professionnels sur ces questions
- Besoins de **se connaître entre acteurs,** de connaître les ressources existantes
- **Besoin d'étayage** légitime **pour les professionnels** qui interviennent dans la prise en charge et l'accompagnement de personnes victimes de violences conjugales
- **Essoufflement des professionnels dans les secteurs dits « semi-ruraux »**

Des besoins d'articulation et de circulation des informations entre les acteurs

- Disparité des réponses de premier accueil et des orientations
- **Manque de visibilité des ressources pour les victimes :** lieux, dispositifs et personnes clefs auxquelles s'adresser en première intention.
- **Manque de détection des enfants victimes** et impactés
- Manque de consensus entre les acteurs de la justice (juges aux affaires familiales, juges des enfants)
- **Difficulté d'échange d'informations entre les institutions :** la localisation des intervenants sociaux, médico-légaux, judiciaires entre Nîmes et Alès ne facilite pas la bonne circulation et la transmission d'informations entre professionnels

Du côté de la prise en charge des auteurs

- La **création du CPCA** (Centre de Prise en Charge des Auteurs de Violence) en 2022 permet une ressource locale précieuse de prise en charge et de suivi des auteurs
- **Manque de place d'hébergement pour les auteurs de violence (1 place à Alès)** ce qui favoriserait l'éviction du conjoint violente et permettrait à la victime de rester dans son logement évitant un parcours administratif et émotionnel très complexe et chaotique

*Chiffres N.Welte procureure adjoint, juin 2023, commissariat d'Alès septembre 2024

**Chiffres Association La Clède juin 2023, MECS de Clarence septembre 2024

Focus sur les violences intrafamiliales

Personnes vulnérables
Précarité

Une dynamique ancienne qui mobilise de nombreux acteurs et a amélioré les prises en charge …

Dynamique partenariale sur la question des violences conjugales et intrafamiliales depuis 2005 accompagnée et animée par le RSVS et le Réseau périnatalité (dans le cadre du Programme Local de Santé). Cette dynamique rassemble de nombreux acteurs locaux et s'inscrit dans un processus de décloisonnement des secteurs (libéral, hospitalier, associatif, institutionnel) et des champs d'intervention (sanitaire, social, médico-social, justice, ordre public et sécurité etc.)

Depuis 2013, on note :

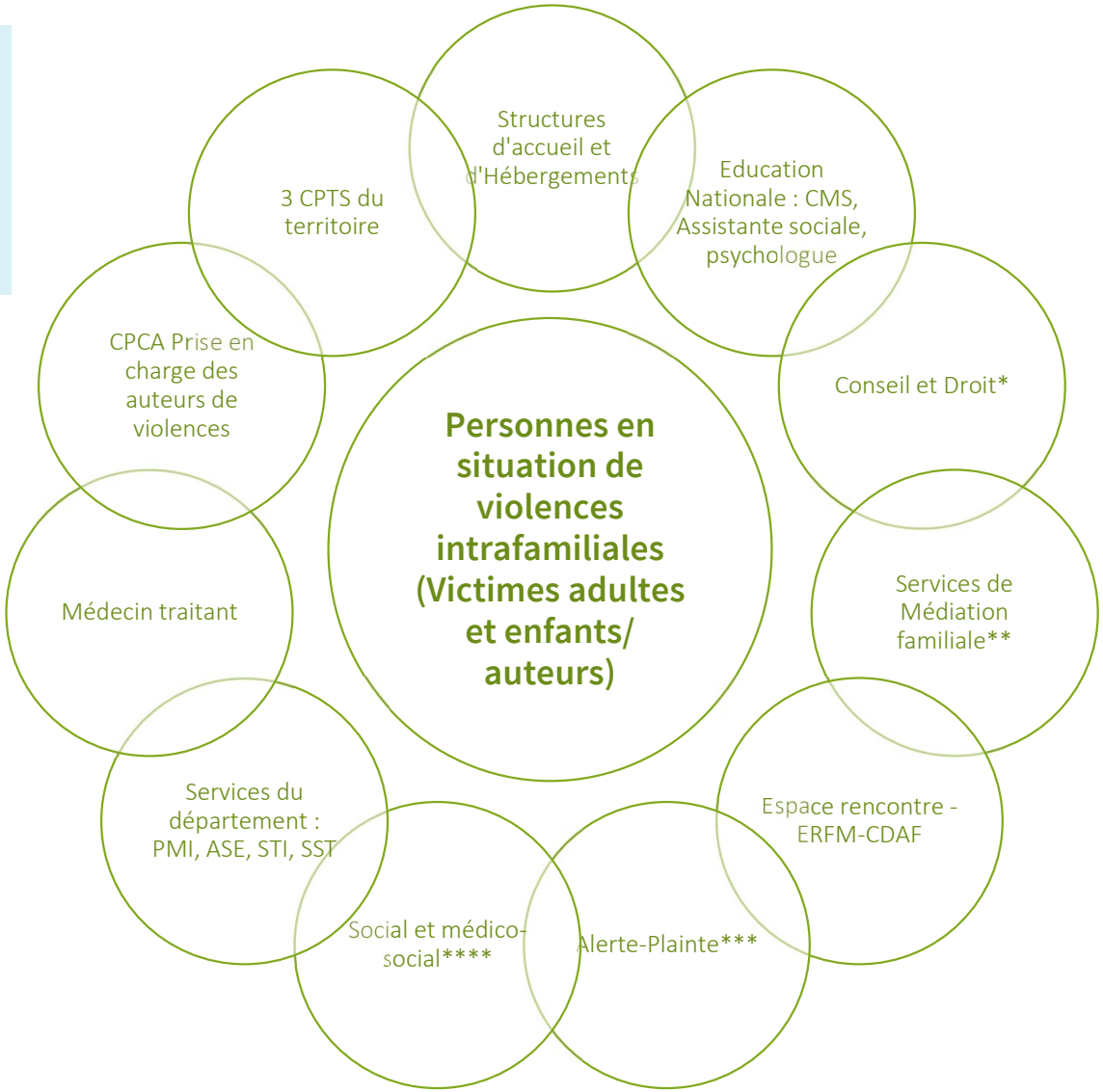
- Une **amplification de la participation des acteurs du territoire**
- **Une forte mobilisation des professionnels dans la participation à l'espace de concertation technique VIF Cévennes**
- Une **diversité des secteurs d'activités impliqués** dans la dynamique (social, médico-social, médical, justice, forces de l'ordre etc.)
- Une **évolution et diversité des types d'actions** engendrés par cette dynamique : **production d'outils** à destination des professionnels, mise en place de sessions de **sensibilisation/d'information** à destination des professionnels, travail de **développement d'une culture commune** et de **repérage des acteurs** entre eux en faveur d'une **meilleure articulation des dispositifs, et d'une meilleure lisibilité des parcours des victimes** de violences sur le bassin alésien
- Une **évolution de la dynamique partenariale** des violences faites aux femmes à la **prise en compte des enfants victimes de** violences intrafamiliales

Mais encore des manques et des besoins sans réponses…

- Des difficultés rencontrées dans l'accompagnement avec une **disparité des réponses en fonction des territoires**
- Difficulté à faire de la **prévention dans un contexte de réduction des moyens** qui met à mal le travail des professionnels
- **Peu ou pas d'établissements thérapeutiques** : une offre essentiellement centrée à Nîmes
- Un **manque de lieu d'accueil pour les mères en situation de vulnérabilité avec leurs bébés** et plus précisément pour des temps de séjours permettant un étayage conséquent et d'éviter les séparations mères-bébés.
- **Un manque de dispositifs spécialisés dédiés aux enfants,** de lieux d'écoute, d'hébergement pour les victimes, et de lieux de parole pour les auteurs
- Le **statut de victime de violences conjugales** n'est pas encore connu par de nombreux professionnels
- Encore des difficultés à obtenir **une protection rapide et claire de la mère et des enfants** victimes de violences
- Difficultés pour **prendre en compte les impacts des violences conjugales sur la santé des enfants**
- La sortie de prise en charge peut être ralentie par un **processus administratif long**

Focus sur les violences intrafamiliales : les ressources locales

Une dynamique partenariale sur la question des violences conjugales et intrafamiliales depuis 2005 accompagnée et animée par le RSVS et le réseau périnatalité en faveur d'une meilleure articulation des dispositifs, d'une meilleure lisibilité des parcours des victimes de violences sur le Pays Cévennes.



*Ordre des avocats, CIDFF, Association La Clède : Service Femmes Accueil Solidarité, Pôle Auteurs de Violences Conjugales, Maison de la Justice et du droit

**Association CEMAFOR, ADPMF

*** Police, Gendarmerie, Cellule Alerte Enfance Gard, Unité Médico-Judiciaire CHU de Nîmes

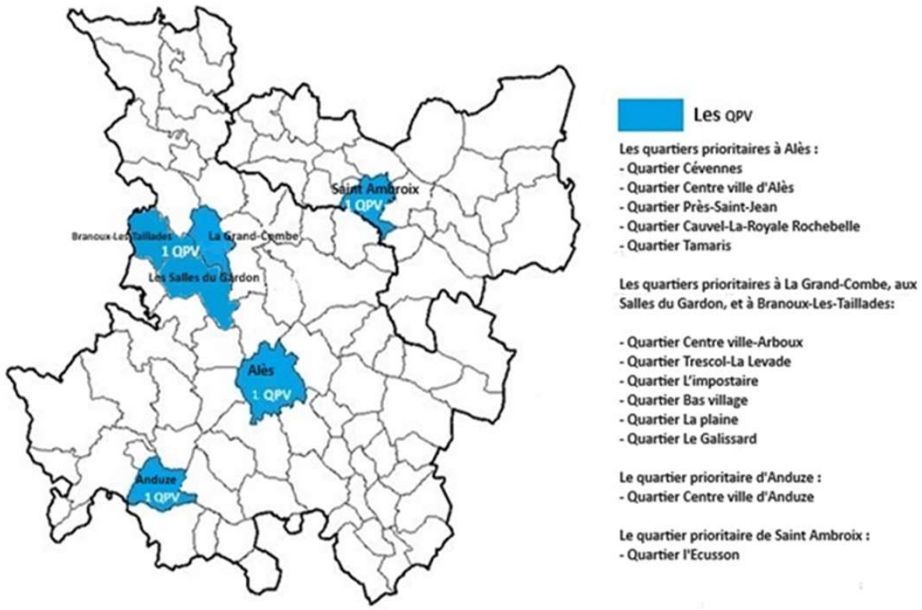
**** CMS (10), CMPEA (3) Alès, St Ambroix, Le Vigan, CMP Ado (1) Alès, Centre de planification-CHAC, Service social- CHAC, MDA, Association Avenir Jeunesse (Alès et La Grand-Combe), Association La Clède, CIDFF

Focus sur la santé dans les Quartiers Prioritaires

QPV

Personnes vulnérables
Précarité

Les quartiers politiques de la ville (QPV) sur le Pays Cévennes



Les QPV

Les quartiers prioritaires à Alès :
- Quartier Cévennes
- Quartier Centre ville d'Alès
- Quartier Près-Saint-Jean
- Quartier Cauvel-La-Royale Rochebelle
- Quartier Tamaris

Les quartiers prioritaires à La Grand-Combe, aux Salles du Gardon, et à Branoux-Les-Taillades:

- Quartier Centre ville-Arboux
- Quartier Trescol-La Levade
- Quartier L'impostaire
- Quartier Bas village
- Quartier La plaine
- Quartier Le Galissard

Le quartier prioritaire d'Anduze :
- Quartier Centre ville d'Anduze

Le quartier prioritaire de Saint Ambroix :
- Quartier l'Ecusson

Constats généraux

D'après les données du profil santé « Quartiers prioritaires de la ville » de 2016, les **Quartiers Prioritaires Politique de la Ville** (QPV) situées sur le Pays Cévennes (voir carte ci-contre) se caractérisent par **une situation sanitaire** parmi les **plus défavorables**.

Les **indicateurs de mortalité** sont parmi les **plus élevées** du Pays Cévennes, et sont à des niveaux bien supérieurs aux moyennes nationales. La part des personnes en ALD est aussi supérieure. Les indicateurs décrivant les **déterminants sociaux et environnementaux de santé** (bénéficiaires de la CMUc, taux de pauvreté, emploi précaire, logement indigne…) permettent d'identifier une situation parmi les **plus défavorables** des communes d'Occitanie. Le **recours aux soins** auprès de médecins généralistes ou de chirurgiens-dentistes est également **plus faible.**

L'Atelier santé Ville : un levier pour l'accès à la santé des habitants des quartiers prioritaires du Pays Cévennes

L'Atelier Santé Ville (ASV), créé en 2001, est **transversal à plusieurs territoires de la politique de la ville** (Alès, Anduze, La Grand-Combe-Les Salles du Gardon-Branoux Les Taillades, Saint-Ambroix). Sa démarche est basée sur : **La proximité, le partenariat, la participation des habitants, et le partage de l'expertise de tous les acteurs d'un territoire** (élu-e-s, professionnel-le-s et bénévoles, habitant-e-s). Ses objectifs sont de :

- Faciliter **l'accès aux droits et aux soins de 1er recours** des personnes en situation d'exclusion sociale et/ou économique.
- Contribuer à la prévention de la **souffrance psycho-sociale** et à l'accès aux soins en santé mentale.
- Améliorer la prévention, le repérage, le dépistage et l'accompagnement vers le soin des personnes ayant des **conduites addictives.**
- Agir de manière précoce et préventive sur les risques de **malnutrition, de surpoids et d'obésité. A ces thématiques, s'ajoutent des thématiques prioritaires émergentes depuis 2015 :** santé des jeunes (questionnements sur l'identité de genre, la sexualité…), violences intrafamiliales et sexuelles et santé environnement (habitat indigne, cadre de vie…).
- La finalité de l'ASV est **d'adapter les dispositifs de droit commun aux particularités des territoires de la Politique de la Ville** en s'appuyant sur un axe stratégique de **santé communautaire**, basée sur la **participation des usagers/habitants.**

Focus sur la santé dans les Quartiers Prioritaires

QPV

Personnes vulnérables
Précarité

Quartiers Politiques de la Ville : problématiques spécifiques ou plutôt cumulées ?

La situation particulière des femmes dans les QPV en chiffre

- -51,1% des femmes résidant en quartier prioritaire se déclarent en bon ou très bon état de santé général, soit 16,4 points de moins que dans les autres quartiers des unités urbaines environnantes;
- 54,3% des femmes résidant en quartier prioritaire sont en surpoids, contre 37,9% des femmes hors quartiers prioritaires ;
- seulement 26% des femmes résidant en quartier prioritaire pratiquent un sport ou une activité physique de loisir, contre 45,4% des femmes hors quartiers prioritaires ;
- 54% des femmes résidant en quartier prioritaire mangent des légumes au moins une fois par jour, contre 66% des femmes hors quartiers prioritaires ;
- 45% des femmes résidant en quartier prioritaire ont eu **recours à un dentiste ou orthodontiste au cours des douze derniers mois, soit 14 points de moins que dans le reste des unités urbaines environnantes**
- 41,1% des femmes résidant en quartier prioritaire ont **renoncé à au moins un soin pour raisons financières**, soit 11 points de plus que dans le reste des unités urbaines environnantes. Bourgeois, Frédérique, et Muriel Salle. « Éditorial »,

Les Cahiers du Développement Social Urbain, vol. 76, no. 2, 2022, pp. 1-2.

https://www.cairn.info/revue-cahiers-du-developpement-social-urbain-2022-2-page-1.htm

Les problématiques liées à la mobilité

Problématiques de mobilité en termes d'accès aux soins pour les habitants, notamment ceux qui ne sont pas motorisés. Le **territoire est inégalement couvert par les transports en commun,** une problématique encore plus prégnante dans les zones enclavées.

→ Une **problématique également rencontrée par les professionnels de santé,** l'étendue du territoire implique des déplacements en voiture et des temps de trajets allongés.

La problématique de la mobilité recouvre plusieurs dimensions et ne se limite pas seulement à une absence de moyen de locomotion. Certaines personnes sont isolées sur le territoire, il est difficile pour elles de faire la démarche d'aller vers les structures de soins et qui nécessitent d'être accompagnées/guidées/orientées.

Sur le terrain les professionnels sont confrontés à des formes **d'isolement social des mères/femmes** dans les QPV. Ce phénomène d'isolement se traduit par la peur d'être en groupe, de ne pas se sentir légitime dans certains lieux de la ville, ce qui interroge sur les moyens pour faire participer les personnes à des actions collectives. C'est pourquoi **certains acteurs constituent des paliers de participation :** d'abord seul, puis petits groupes puis enfin un plus grand groupe

Focus sur la santé dans les Quartiers Prioritaires

QPV

Personnes vulnérables
Précarité

Alès : quartiers Près Saint Jean – Cévennes –Tamaris Cauvel – La Royale – Rochebelle – Centre-ville

- **Une souffrance psychosociale** : des **pathologies psychiatriques en augmentation** et ce en lien avec la **rupture et l'isolement, un mal-être et une souffrance psychique des jeunes** avec en conséquence des difficultés de scolarisation, d'échec scolaire et des troubles graves du comportement, une difficulté d'accès aux soins psychologiques en lien avec le coût, la mobilité et les représentations. Une nécessité de porter une attention particulière au soutien à la parentalité sur le versant de la santé mentale (besoin de répit, charge mentale quotidienne). Tout comme, la prévention des **risques liés aux mauvais usages des outils numériques à destination des enfants/jeunes et de leurs parents.**
- **Des difficultés d'accès aux droits santé, aux soins, à la santé et à la prévention : dues** à une méconnaissance des dispositifs et services existants, à une non-priorisation de la santé par rapport à l'ensemble des difficultés rencontrées, à une absence de médecin traitant avec un renoncement aux soins ou un accès aux soins tardif ou un recours systématique à la Maison médicale de garde ou aux **urgences.**
- **Des consommations addictives (alcool, tabac, produits)** en particulier chez les jeunes avec une difficulté d'accès aux soins spécialisés. On note également un alcoolisme féminin marqué et une corrélation des consommations addictives avec des troubles psychiatriques.
- **Des difficultés liées à la nutrition avec une alimentation déséquilibrée** et une malnutrition globale corrélée avec un manque ou une absence d'activité physique avec en conséquence, une part importante d'enfants et d'adultes en surpoids ou en obésité. La santé bucco-dentaire des enfants est dégradée (dents cariées).
- Une nécessité de **soutenir les pratiques des professionnels** afin qu'ils puissent orienter le public et s'interroger sur jusqu'où aller dans leurs pratiques.

- « Un peu plus de la moitié des habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) se déclarent en bonne ou très bonne santé. C'est moins qu'au sein des autres quartiers des unités urbaines englobantes. La santé des habitants des quartiers prioritaires se caractérise par des indicateurs plus dégradés que dans le reste de leurs agglomérations. **Plus de la moitié de la population y est en surpoids, en particulier les femmes,** et elle bénéficie d'une alimentation moins équilibrée.
- Les habitants de ces quartiers déclarent plus fréquemment **renoncer à des soins pour des raisons financières,** notamment les soins dentaires et d'optique. Par ailleurs, ils expriment plus souvent avoir une pathologie, à savoir le **diabète, l'asthme, la dépression ou l'hypertension artérielle.**
- Enfin, cette population dispose plus rarement d'une couverture maladie complémentaire, tout en étant par ailleurs plus souvent bénéficiaire de la couverture maladie universelle (CMU-C). » N. Oswald, « La santé des habitants en quartier prioritaire de la politique de la ville », Rapport annuel de l'ONPV, 2019 : 194
- http://www.onpv.fr/uploads/media_items/anct-onpv-rapport2019.original.pdf

Focus sur la santé dans les Quartiers Prioritaires

QPV

Personnes vulnérables
Précarité

La Grand-Combe,

Les Salles du Gardon, Branoux les Taillades

- **Un accès aux soins et à la prévention difficile** dû notamment à une désertification médicale, une absence de médecins spécialistes, conjugués à des problèmes de transport, à une non ouverture de droits, à des obstacles d'ordre culturel ou linguistique.
- Une **souffrance psycho-sociale et des pathologies psychiatriques avec de véritables difficultés de prise en charge** compte tenu des ressources insuffisantes. Toutefois, une intervention de l'EMPP qui constitue un réel soutien pour les professionnels du secteur.
- Des consommations addictives importantes (alcool, produits) très présentes notamment chez les jeunes.
- **Des problématiques de violences intrafamiliales, en lien souvent avec l'alcool**, avec un impact sur le développement psychologique et social des enfants et jeunes.
- Une nécessité d'accompagnement des familles en particulier avec des enfants en bas âge avec notamment le repérage de **difficultés dans la relation parents/enfants** pouvant compromettre le développement psychomoteur des enfants. Importance de la prévention des risques liés aux mauvais usages des outils numériques à destination des enfants/jeunes et de leurs parents.
- Une **discrimination et un comportement sexiste avec des difficultés croissantes au niveau des relations garçons-filles,** avec un besoin d'information important au niveau de la contraception et de la promotion des dépistages VIH-IST.

Anduze

- Une **souffrance psychosociale avec des pathologies psychiatriques qui augmentent** et ce en lien avec la rupture et l'isolement.
- Des **difficultés d'accès aux droits, aux soins et à la prévention** en lien avec des difficultés de mobilité, à une méconnaissance des dispositifs et services existants, à une non priorisation de la santé par rapport à l'ensemble des difficultés rencontrées.
- Des **consommations addictives** (alcool, tabac, produits) en corrélation avec des troubles psychiatriques.
- Une **alimentation déséquilibrée et une malnutrition** globale corrélée avec un manque ou une absence d'activité physique avec en conséquence, une part importante d'enfants et d'adultes en surpoids ou en obésité. Ces problèmes sont liés notamment à un manque d'éducation nutritionnelle avec une perte du lien social/ familial et de la transmission des savoirs faire culinaires.
- Des **problématiques d'hygiène corporelle et buccodentaire très prégnantes chez les enfants** comme chez les adultes et en lien avec des logements précaires, insalubres ou non chauffés.
- Un **besoin de soutien à la parentalité** et pour la création du lien parents-enfants dès la naissance, lien nécessaire au développement psychomoteur des enfants. Une nécessité de porter une attention particulière au soutien à la parentalité sur le versant de la santé mentale (besoin de répit, charge mentale quotidienne).
- Une **couverture vaccinale insuffisante** et une méfiance très présente vis-à-vis des vaccinations.

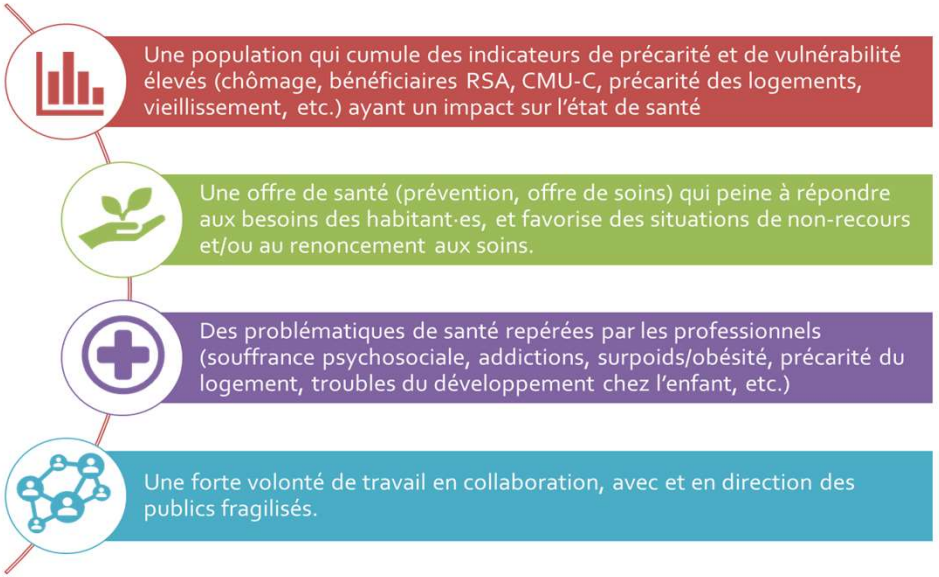
Saint Ambroix

- Une **souffrance psychosociale qui augmente et une dégradation de la santé mentale** avec des difficultés pour les prises en charge : un besoin de concertation grandissant pour faciliter l'orientation et la prise en charge des patients et éviter la déperdition d'énergie des professionnels en place.
- Des **consommations addictives très prégnantes** et ce de plus en plus jeunes (chez de jeunes parents également) avec de situations de plus en plus fréquentes d'ivresses sur la voie publique, d'alcoolisation et de tabagisme important.
- Une **nécessité d'accompagnement des familles en particulier avec des enfants en bas âge** avec notamment le repérage de difficultés dans la relation parents/enfants pouvant compromettre le développement psychomoteur des enfants
- Une alimentation déséquilibrée et une malnutrition globale corrélée avec un manque ou **une absence d'activité physique avec en conséquence, une part importante d'enfants et d'adultes en surpoids** ou en obésité. Ces problèmes sont liés notamment à un manque d'éducation nutritionnelle avec une perte du lien social/ familial et de la transmission des savoirs faire culinaires.
- Des problématiques d'hygiène corporelle et buccodentaire très prégnantes chez les enfants comme chez les adultes et en lien avec des logements précaires, insalubres ou non chauffés.
- Une nécessité de **continuer à travailler sur l'accès aux droits et aux soins en matière de santé** en lien avec la médiatrice santé de la Vallée de la Cèze.

Focus sur la médiation santé vallée de la Cèze

Personnes vulnérables
Précarité

Des problématiques d'accès à la santé bien connues des professionnels dans la vallée de la Cèze



Un appel à projet médiation santé dans le cadre du PRAPS (Programme Régional d'accès à la Prévention et aux Soins des plus Démunis) 2019-2022

Un appel à projet de l'ARS Occitanie qui vise à **soutenir,** par le biais de la médiation en santé, **le repérage l'accompagnement vers les soins et la prévention des publics précaires** (habitants des squats, bidonvilles, personnes migrantes...)

Un territoire ciblé : vallée de la Cèze (St Ambroix, Bessèges, Molières-sur-Cèze et communes limitrophes

L'association Reseda répondu à l'APP à la suite de la création d'un groupe de réflexion partagé et a porté le poste de la médiatrice santé jusqu'en 2024.

Un dispositif porté ensuite par la CPTS Entre Cèze et Gardon en Cévennes depuis 2023

Face à la pertinence du dispositif de médiation santé, un recrutement est en cours pour doter le territoire d'un.e second.e médiateurice en santé sur le secteur de La Grand Combe.

Objectifs du dispositif de médiation santé

- **Favoriser l'accès à la prévention,** aux droits et aux soins des publics en situation de précarité et de vulnérabilité
- **Lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé**
- **Accompagner les habitants** de la vallée de la Cèze pour un accès autonome aux soins et à la prévention
- **Mobiliser les acteurs de santé et du médico-social**, favoriser leur mise en réseau, contribuer à une meilleure connaissance des publics pour améliorer prise en charge, en s'appuyant notamment sur le réseau existant et déjà sensibilisé

Une médiatrice santé à l'écoute des habitants de la vallée de la Cèze

- La médiatrice santé est **à l'écoute des habitants de la vallée de la Cèze,** joignable par téléphone, elle se déplace au domicile et tient des permanences dans différents lieux partenaires
- Elle **favorise l'accès aux droits communs, à la prévention et aux soins des personnes qui s'en sont éloignées** suite aux différents évènements de la vie qui peuvent rendre les personnes momentanément plus fragiles.
- La médiatrice santé **retisse et renoue le dialogue** entre les personnes et les professionnels de santé.
- Elle peut **prendre des rendez-vous pour et avec les personnes,** elle peut également **accompagner physiquement** si cela peut être un soutien pour encourager les personnes à reprendre une démarche de soins

Favoriser l'accès à la prévention, aux droits aux soins

- Garantir un **meilleur accès à l'information**, innovant (applications, espaces ressources etc.) et accessible à tous
- Permettre aux publics **vulnérables une meilleure prise en compte de leur santé par une démarche participative** : actions de santé communautaires
- **Soutenir les professionnels qui travaillent auprès de ces publics** (actions de soutien des pratiques professionnelles en particulier ceux de première ligne (associations, travailleurs sociaux, professionnels de l'insertion, médiateurs etc.) : sensibilisation des élus et des professionnels (institutions, associations, libéraux, collectivités...), accompagnement de projets portés par les professionnels
- **Articuler le soin et la prévention** sur les plans individuels et collectifs
- **Développer la prévention et la démarche de promotion de la santé** auprès des populations fragilisées et défavorisées

2024

- Développer **la professionnalisation de l'interprétariat en santé**
- Améliorer le **parcours de soin des personnes en situation d'exil**

2028

- Soutenir les **projets de médiation santé** qui se développent sur le territoire
- Développer une **approche globale, systémique et transdisciplinaire,** en direction des personnes (victimes –adultes, enfants- et auteurs) prises dans des contextes de violences intrafamiliales.
- Mettre **au travail la question du parcours des victimes de violences conjugales** (adultes et enfants)
- Développer **l'accompagnement des auteurs de violences conjugales** en complément des dispositifs judiciaires existants

Développer et améliorer

Axe
PARCOURS

Santé Mentale - CLSM

REPÈRES

« La santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté ». *Organisation Mondiale de la Santé*

.

De ce fait et en raison de l'intrication des troubles mentaux et physiques, **l'OMS juge « l'intégration de la santé mentale dans les soins de premiers recours comme primordiale** et nécessitant une approche holistique du patient, en population générale et chez les personnes présentant des troubles mentaux. En effet **l'approche globale du patient favorise le maintien des personnes dans la communauté et leur rétablissement, la prévention des hospitalisations et la réduction de la stigmatisation et la discrimination. »**

La santé mentale, grande cause nationale 2025

Un véritable enjeu de santé publique en France – Santé publique France 2024 :

- La santé mentale représente bien plus que l'absence de troubles mentaux.
- La santé mentale fait partie intégrante de la santé : il n'y a pas de santé sans santé mentale.
- La santé mentale est déterminée par de nombreux facteurs : socio-économiques, biologiques et environnementaux, dont l'environnement de travail. Les conditions de travail sont en effet un déterminant important de la santé mentale.
- La dépression est l'une des principales causes d'incapacité.
- Environ la moitié des troubles mentaux se manifestent avant l'âge de 14 ans.

Depuis plusieurs années, les acteurs du territoire observent et signalent des évolutions inquiétantes :

- **Forte augmentation des problématiques de santé mentale**, situations complexes et troubles psychiques, notamment à la suite des épisodes de confinement lié à la crise sanitaire du COVID 19, en population générale et plus particulièrement chez les enfants et adolescents.
- **Déficit important des ressources médicales** en particulier en santé mentale, engorgement des structures hospitalières et ambulatoires, épuisement des professionnels…

Le Baromètre santé 2021 de Santé publique France met en évidence une dégradation de la santé mentale en France, un des pays qui compte notamment le plus de suicides en Europe, et particulièrement chez les jeunes et les femmes depuis 2021, année de confinement lié au Covid-19. Le nombre de passages aux urgences pour des idées ou des gestes suicidaires augmente ces dernières années et un jeune sur cinq souffre d'un trouble dépressif.

Le **suicide** représente en France **près de 10 000 décès et 200 000 tentatives de suicide par an,** soit près de 28 décès par jour. La prévention du suicide est une priorité nationale pour le ministère de la santé.

Mais, **42 % des personnes âgées de plus de 18 ans estiment que le prix** représente l'un des principaux obstacles à la consultation d'un psychiatre, psychologue ou psychothérapeute en cas de problèmes d'anxiété ou de dépression.

30 % des personnes souffrant d'un état anxieux ou dépressif ne croient pas en l'existence de solutions efficaces pour soigner la dépression.

Quelques chiffres - Profil santé CREAI ORS Occitanie Pays Cévennes

Une sur-incidence des ALD pour affections psychiatriques

INDICATEURS	PAYS DES CÉVENNES		GARD	OCCITANIE	FRANCE MÉTRO.
	Effectif	TxStd	TxStd	TxStd	TxStd
Santé mentale					
1- Recours à un psychiatre libéral	3 662	24,3	27,0	33,2	27,6
2- Admissions en ALD pour affection psychiatrique	436	292,7	302,5	283,4	237,2
3- Consommation de psychotropes :	19 653	110,6	104,3	107,2	108,8
à 0-17 ans	128	4,5	5,3	5,8	6,2
à 18-64 ans	9 089	103,9	95,4	98,1	99,1
à 65 ans ou plus	10 436	247,0	239,6	245,3	250,2
4- Suivi ambulatoire en psychiatrie adulte	3 555	28,9	21,9	24,6	25,8
5- Hospitalisation en psychiatrie adulte	735	6,0	4,5	5,1	4,6
6- Hospitalisation pour tentative de suicide	198	1,3	1,3	1,1	1,2
7- Mortalité par suicide	20	13,7	12,0	12,2	13,1

Note : les taux standardisés (TxStd) soulignés diffèrent significativement du taux de la France métropolitaine
** Effectifs trop faibles pour le calcul des taux standardisés

FORCES

- **Dynamique de réseau ancienne** (15 ans) et active sur la santé mentale avec des habitudes de travail ensemble, de concertation et de lien entre acteurs de terrain investis
- Mise en en place de **collectifs locaux, de dispositifs et d'espaces de rencontres**, d'interconnaissance, de construction et de partage d'outils, porteurs de projets de prévention, de soutien des pratiques professionnelles et bénévoles
- Un vrai travail **d'ouverture et de partenariat** de la part de la **psychiatrie publique** (notamment avec l'EMPP) malgré le manque de moyens humains.
- Des **associations d'usagers/patients/aidants** très présentes, porteuses de projets et de liens forts avec les secteurs sanitaire et social
- Soutien du **PTSM du Gard**

FAIBLESSES

- **Pénurie chronique de psychiatres et pédopsychiatres**, nombreux postes de médecins non pourvus, absence ou fermeture de lits, services de soin ambulatoire saturés
- **Manque de ressources locales sur le repérage et le diagnostic** notamment en santé mentale infanto-juvénile : des troubles mal et trop tardivement diagnostiqués.
- Des freins à l'accès aux soins persistants (difficultés d'orientation, délais de réponse et de prise en charge allongés, problématiques de mobilité, manque de ressources majorées en milieu rural, coût,...), entrainant des **renoncements aux soins**
- **Manque important de places** et listes d'attentes longues dans quasiment toutes les **structures et dispositifs spécialisés**, en particulier pour les enfants
- **Epuisement des familles et aidants** : complexité des démarches administratives, manque de solution de répit
- **Manque de formation et d'accompagnement des professionnels de première ligne** dans le repérage des problématiques de santé mentale pour améliorer l'accueil et l'orientation

Dynamique forte des 2 réseaux de santé mentale ancrés sur le territoire

Santé mentale très dégradée de la population, situations très complexes, professionnels en souffrance

Manque de ressources médicales et de places en structures spécialisées, besoin de formation en santé mentale

CLSM, nouveau cadre structurant pour les projets du territoire

- Poursuite de **l'accroissement des troubles psychiques** en population générale
- Forte augmentation des **situations dites complexes** dans tous les champs d'accompagnement des enfants et des familles (pédopsychiatrie, protection de l'enfance, éducation nationale…)
- Accroissement des **situations de précarité et d'isolement** et des **inégalités sociales et territoriales de santé** avec un impact fort sur l'état psychique des personnes, sur l'accès aux soins en particulier psychiatriques et sur les prises en charge des pathologies
- Offre de soin très impactée par des **manques sanitaires structurels** et des services de soin publics, saturés et dégradés, qui ne peuvent plus répondre à l'ensemble des demandes
- Des **professionnels de première ligne** qui se sentent **démunis** face aux nombreuses situations complexes pour lesquelles ils n'ont pas de relais
- Une forte « **usure professionnelle** » dans des secteurs en tension (sanitaire, social, protection de l'enfance, médico-social, enseignement…)

MENACES

- **Labellisation du CLSM Pays Cévennes** : Signature octobre 2024 dans le cadre du CLS4 d'articulation des politiques publiques autour de la santé mentale
- **Des projets qui aboutissent en pédopsychiatrie** (Renforcement EMPP, équipe de liaison pédopsychiatrique aux Urgences du CHAC…)
- **Financement de formations PSSM**, standard et jeune, pour le territoire
- **Développement de la Maison des aidants** - création de l'Instant répit (lieu ressource pour les proches aidants).
- **Dispositifs de médiation santé et d'appui à la coordination** DAC, Communauté 360, Dispositif Tremplin, PCPE…
- **Evolution du dispositif Monpsy** pour le remboursement de consultations psychologiques permettant une meilleure inscription des psychologues dans le dispositif et des modalités plus accessibles pour les patients
- **Groupes de travail Santé mentale** portés par les **CPTS**, création de la Maison des Colibris

OPPORTUNITES

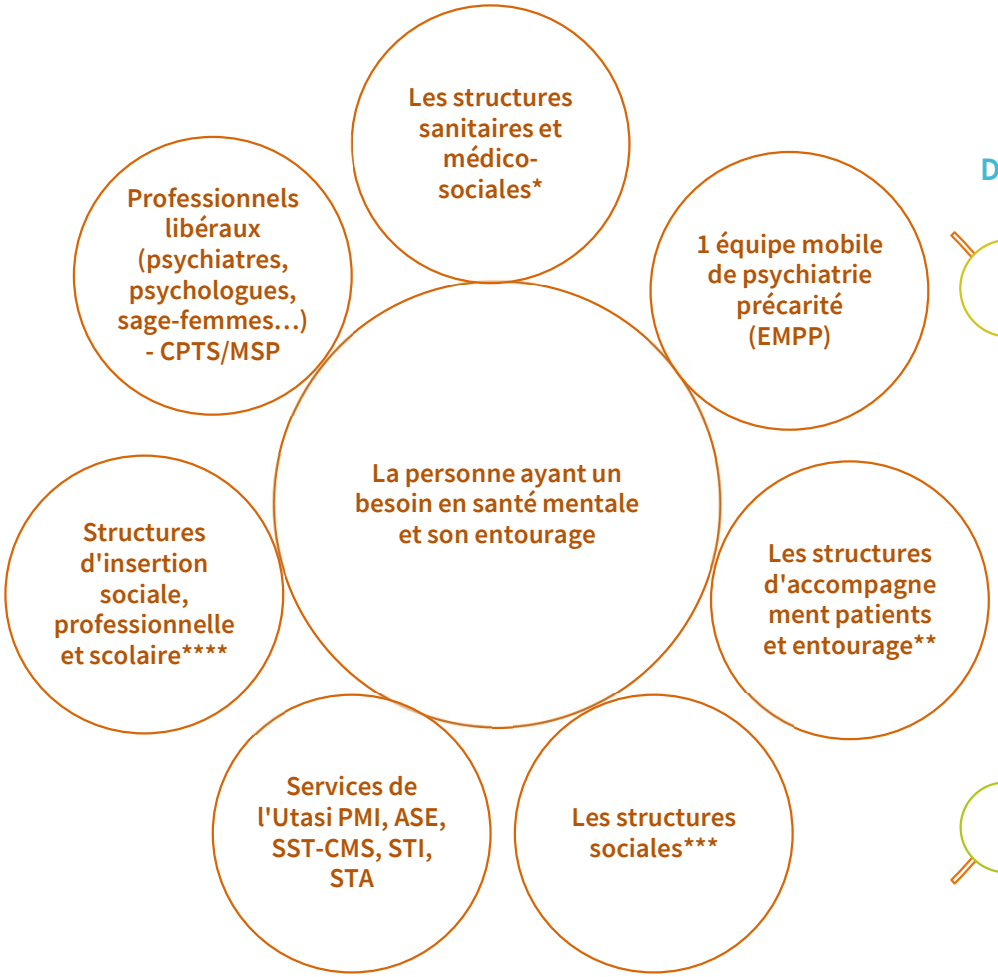
DES RESSOURCES ACTIVES ET EN INTERACTION SUR LE TERRITOIRE

*CMPEA, CMP ado, CMP adulte, Services de psychiatrie et pédopsychiatrie CH Alès, UPLU, Hôpitaux de jour Mas Chalon et La Rose verte, CH-Uzès Mas Careiron, Service Pédiatrie, Maternité, CMPP, CAMSP, PMI-RAPEH, Maison des adolescents-Arpège, MECS, ITEP, IME, IMPro, SESSAD, Associations PEPS 30, APEP (Aide et Prévention Enfant- Parents) Le vigan, CSAPA, CHAC (Urgences, maternité, pédiatrie…), MSP, CPTS, Maison des Colibris…

** Associations d'usagers (GEM L'Emeraude), CABA, SAVS, SAMSAH, SAM, associations de parents/proches (UNAFAM30, UNAPEI30, Help France – groupe de parole blablathé, TDAH France), Maison des aidants – L'instant répit, Les coups de pouce de Bruno, Apauda, Association Au cœur de nos différences, CABA, ARTES Les Olivettes, SAVS, SAMSAH (dont un TSA), SAM, MDPH, PAEJ, Dispositifs d'appui : DAC, Communauté 360, PCPE, Tremplin, PCO…

*** CCAS, Centres sociaux, associations de quartier, associations humanitaires, Maisons des familles, LAEP, MLJ, Service enfance jeunesse Alès agglo, Maison de la jeunesse, RPE…

****EN (psychologues, enseignants, enseignants référents, Coordinateurs ULIS, principaux, directeurs d'école, proviseurs, CPE, IDE, médecins scolaires, inspecteurs), CMPP, PRE, MLJ, PAEJ, Centres de formation, Ecole seconde chance, FCPE, ITEP, IME-Pro, IME, SESSAD, CIO, Service éducation CAGA, ESAT, Centre Epide, AFPA, CIDJ, France Travail, Cap Emploi, ADRH, ASPI, Raison de +, Cantine Solidaire, crèches…



Dispositifs de mise en œuvre du CLS :

- CLSM : Réseau Santé Mentale et Réseau Clinique du Lien du nourrisson, enfant et adolescent
- Réseau Addictologie
- Réseau Santé Vie Sociale
- Réseau Périnatalité-Petite Enfance
- Atelier Santé Ville
- Projet Local Alimentation Santé

Des ressources nationales et régionales

CCOMS – Centre national de ressources et d'appui aux CLSM, chargé de la coordination nationale des CLSM.

Un outil d'aide à l'orientation en santé mentale en Occitanie et dans le Gard

Observatoire régional de la santé mentale

Un outil pour améliorer la connaissance en santé mentale et en psychiatrie

Dispositif Mon soutien psy : Remboursement de séances chez le psychologue

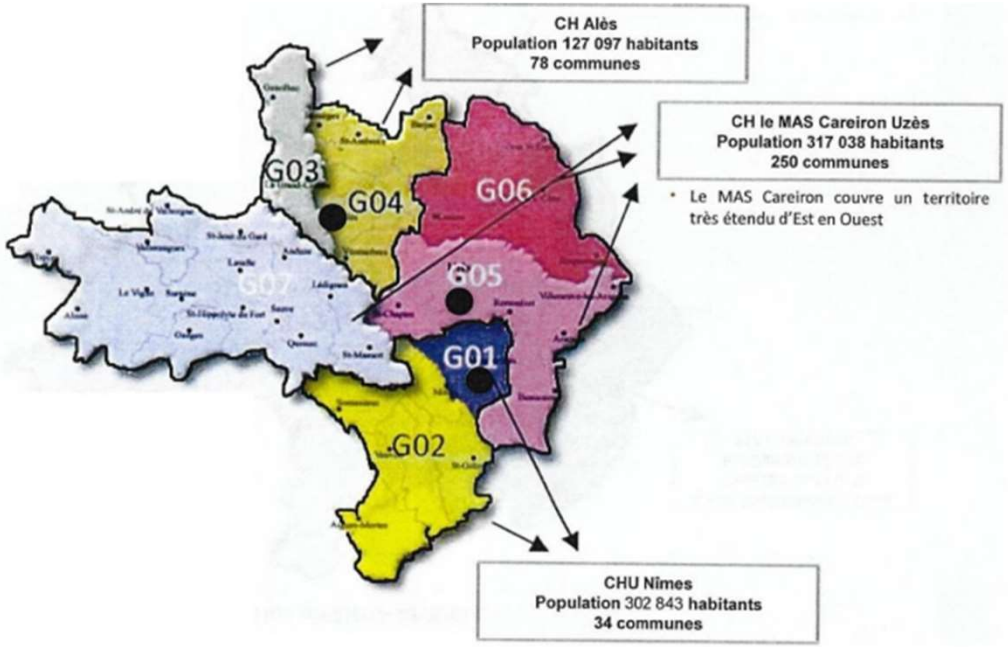
La question des secteurs de psychiatrie adulte et infanto-juvénile qui ne se superposent pas dans Gard

Une logique de découpage en secteurs complexe avec un secteur de psychiatrie adulte différent de celui de pédopsychiatrie et différents des autres secteurs sanitaires (ex : les habitants d'Anduze et communes alentour dépendent du secteur psychiatrique d'Uzès, alors que pour la pédopsychiatrie, la médecine, la chirurgie ou l'obstétrique ils dépendent de l'hôpital d'Alès).

Ces secteurs sont différents de ceux des services sociaux (UTASI, CMS, ASE, PMI), judiciaires (PJJ) et de la carte scolaire (EN).

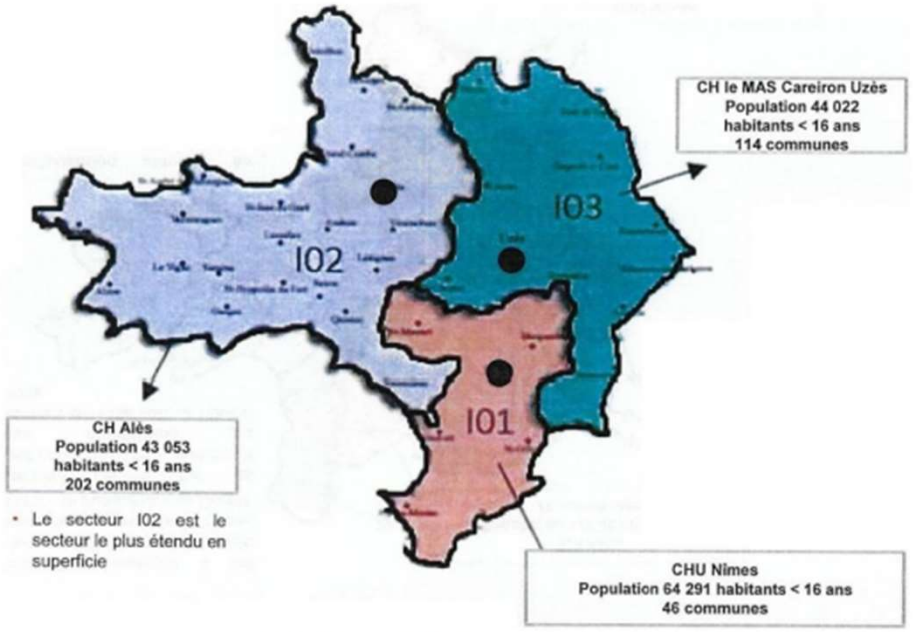
Cette mutli-sectorisation complique grandement l'accès aux soins, les suivis individuels et familiaux et les liens partenariaux.

Les secteurs de la psychiatrie adulte du Gard



Source : Guide du Gard - UNAFAM

Les secteurs de la psychiatrie infanto-juvénile du Gard



Source : ARS Occitanie-bilan santé mentale-avril 2017

Un manque de psychiatres/pédopsychiatres critique, des postes non pourvus depuis plusieurs années

En 2024 :

La psychiatrie publique

1 chef de pôle depuis octobre 2024 après vacance du poste durant 3 ans

1 ETP cadre de pôle, 6 ETP cadres de service

- **En psychiatrie adulte :**

3,5 ETP de psychiatres au lieu de 8 ETP

0,5 ETP de médecin somaticien

- **En psychiatrie infanto-juvénile :**

0,6 ETP de psychiatre au lieu de 5 ETP (pas de pédopsychiatre), renforcé à partir d'octobre 2024 à 1,6 ETP

Fermeture depuis 2018 du CMPEA du Vigan (porté par l'association du Mas Cavaillac)

Recours fréquent à des contrats de remplacement (autrefois intérim médical).

La psychiatrie libérale

Densité de psychiatres libéraux inférieure à la densité départementale : **4 psychiatres et 1 pédopsychiatre sur Anduze.**

Des **modalités d'exercice à temps partiel** pour un pédopsychiatre en cessation d'activité (0,5 ETP à la MSP de St Ambroix, 0,5 à l'ITEP).

Le secteur de psychiatrie Adulte (8 UF)

Le Centre Hospitalier Alès-Cévennes (CHAC) accueille les patients venant de la zone incluant Alès, La Grand Combe, St Ambroix et Bessèges.

Le CHS d'Uzès à Saint Hippolyte-du-Fort accueille les personnes venant de la zone incluant Anduze, St Hippolyte-du-Fort, le Vigan, Valleraugue, Ganges

Les psychiatres (3,5 ETP) **se répartissent sur tous les services et assurent la permanence des soins 24h/24h.**

- **3 unités d'hospitalisation Alès : 66 lits**
- **2 unités d'hospitalisation (situations aigues)** de 24 lits chacune soit 48 lits pour les patients entrants
- **1 unité d'hospitalisation de soins spécifiques de longue durée** de 18 lits
- + **2 places d'hospitalisation de jour et 2 places d'hospitalisation de nuit par unité**
- **1 unité de psychiatrie de liaison et d'urgence** UPLU au CHAC (nb ETP : 4 IDE, pas de médecin référent)
- **3 Centres médico-psychologiques** - CMP : Alès (nb ETP : 7,5 IDE, 1,8 psychologue, 0,5 ASH, 1 médecin), Saint Ambroix (3 IDE, 0,2 psycho, 0,30 médecin) et La Grand Combe (3 IDE, 0,2 psycho, 0,10 médecin)
- **1 Equipe mobile psychiatrie-précarité** - EMPP (nb ETP : 1,5 IDE, 0,2 psychologue, 0.1 médecin) en lien étroit avec le secteur social et les associations d'usagers – aller vers, soutien aux partenaires, faciliter l'accès aux soins ambulatoires en CMP
- **1 hôpital de jour** – HDJ Mas Chalon de 10 places matin + 10 places après-midi (nb ETP : 5 IDE, 1,2 psychologue, 1 ASH)
- **1 centre d'accueil thérapeutique à temps partiel** – CATTP (nb ETP : 4 IDE, 1 psychologue, 0,5 ASH)
- **1 service de placements familiaux thérapeutiques** (6 places en psy adulte) : ne fonctionne pas actuellement faute de familles d'accueil
- **Pas de places de gérontopsy sur le CH Alès**

Le secteur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (4 UF) :

Le Centre Hospitalier Alès-Cévennes (CHAC) accueille les patients venant de la zone incluant Alès, La Grand Combe, St Ambroix et Bessèges, St Hippolyte, jusqu'au Vigan.

Le/les psychiatres (0,6 ETP passés à 1,6 à partir de mi-octobre) **se répartissent sur tous les services.**

- **CMPEA (6-18 ans)**

Nb ETP : 3 IDE, 6,8 psychologues, 2 psychomotriciens, 6 éducateurs, 1 ASH -

Délais pour 1er RDV avec un psychiatre 6 à 9 mois.

CMPEA Nord : secteur Saint Ambroix, Les Mages, Bessèges, Génolhac, Barjac, La Grand Combe, Salindres.

File active 350 enfants

CMPEA Sud : Alès, Saint Jean du Gard, Anduze, Quissac, Lédignan, jusqu'à Brignon.

File active 250 enfants

- **CMPA (13-18 ans) Alès**

Jeunes habitants ou scolarisés à Alès - file active 300 adolescents

Nb ETP : 1 IDE, 2 psychologues, 2 ES, 1 ASH, pas de pédopsychiatre dédié)

Délais pour 1er RDV avec équipe minimum 3 semaines

- **Hôpital de jour La Rose Verte, Alès** (2 à 16 ans)

Nb ETP : 3 IDE, 3 éducateurs, 1 psychomotricien, 1,6 ASH, 1,5 psychologues. Actuellement 20 enfants en file active.

Délai pour une place : environ 2 ans.

- **Hôpital de jour Maison Lune Le Vigan - 10 places (UF Ouest)**

Nb ETP : 6 éducateurs, 1 psychologue, 1 ASH, 0 IDE, 0 pédopsychiatre

- **Pas de lits de pédopsychiatrie sur le CH Alès**, lien avec l'unité d'hospitalisation temps plein du CHU de Nîmes
- **5 places de placement familial thérapeutique enfant/adolescent** : jamais mis en place faute de médecin
- **Equipe de liaison pédopsychiatrique** depuis septembre 2024 (3 ETP IDE, 2x0,5 psychologues)

DES RESSOURCES ACTIVES ET EN INTERACTION SUR LE TERRITOIRE

Groupe d'Entraide Mutuelle GEM L'Emeraude:

Association d'usagers centrale dans le Réseau santé mentale adulte.

Structures de prévention associative accueillant des personnes en situation de handicap dans l'objectif de créer du lien social, la lutte contre l'isolement et l'inclusion dans la vie de la cité.

→ Le GEM est en besoin d'espace d'échange de pratique et de supervision pour ses professionnels.

Associations d'aidants très présentes et actives sur le territoire

UNAFAM

Association d'accompagnement par des pairs pour briser l'isolement et permettre de retrouver la force d'avancer. Elle accompagne l'entourage des personnes vivant avec des troubles psychiques et lutte au quotidien contre les préjugés et la stigmatisation liés aux maladies et au handicap.

UNAPEI 30

Association de parents et d'amis œuvrant pour la représentation et la défense des intérêts des personnes en situation de handicap intellectuel, psychique, d'autisme et de polyhandicap.

Maison des aidants Cf page 69

Dispositifs ressources de la MDA du Gard :

Lieu d'accueil anonyme et gratuit pour les adolescents et leur famille :

Equipe pluridisciplinaire : Ecoute, évaluation, orientation, soutien dans l'attente de prise en charge

Le Dispositif Avenir (Adolescents vulnérables et nouvelles interventions en réseau) permet le repérage précoce et la prise en charge du mal être et la souffrance psychique des adolescents entre 11 et 21 ans, par les professionnels de proximité. Les bénéficiaires sont des jeunes ne relevant pas d'une prise en charge en pédopsychiatrie/psychiatrie.

Le Dispositif Arpège de Clinique indirecte concertée, s'adresse à tous les professionnels concernés par le suivi d'adolescents et de jeunes adultes de 10 à 21 ans, dont la situation est empreinte de complexités, parfois synonymes de gravité, d'urgences, de ruptures. Ce réseau organise et anime des espaces inter-professionnels et inter-partenaires, de réflexion et d'élaboration sur le parcours des adolescents en situation complexe. Ce dispositif permet la coordination des différentes institutions et un repérage plus précoce des situations à risque afin d'éviter le recours systématique à l'unité d'hospitalisation temps plein du CHU de Nîmes.

Une antenne de la MDA sur Alès est attendue par les acteurs du territoire.

Education Nationale :

Enseignants et infirmiers de l'éducation nationale sont en première ligne dans le repérage et l'orientation des enfants et adolescents en souffrance psychique ou relationnelle.

A noter la baisse de recrutements pour les médecins scolaires qui sont maintenant très peu nombreux, ce qui compromet la mise en œuvre des missions de médecine préventive notamment pour le repérage des troubles du comportement.

Les médecins et infirmiers scolaires sont des acteurs essentiels de la santé publique en milieu scolaire (dès l'entrée à l'école maternelle, jusqu'au post Bac). Le plus souvent, l'infirmier(e) de l'EN est le professionnel de santé de premier recours auprès des élèves, de leur famille, de l'ensemble de l'équipe éducative. Il intervient tant au plan individuel (consultation, dépistages des maladies comme de la maltraitance, contraception d'urgence, coéducation, bien-être psychique...) qu'au plan collectif (éducation à la santé, prévention…).

Par ailleurs, faute de places, des élèves qui relèveraient d'ULIS (unité localisée pour l'inclusion scolaire permettant l'accueil dans un établissement scolaire d'un groupe d'élèves présentant des troubles et handicaps) ou d'ITEP (Institut thérapeutique éducatif et pédagogique) ou IME (Institut médicoéducatif), se retrouvent en situation de décrochage scolaire et de souffrance importante mettant parfois très à mal les équipes enseignantes et éducatives non formées et en sous-effectif pour pouvoir offrir un accompagnement adapté.

Pour la direction académique : « les professionnels de l'EN n'ont pas vocation à pallier aux manques du système de soin »

Parallèlement, suppression des postes RASED et peu à peu des psychopédagogues, postes EN au sein des CMPP faisant le lien entre l'enseignement et le suivi médico-social

Des réseaux de santé - espaces de rencontre, d'interconnaissance et de concertation :

- **Réseau santé mentale adulte (2009) et Réseau Clinique Pluri-institutionnel du Lien (2011)** animés par l'équipe de santé publique mutualisée portée par Reseda. professionnels, bénévoles, institutionnels, libéraux et associatifs des champs du soin, du social, du médico-social, de l'enseignement, de la justice…
- **Des actions partenariales** : Un collectif local SISM, des groupes de soutien des pratiques professionnels (Rencontres cliniques, Groupes d'échanges et d'analyse de pratiques en collèges, rencontres formations, colloque…), des groupes de travail thématiques (Santé mentale et travail, Précarité et santé mentale, coordination des actions de prévention au SAJE…), des actions de sensibilisations/formation, des conventions de partenariat, de projets expérimentaux et innovants, des créations d'outils support aux usagers et professionnels (Mesures de protection des majeurs : plaquette Curatelle renforcée, Forum Santé mentale et intimité, Journée Dépistage et prévention pour les publics en grande précarité…)

Problématiques en santé mentale adulte

Des **constats repérés et partagés par les acteurs du territoire** (professionnels de la psychiatrie publique adulte et infanto-juvénile, professionnels et bénévoles du social, médico-social, de l'enseignement et usagers des structures de santé mentale), **sur l'état de la santé mentale des populations, sur l'état des ressources en Santé mentale adulte et infanto-juvénile** et des ressources médico-sociales et éducatives :

- **Forte augmentation du nombre de personnes souffrant de troubles mentaux et/ou en souffrance psycho-sociale**, en lien avec les problématiques sociales, éducatives, environnementales, et le contexte socio-économique fortement dégradé, (contexte post crise COVID, vieillissement de la population, violences intra-familiales, précarisation en particulier des jeunes…)
- **Engorgement des services publics** avec des demandes et listes d'attente croissantes
- **Délais de 1er RDV avec un psychiatre en CMP de plusieurs mois** et espacement des RDV de suivi
- **Manque de places d'hospitalisation en psychiatrie**
- **Délais pour des diagnostics trop longs** : freine le repérage et la prise en charge précoces des troubles psychiques et entraine un risque de dégradation des situations
- **Des pathologies mal diagnostiquées** (Border line…)

Complexité du parcours de santé des personnes souffrant de troubles psychiatriques :

- **Difficulté d'accès aux soins psychiatriques** (attente de plusieurs mois pour un 1er RDV avec un psychiatre)
- **Difficulté générale d'accès aux soins somatiques**, majorée en cas de pathologies psychiatriques et dans des contextes de précarité, isolement, addictions.
- **Problématique de renouvellement d'ordonnances en sorties d'hospitalisation**, pour les patients sans médecin traitant

L'accès aux soins compliqués aussi par les représentations :

- **Des professionnels** (stigmatisation attachée aux problématiques psychiatriques et de précarité : des usagers rencontrent des refus de prise en charge par des professionnels et ce même s'ils sont accompagnés (cf diagnostic PTSM)
- **Des usagers** (questions santé pas considérées comme prioritaires dans leurs problématiques quotidiennes et expériences passées entrainant des réticences fortes à aller dans les structures de soin rencontrer des professionnels du soin)

- Le passage aux **urgences ou à la maison médicale de garde** devient le seul moyen d'accéder aux soins pour les personnes sans médecin.

- **Cloisonnement du système de prise en charge** somatique/psychique, sanitaire/médico-social/social, santé mentale/addictologie …

- **Complexité des prises en charge des pathologies duelles** : addictologie / troubles psychiques : mise à mal des parcours de soin (cloisonnement des services et interventions, prises en charge morcelées)

- Des situations de **stress post-traumatique chez les personnes en situations d'exil,** nécessitant une prise en charge complexifiée par les problématiques d'interprétariat

- Le **frein financier** toujours prégnant : **dispositif Mon psy*** encore peu développé sur le territoire malgré l'évolution de ses modalités de mise en œuvre pour les psychologues et d'accès pour les patients

Dispositif mon soutien psy* :

Remboursement de séances chez le psychologue sous critère d'éligibilité : Dès 3 ans, 12 séances prise en charge par l'Assurance maladie par année civile et par personne, les étudiants peuvent cumuler 12 séances supplémentaire avec le **dispositif Santé psy étudiant***

→ Annuaire des psychologues partenaire du dispositif : https://monsoutienpsy.ameli.fr/recherche-psychologue *(Plus d'information sur le site ameli.fr)*

CONSTATS DES PROFESSIONNELS SUR LA SANTÉ MENTALE SUR LE PAYS CÉVENNES

Problématiques en santé mentale infanto-juvénile

NB : Population juvénile à prendre en compte sur Alès : jeunes domiciliés sur le bassin alésien et nombreux jeunes des internats d'Alès (dont le médecin traitant n'est pas sur Alès ce qui complique leur prise en charge)

- Forte augmentation des situations dites complexes dans tous les champs d'accompagnement des enfants et adolescents présentant des troubles psychiques et des mesures d'accompagnement sociales, médico-sociales et judiciaires (pédopsychiatrie, protection de l'enfance, enseignement…)
- De nombreuses situations de violence sexuelles, une forte augmentation de situations de prostitutions des mineurs de plus en plus prégnantes, en lien notamment avec les réseaux sociaux
- Constat de plus en plus de très jeunes à la rue (mineurs ou jeunes majeurs), des situations de grande détresse avec des réponses à trop longue échéance
- Hausse des pensées suicidaires et des passages à l'acte suicidaire chez les adolescents et jeunes majeurs
- Constat de très jeunes femmes (parfois mineures) en très grande précarité avec enfants/enceintes/projet de grossesse

L'axe prévention trop souvent sacrifié faute de moyens et de temps

- Les professionnels de la psychiatrie de secteur, du fait du manque de moyens humains, ont peu de temps pour participer à la prévention et répondre à toutes les demandes : les équipes saturées par les suivis de prises en charge subissent de manière forte les situations de crises. Des situations où les équipes se retrouvent régulièrement contraintes d'intervenir à la limite de leur cadre légal pour arriver à gérer ces urgences.
- Pour beaucoup d'acteurs des réseaux : Remise en question régulièrement voire suppression du temps accordé aux actions de réseau et de prévention souvent du fait des difficultés internes aux structures : manque de personnel pour libérer du temps sur le travail partenarial et nécessité de replis sur les missions prioritaires
- Des difficultés de financement et de pérennisation de certaines actions (rencontres cliniques, groupes d'échanges de pratiques…)
- « Tous les outils de prévention (bilan vaccination, dentaire, ophtalmo…) sont devenus caduques faute de médecins pouvant les réaliser » (CMPA)

Déficit/Absence de ressources pour répondre aux demandes

- **Délais d'attente pour RDV avec un pédopsychiatre** en CMPEA, CMPA et CMPP de plusieurs mois, voire 1 année, manque de place en Hôpital de jour
- **La fermeture du CMPEA du Vigan depuis 2018**, faute de médecin, sans réorientation pour beaucoup de patients et familles qui se retrouvent en rupture de prise en charge médicale, en errance médicale et en grande détresse
- **L'absence de lits en pédopsychiatrie** entraine parfois des hospitalisations d'adolescents en pédiatrie ou en psychiatrie adulte (en chambre fermée) ce qui est très difficile pour les jeunes patients comme pour les équipes et pose des questions de légalité, de déontologie et d'éthique.
- **Absence d'Unité Mobile Ados Complexes** (EMAS), **d'Unité d'Hospitalisation Temps Plein Ado** (UHTPA) et **d'Unité Jeunes Adultes** (UJA) qui sont sur Nîmes et engorgés par des urgences : **Orientation des situations de risque suicidaire sur les urgences du CH Alès : tensions dues à l'absence de relais.** En 2023, faute de places à l'UHTPA du CHU de Nîmes, 88 jeunes ont été hospitalisés en pédiatrie (avec des sorties parfois trop rapides et retour en familles souvent fragilisées et non secure) et 14 jeunes mineurs ont été hospitalisés en psy adulte.
- **Transition entre pédopsychiatrie et psychiatrie** difficile (18-20 ans) : morcellement du suivi, changement de service et de professionnels entrainant un risque important de rupture de suivi
- **Fermeture de l'antenne d'Anduze du CMPP du Gard** en 2024 faute de médecin (risques pour les antennes de La Grand Combe, Prés Saint Jean)
- **Manque de ressources de dépistage, de bilan diagnostic et difficulté de repérage et d'accès à ces ressources** (ex : CRA sur Montpellier). L'étape du bilan diagnostic est pourtant indispensable pour une prise en charge la plus adaptée et la plus précoce des enfants.
- **Méconnaissance et difficulté de diagnostic de certains troubles** (ex : Border Line)
- L'absence de médecins traitants entraine des difficultés dans le renouvellement des ordonnances et la **non-réalisation des visites médicales préventives** aux âges charnières des enfants.
- **Le passage aux urgences ou à la maison, médicale de garde devient le seul moyen d'accéder aux soins** pour beaucoup de familles (en 2023, 253 mineurs accueillis par l'UPLU)

L'offre de soins psychiques est jugée « inadaptée aux besoins de la jeunesse » par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale en mars 2023 et nécessite d'être réorganisée.

CONSTATS DES PROFESSIONNELS SUR LA SANTÉ MENTALE SUR LE PAYS CÉVENNES

IMPACTS sur les publics

- **Dégradation des situations et aggravation des troubles non pris en charge ou trop tardivement**.
- **Renoncement aux soins en santé mentale** en population générale et accru pour les personnes ayant des pathologies psychiques et accru encore en contexte de précarité.
- **Renoncement aux soins somatiques important** pour les malades psychiatriques.
- **Tensions ressenties dans la sphère publique** avec des patients livrés à eux-mêmes sans prise en charge ou traitement.
- Le **turn-over et l'instabilité des médecins/professionnels du soin** sont problématiques dans la construction du lien de confiance inhérent à ces métiers de la relation et impactent le suivi et la stabilisation de l'état du patient avec risques de ruptures de traitement.
- Des **refus de prise en charge par des médecins** inquiets de ne pouvoir accorder le temps nécessaire au vu de la complexité de la situation et de pas avoir de relais de spécialistes
- Des **représentations négatives de la part des usagers envers les professionnels de santé** en lien avec les accueils souvent complexifiés par le manque de solutions, les tensions intra-structures, l'épuisement professionnel, le stress des patients…

« L'inclusion promue sur le plan national, repose sur les institutions qui ne sont pas en nombre au niveau local. Les parents qui ont les moyens peuvent s'adresser au secteur libéral : éducateurs, ergothérapeutes, psychomotriciens etc… Mais cela représente un coût important. » (RAPEH)

IMPACTS sur les enfants

- **Accroissement des inégalités d'accès aux soins : c**onséquences au niveau somatique, psychique, cognitif, relationnel
- Augmentation des handicaps psychiques, **troubles du neurodéveloppement (DYS, TSA, TDI, TDA-H…),** en particulier chez les enfants pris en charge par la protection de l'enfance et en contexte de précarité.
- **Délais pour des RDV diagnostics trop longs** : freine le repérage et la prise en charge précoces des troubles psychiques et entraine un risque important de dégradation des situations et des handicaps.
- **Délais de réponse des dossiers MDPH trop longs : impacte la scolarité** des enfants pour lesquels les aides retardées entrainent des « sur-handicap ». « Ces délais d'attente sont des pertes de temps et une perte de chance de récupérer les années précieuses de la petite enfance » (RAPEH).
- Augmentation des **idées suicidaires et passages à l'acte suicidaire**.
- **Accroissement des inégalités scolaires** : de plus en plus **d'élèves décrocheurs** malgré les dispositifs « anti-décrochage » mis en place dans les établissements scolaires, des relations parents-école parfois difficiles voire inexistantes, en particulier pour les familles en difficultés, allophones ou isolées, difficulté à obtenir des heures d'auxiliaire de vie scolaire – AESH. Des situations de **harcèlement** notamment via les réseaux sociaux.

Vulnérabilités familiales

- **Négligences ou carences parentales** : difficulté à répondre aux besoins de l'enfant, manque d'observance, confusion des places, absentéisme scolaire, violences intra-familiales physiques, psychologiques, sexuelles
- De plus en plus de **très jeunes** (parfois mineurs) en **ruptures familiales et à la rue, avec** pour les jeunes filles des phénomènes de **grossesses précoces, de prostitution…**
- **Violences** omniprésentes subies et/ou agies
- Des enfants exposés de plus en plus jeunes à des **conduites à risques** (utilisation des écrans - violence et pornographie, entrainant parfois des stress post-traumatique, relations sexuelles non protégées, consommations et addictions avec nouveaux produits…)
- **Surexposition aux écrans** dès le plus jeune âge (amplifié durant la crise COVID) « Des parents expriment : Il n'y a que les écrans qui les calment. » (RAPEH). Impacts observés : troubles du langage, retards psychomoteurs, troubles **des apprentissages**, de l'interaction et de l'attachement.
- **Isolement géographique et difficultés de mobilité sur les territoires,** en particulier sur le nord très enclavé, lieux de nomadisme médical
- **Isolement social,** manque de socialisation
- Familles souvent démunies face à la **complexité des démarches de diagnostic,** de reconnaissance du handicap, d'accès aux soins
- **Découragement des familles et patients** : « ce ne sont pas eux qui renoncent aux soins, c'est le soin qui renonce à eux. » (CMPA)
- Parfois **manque d'adhésion** des familles face aux prises en charge : nécessité d'accompagner d'autant plus l'acceptation du trouble/du handicap et des orientations
- **Manque de solutions de répit** pour les parents d'enfants en situation de handicap : épuisement des familles et souffrance des enfants

Vulnérabilités institutionnelles des structures sociales, médico-sociale, éducatives de l'enseignement

- **Manque de places, listes d'attentes / Offre saturée** dans les structures et dispositifs spécialisés (SAVS, SAMSAH, SESSAD, ULIS, Segpa, ITEP, IME, IMPro…), entrainant des orientations qui n'aboutissent pas et des risques d'échecs scolaires, de déscolarisations
- **Fermeture de l'antenne d'Anduze du CMPP** du Gard faute de médecin
- **Augmentation du nombre de situation par éducateur en protection de l'enfance**, manque de moyens humains pour pouvoir travailler encore en binôme : manque de temps pour faire les aides éducatives à domicile (AED transférés aux AS) et des médiatisations des visites + complexité du circuit administratif : le délai très long pour mettre en place des médiatisations impacte le lien parents/enfants
- **Représentations des familles très négatives attachées à la protection de l'enfance**, peur du placement : complexifie l'alliance parents/professionnels.
- **Manque très importants de places en familles d'accueil ou accueils provisoires** pour pouvoir assurer les mesures de placement, placements trop tardifs (après 16 ans)
- Fréquente **incompréhension/colère** des parents en cas de placement
- **Délais pour des diagnostics trop longs** : freine le repérage et la prise en charge précoces des troubles psychiques, repousse les prises en charge, **interventions trop tardives**
- **Des difficultés d'articulation et de communication** entre les différents secteurs (soin, social, médico-social) dû au manque de temps, prises en charges multiples, morcelées, fragmentées : **Manque de coordination des parcours complexes**
- Manque de médecins de PMI, de professionnels de santé scolaire affectant les **missions de repérage et de prévention dans les établissements scolaires**
- **Disparition peu à peu de certaines professions** (ex : suppression RASED, postes EN au sein des CMPP - psychopédagogues) qui faisaient le lien entre l'enseignement et le suivi médico-social
- **Fermetures de classes** entrainant une augmentation du nombre d'élèves par classes, avec de plus en plus d'élèves en situation difficile mais non diagnostiqués (association de parents d'élèves)
- **Fragilité des financements :** non pérennité des petites structures et des projets, hausse des dépenses liées aux factures énergétiques et recherche de financements chronophage, parfois au détriment des accompagnements et projets de soin

FOCUS Etude qualitative Arpège (2019-2024) sur les adolescents en situations complexes sur le bassin alésien

Menée auprès de : PJJ, ITEP, IME, Protection de l'enfance (CMS, MECS, Lieu de vie), CH (pédopsychiatrie et pédiatrie)

- **Identifications de profils d'adolescents complexes type** révélant un **cumul de vulnérabilités : au niveau individuel** (vulnérabilités somatiques, psychiques, cognitives, relationnelles…), **familial** (défaillance de la fonction parentale, négligences, carences, violences physiques, sexuelles, psychologiques…) et **institutionnel** (Manque de ressources, méconnaissance de la psychopathologie, exercice isolé/peu coordonné, fragmentation du système de soins et d'accompagnement).

Récurrences des mots pour décrire les problématiques individuelles : **« troubles, addictions, violences sexuelles, prostitution, handicap, isolement, déscolarisés, reclus, suicide, autorité, déplacements »**

2 passages plus à risques de ruptures : fin de prise en charge PMI-entrée dans la scolarisation et accès à la majorité (fin des mesures judiciaires d'assistance éducative et des prises en charge en pédopsychiatrie)

- **Identification de ressources manquantes** : pénurie médicale et de services dédiés aux adolescents complexes, antenne de la MDA30 sur Alès, entité de coordination des parcours des enfants « protégés », annexe du Foyer de l'enfance pour placement de nourrissons en urgence, dispositif d'évaluation type SIPAD (structure intersectorielle pour adolescents difficiles)
- **Identification de besoin non couverts :** besoin de penser en réseau, de connaissance de cadres, des règles et limites de l'Autre, besoin de liens interinstitutionnels de confiance et de sécurité dans sa pratique professionnelle, besoin d'être en concordance avec éthique professionnelle et valeurs personnelles, d'identité et de reconnaissance dans son accompagnement, besoin de connaissances suffisantes et actualisées adaptées aux besoins de la jeunesse
- **Repérage de leviers/innovations** : réunions interservices SST, ASE, PMI, création d'un poste sur la prévention en protection de l'enfance, organisation de l'hébergement en collectifs plus restreints, cellule synergie 1er jeudi de chaque mois au CHAC (pédiatrie, pédopsychiatrie, EN, CMP, PMI, ASE), conventions inter-structures (ex: MECS/ITEP), création de places SESSAD Renforcé, Groupes d'échanges et d'analyses de pratiques en collèges animés par le CMPP, Rencontres cliniques interinstitutionnelles et création

Impacts sur les professionnels

Face à la baisse importante de moyens humains et à la forte dégradation des situations qui ne peuvent être prises en charge avant plusieurs mois souvent, les professionnels parlent de :

- **Sentiment d'impuissance face à la souffrance des publics accompagnés** dont les situations s'aggravent entrainant une forte **« usure professionnelle », « épuisement professionnel/burn out »,** de professionnels qui se disent **« isolés », « fragilisés », « en souffrance »** dans des secteurs en tension (sanitaire, social, protection de l'enfance, médico-social, enseignement…) jugés **«sinistrés», « à bout de souffle », « métiers où les professionnels n'ont plus ni l'envie ni l'énergie d'aller »** (sanitaire, social, médico-social, enseignement…)
- **Sentiment de participer à une « maltraitance institutionnelle »** « qualité des soins très dégradée » et questionnements autour de l'éthique professionnelle et de la déontologie médicale qui se posent.
- **« Logique de tri »** et logique comptable selon des critères non définis (date de la demande/urgence/gravité des troubles…).
- **Tensions en établissements scolaires** autour d'élèves nécessitant des soins et un accompagnement spécifique de l'enseignement mais non suivis
- **Glissements de tâches dangereux** dû à la baisse importante des moyens humains allant jusqu'à l'absence de certaines professions
- **De nombreux arrêts maladie, un turn over fréquent** et des freins au recrutement (fragilisant le lien de confiance inhérent à ces métiers de la relation).
- **Difficulté de suivi par le médecin traitant** (quand il y en a un) car sans relai vers les spécialistes en santé mentale
- **Difficultés des professionnels à initier un suivi auprès des accueillis** - jeunes parents en grande précarité, avec la crainte du signalement/placement d'enfant
- **Manque d'attractivité des spécialités de psychiatrie, pédopsychiatrie, addictologie** en particulier au niveau des postes de service public (métiers en tensions en particulier sur les territoires ruraux) : difficultés de recrutement.

Les besoins exprimés pour soutenir leurs pratiques

- **Besoin de formation et d'outils en santé mentale pour tous les professionnels et bénévoles des structures d'accueil et d'accompagnement du public**, notamment les lieux publics recevant de plus en plus de personnes en situation de grande fragilité et/ou précarité.
- **Nécessité de « temps suffisant et régulier pour la pensée et pour la parole »,** individuelles et collectives, dans les structures d'accueil, d'accompagnement, de prise en charge de publics. Ce temps, indispensable pour prendre du recul sur les situations, permettre un partage de regards et laisser la place à la créativité, est trop souvent absent ou rogné en raison de **l'augmentation** de situations de crises et de la gestion de l'urgence et au profit de la recherche de solutions immédiates et à court terme.
- **Systématiser les espaces de soutien des pratiques professionnelles** type supervision ou analyse de pratiques pour les secteurs sanitaires, médico-social, social, éducatif et enseignement.
- **Besoin de temps inter-institutionnel** pour l'élaboration collective et pluridisciplinaire autour des situations (soutien à la continuité dans le parcours de soins).
- **Améliorer l'articulation et les relais en sortie d'hospitalisation psychiatrique** pour les personnes hébergées avec les structures d'hébergement.

Des points d'appui sur le territoire

Face à ces complexités, déficits, défaillances du système, les acteurs, professionnels et bénévoles, font preuve d'adaptation, de créativité, de solidarité et d'innovation pour essayer, tant bien que mal, d'offrir une prise en charge la moins dégradée possible :

- **2 réseaux de santé mentale** sur le Pays Cévennes, dynamiques anciennes et actives, initiées en 2009 et 2011 par les acteurs du territoire (notamment de la psychiatrie et des associations d'usagers et d'aidants), fortement engagés et investis dans la création d'espaces collaboratifs pour la recherche collective de pistes d'amélioration des prises en charge des populations.
- **Labellisation CLSM** : reconnaissance de la dynamique locale et renfort des projets qui émergent, se développent, aboutissent
- Lien fort et constant avec les autres réseaux de santé du territoire (Atelier Santé ville, Réseaux addictologie, santé vie sociale, santé jeunes, périnatalité/petite enfance, …) et mise en œuvre d'**actions de santé transversales**
- Une **Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP)** rattachée au CHAC facilitant l'accès aux soins en **CMP** et support important au **maillage** avec le social et le médico-social.
- Des **associations d'usagers/patients/proches** (GEM, UNAFAM, UNAPEI…) très présentes, porteuses de projets avec des liens forts avec les secteurs sanitaire et social, et qui constituent une réponse au regard des besoins d'espace de paroles et de soutien pour les patients et les familles.
- Des **actions d'information, formation, sensibilisation, prévention pluri-institutionnels et pluridisciplinaires régulières** à destination des professionnels et/ou du public (SISM, colloques, conférences, rencontres formations, rencontres professionnels et usagers, rencontres cliniques, Groupes d'échange et d'analyse de pratiques en collège, groupe d'analyse de pratique pour les responsables d'associations etc.).
- De **nombreux sujets mis au travail** en fonction des attentes des acteurs et notamment à l'occasion des SISM : accès au logement, parentalité, insertion professionnelle, accès au numérique, respect des droits, lien entre activité physique et santé mentale…
- **Des groupes de travail actifs en lien avec la santé mentale :** Travail et inclusion (mise en place de formations, de présentations partenariales, construction d'un dossier de candidature en ESAT, répertoire des professionnels référents…), Mesures de protections des majeurs, Intimité, coordination des situations autour de l'habitat indigne …
- **Le reprise du groupe de travail Ado'C** dans la continuité de l'étude qualitative menée par Arpège sur les adolescents en situation complexe et restituée sur le territoire en janvier 2024.

Des leviers face à ces problématiques

- L'axe santé mentale du CLS Pays Cévennes mis en œuvre par les 2 réseaux de santé mentale est en cours **de labellisation en CLSM**, levier essentiel pour développer les politiques de santé mentale sur le territoire.
- Le **renforcement de l'EMPP** avec notamment un 2ème poste de psychologue (2ème semestres 2024)
- **Projets CATTP pédopsychiatrique** (permettrait notamment de désengorger le CMPEA) **et de Psybus** (équipe mobile prévention et dépistage des troubles pédopsychiatriques auprès des populations les plus éloignées des soins) déposés par le pôle psychiatrie du CHAC auprès de l'ARS en 2024
- La **consolidation de la médiation en santé** (cf p85) et des **microstructures en addictologie** (cf p.111, dispositifs de proximité facilitateurs de l'accès aux soins et du maillage territorial).
- Le **développement des structures d'exercice regroupé MSP, centres de santé, CPTS portants des groupes de travail et actions en santé mentale** (groupe santé mentale ado - CPTS La Cévenole ; groupe de travail Santé mentale et addictions - CPTS ECEGEC; Maison des Colibris…)
- Des **établissements médico-sociaux résidentiels soutenant l'accès aux soins en droit commun** pour les personnes sans domicile présentant une pathologie somatique ou psychique dont la prise en charge sanitaire nécessitent un hébergement : LHSS, ACT, ACT Hors les murs.
- Le **développement de l'aller-vers et des actions hors les murs** en particulier des CMP et à travers également la reconnaissance du rôle des associations de quartiers, intermédiaires et d'insertion qui sont des supports incontournables dans le travail de lien fait auprès des personnes éloignées du soin et dans le travail d'adhésion à une démarche de santé pour ces publics.
- Le **développement sur le territoire** (à l'instar des CH de Nîmes et Uzès) du **programme BREF de psychoéducation pour les familles** (3 séances d'une heure, espace de parole libre, pour obtenir des réponses et des orientations adaptées)
- Le **développement de la fonction d'infirmier en pratique avancée (IPA)** en santé mentale pour favoriser l'accès aux soins en santé mentale et aux soins primaires pour les personnes en situation de vulnérabilité psychosociale, et être un intermédiaire soutenant des professionnels de 1er recours et des psychiatres.

LABELLISATION D'UN CLSM SUR LE PAYS CÉVENNES

Le Conseil Local de Santé Mentale

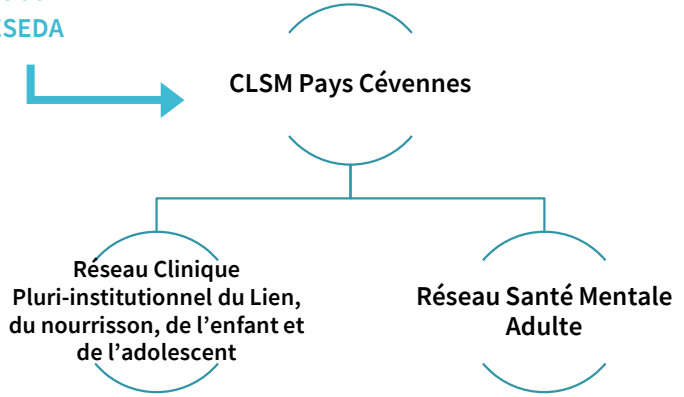
Les bases solides du CLSM Pays Cévennes : une dynamique partenariale historique légitimée par un portage politique

- L'axe santé mentale du CLS Pays Cévennes est mis en œuvre par les **deux réseaux de santé mentale (adulte et infanto-juvénile)** et **les dynamiques territoriales actives** (ASV, réseaux de santé, CPTS, DAC…)
- Les **élus fortement impliqués dans le CLS** Pays Cévennes,
- **L'ensemble des acteurs indispensables à un CLSM** sont présents dans les réseaux et mettent déjà en œuvre les **actions attendues dans le cadre d'un CLSM**

Dans la continuité du CLS, reconnaissance de l'organisation locale des réseaux de santé mentale en tant que CLSM avec une labellisation ARS Occitanie

- **Mise en lumière, consolidation et développement** de la dynamique mise en œuvre par les réseaux de santé mentale depuis 15 ans (2009 et 2011) : légitimer et renforcer l'existant
- Renforcer les **liens entre les acteurs clefs de la santé mentale : en particulier les élus, la psychiatrie publique, les usagers et les aidants** autour des problématiques locales de santé mentale
- **Renforcer une vision globale et transversale de la santé mentale infanto-juvénile et adulte** et poursuivre le travail de diagnostic et de recueil des besoins du territoire
- Renforcer **l'articulation et la cohérence entre les différents projets et dynamiques de territoire**

Axe santé mentale du CLS animé par RESEDA



Objectifs du CLSM :

- Poursuivre l'observation locale des besoins et des ressources en santé mentale
- Développer les actions de promotion et de prévention en santé mentale
- Faciliter et améliorer l'accès aux soins sur le territoire
- Favoriser l'insertion sociale, l'autonomie et la pleine citoyenneté des usagers
- Contribuer à la déstigmatisation des personnes concernées par les troubles psychiques

Signature de la labellisation CLSM en octobre 2024

Financement de formations Premiers Secours en Santé Mentale, standard et jeune, pour le territoire (nov-dec 2024)

Formateur accrédité PREMIERS SECOURS EN SANTÉ MENTALE FRANCE

LABELLISATION D'UN CLSM SUR LE PAYS CÉVENNES

Inscription dans les dynamiques locales, départementales et régionales

FERREPSY Occitanie

Membres du Réseau

Participation à la création de l'annuaire départemental Via PsY

→ Comité de pilotage

→ Apport de ressources territoriales en santé mentale

PTSM Projet Territorial de Santé Mentale du Gard

Participation au diagnostic territorial partagé et à l'élaboration du PTSM (12 fiches action)

→ Groupe de travail « Prévention et éducation pour la santé » sur les axes:

(1) « Promouvoir la santé mentale »

(2) « Coordination des parcours de santé »

→ Co-pilote avec MDA sur les fiches action:

- Favoriser la concertation, l'articulation des acteurs et le travail en réseau

- Renforcer la visibilité et l'accessibilité des ressources en santé mentale.

CPTS La Cévenole et ECEGEC

Groupes de travail «Relations pluriprofessionnelles et qualité des soins », « Santé mentale et addictions »

↔ Parcours en santé mentale, prise en charge psychologique des adolescents

→ Sevrage alcoolique à domicile

Approche transversale ASV/Réseaux

Réseaux/ CLSM

ASV : Regard diagnostic et opérationnel sur les besoins en santé mentale dans les QPV:

→Accompagnement d'actions intégrant un volet santé mentale

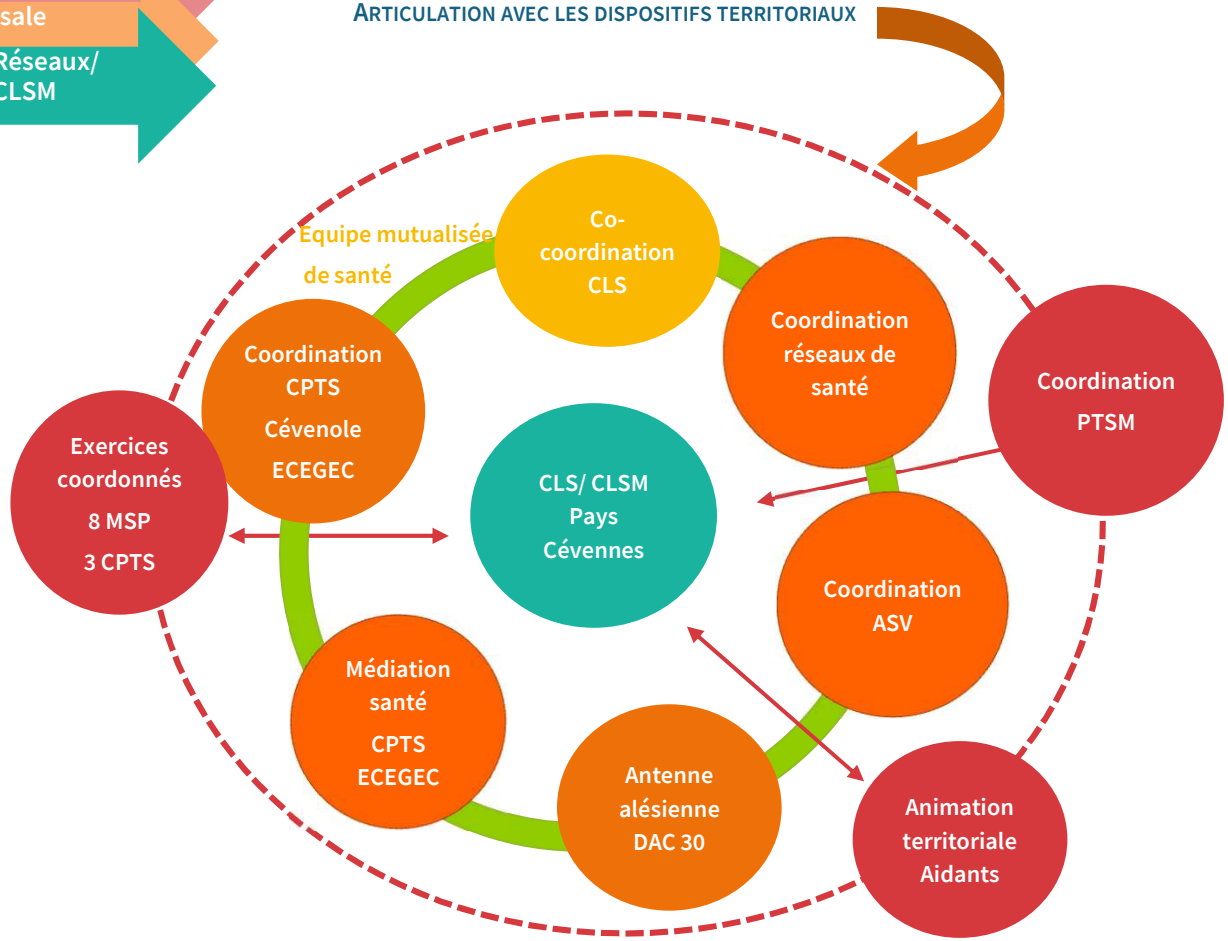
→Soutien/parentalité

→Support/pratiques pro.

→Sensibilisations / bonnes pratiques en santé mentale

Liens permanents avec les autres réseaux Addictologie, SVS, périnatalité, Santé jeunes…

ARTICULATION AVEC LES DISPOSITIFS TERRITORIAUX



FOCUS : Semaines d'information sur la santé mentale - SISM

« Les SISM sont un moment privilégié pour réaliser des actions de promotion de la santé mentale. Ces semaines sont l'occasion de construire des projets en partenariat et de parler de la santé mentale avec l'ensemble de la population ».

Semaines d'information sur la santé mentale

Evènement national créé par l'Association Française de Psychiatrie (AFP), organisé, en octobre autour de la journée mondiale de la santé mentale (10 octobre), par un collectif national coordonné par Psycom avec le soutien du Ministère de la santé et de la prévention. Les actions locales bénéficient d'un financement de l'ARS Occitanie.

Objectifs

- **SENSIBILISER** le public aux questions de Santé mentale.
- **INFORMER** à partir du thème annuel, sur les différentes approches de la Santé mentale.
- **RASSEMBLER** par cet effort de communication, acteurs et spectateurs des manifestations, professionnels et usagers de la santé mentale.
- **AIDER** au développement des réseaux de solidarité, de réflexion et de soin en santé mentale.
- **FAIRE CONNAÎTRE** les lieux, les moyens et les personnes pouvant apporter un soutien ou une information de proximité.

Un collectif SISM s'est mis en place depuis plusieurs années sur le territoire, porteur de la dynamique locale.

Membres du comité de pilotage permanent du collectif du bassin alésien :

GEM L'Emeraude ; la délégation de l'UNAFAM du Gard ; services de psychiatrie du Centre Hospitalier Alès Cévennes ; CABA (Collectif Associatif du Bassin Alésien) SAVS-SAMSAH ; Service territorialisé d'autonomie STA Cévennes Aigoual ; le SAVS L'Oustalado (UNAPEI30)…

Les SISM initiatrices de groupes de travail durables

Il découle des comités de pilotage et des actions mis en œuvre chaque année dans le cadre des SISM sur le territoire :

- Une interconnaissance et des partenariats riches et concrets
- La construction d'outils (Plaquette *Curatelle renforcée*, répertoires thématiques de partenaires, actes de conférence-débat, ex : *Être sous mesure de protection et rester acteur de sa vie*, Forum *Sur les chemins de l'intimité*…)
- De nombreux groupes de travail durables et fédérateurs au sein du Réseau santé mentale (Santé mentale et travail, Mesures de protection des majeurs, Santé mentale et intimité)

FOCUS : Exemples d'outils développés par les réseaux

Forum *Sur les chemins de l'intimité* :

Objectifs du forum :

- Offrir un **espace de rencontre** où aborder les questions liées à la **vie affective et sexuelle** pour les personnes usagères des établissements de santé mentale, sujet qui concerne tout le monde mais qui reste tabou.
- **Informer, sensibiliser, répondre aux questions** des participants sur l'intimité, la sexualité, les relations de couple…

Public cible :

Personnes usagères des structures d'accompagnement en santé mentale, **professionnels** de ces structures.

Ateliers thématiques :

- Sexualité et droits acquis
- Corps et sexualité
- Vie conjugale et mesures de protection des majeurs
- Risques internet et réseaux sociaux
- Violence dans le couple, consentement et affirmation de soi.

***Groupe de travail organisateur :**

GEM L'Emeraude, Centre ressource Intim'agir, SAMSAH – CABA, ATG 30 , UDAF 30, Vivadom Amaelles, EMPP - CHAC, UNAFAM, SAVS Oustalado - UNAPEI30, APSH30, FAS - La Clède, Planning familial, CSS – CD30, Brigade de contact itinérante - Gendarmerie…

Dispositifs d'échange et d'analyse de pratique en collège

Objectif principal du dispositif :

Permettre aux participants de partager leurs expériences autour de situations rencontrées dans leur pratique professionnelles, en particulier face aux difficultés, chercher ensemble les moyens de comprendre et d'y faire face). Proposer un apport théorique sur les sujets liés à l'adolescence.

Public cible :

Professionnels volontaires, issus des collèges du bassin alésien : enseignants, AVS/AESH, CPE, infirmières, AS, AED…

Organisation et animation des séances :

Deux groupes sont constitués depuis janvier 2020, rassemblant chacun 10 participants issus de tous les collèges du bassin alésien.

Les séances sont animées par 2 professionnelles mises à disposition par le CMPP du Gard, une psychologue et une psychopédagogue.

4 séances de 3 heures par groupe ont lieu entre décembre et juin de chaque année scolaire.

L'association Reseda gère les inscriptions et l'organisation.

FOCUS : Colloques du Réseau Clinique Pluri-institutionnel du Lien

Objectifs du colloque :

Echanger, partager, expérimenter autour des médiations créatives, médias de communication, de lien et de transmission entre l'enfant et l'adulte, en vue de soutenir l'activité, proposer des outils. Ouvrir toutes les institutions à ces expériences de soin en lien avec la créativité.

Ce colloque repose sur l'idée que la création est l'essence du soin et soutient le savoir.

Public cible :

Professionnels/bénévoles intervenant auprès d'enfants, adolescents et leurs familles, des champs sanitaire, éducatif, scolaire, social, médico-social, judiciaire, culturel…

Organisation :

La journée s'organise autour de 2 temps principaux : le temps de l'expérience et le temps de reprise de l'expérientiel autour de la parole.

A travers ces ateliers est proposée la découverte d'une posture et d'une pratique de médiation artistique qui permet de se raconter de manière détournée.

L'atelier est suivi d'un temps de discussion et d'analyse toujours en petit groupe de ce qui s'y joue.

Chaque atelier est **co-animé par un artiste/art-thérapeute et un professionnel de la santé mentale** (pédopsychiatrie, psychologue, psychanalyste, psychothérapeute…), chacun soutenant la création et facilitant la parole des participants.

Un temps de **restitution/témoignages** des ateliers en plénière est prévu en fin de journée.

Une **conférence débat** apporte l'après-midi un éclairage et étayage théorique à l'expérience des ateliers.

Les colloques depuis 2013 :

- 17 avril 2013 *Entre l'enfant et l'adulte… Désir, savoir et (re)création*
- 14 mai 2014 *Entre l'enfant et l'adulte… d'art en art, parole et (re)création*
- 4 et 5 octobre 2016 *Entre l'enfant et l'adulte… Amour, Savoir et (re)création*
- 22 mai 2019 *Entre l'enfant et l'adulte… Rêverie, trouvailles et bricolage*
- 22 mai 2019 *Entre l'enfant et l'adulte… Jeu, Création, Transformation*

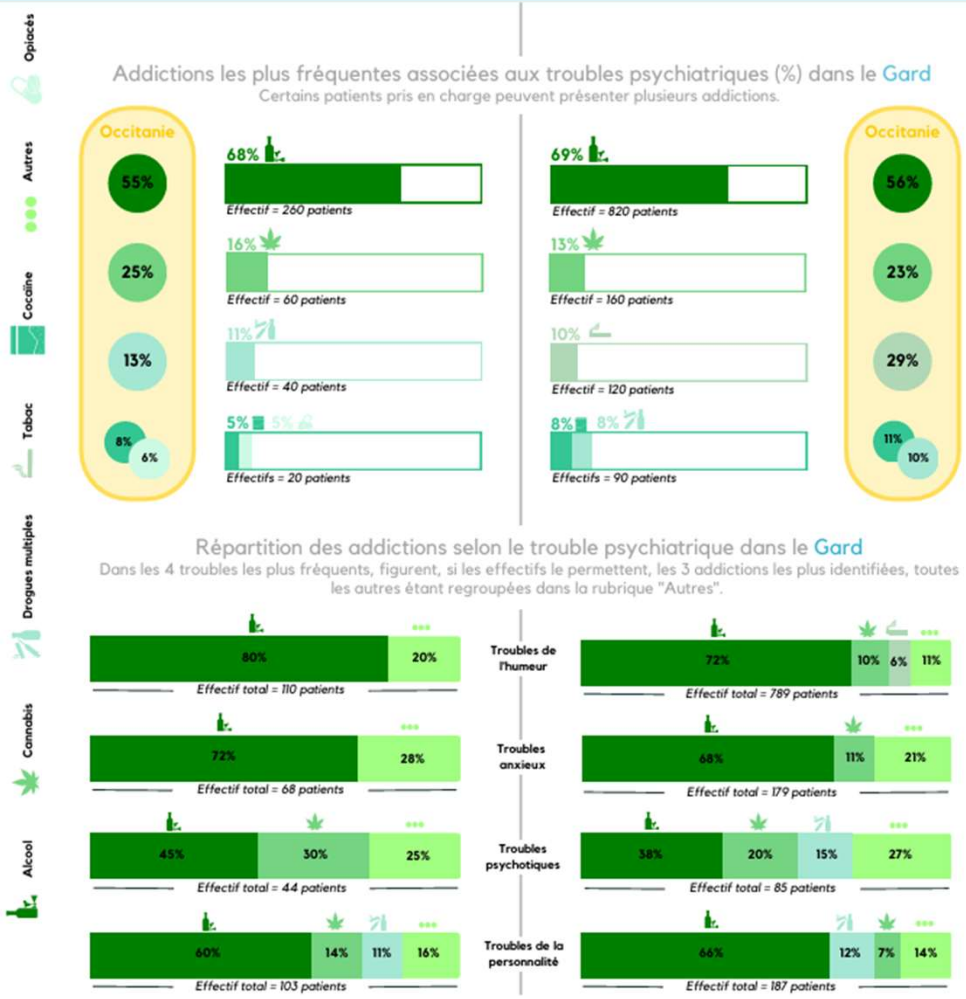
« Du bois dormant au printemps du désir, Entre l'enfant et l'adulte, jeu, création, transformation »

21 mars 2024 – Ecole des Mines d'Alès

- ✓ Matinée : 10 ateliers co-animés par un artiste et un professionnel de santé mentale
- ✓ Après-midi : Conférences -débats et restitution des ateliers

FOCUS : Les pathologies duelles – double diagnostic addictologique et psychiatrique

Les pathologies duelles sont définies comme la présence comorbide d'un ou plusieurs troubles psychiatriques et d'une ou plusieurs addictions, chez un même patient, avec apparition de nombreux processus synergiques entre les deux pathologies, qui amène à une modification des symptômes, une diminution de l'efficience des traitements et à l'aggravation et chronicisation de leur évolution. Elles constituent un enjeu majeur de santé publique et un coût sociétal important.



- **Augmentation de la prévalence des pathologies duelles ces dernières années** : de 0,7% en 2015 à 1,3% en 2021 dans le Gard.
- **22% des personnes hospitalisées** pour troubles psychiatriques dans le Gard présentaient une **addiction en 2022**.
- Selon les professionnels et la littérature dans ce domaine, **l'addiction à l'alcool** prédomine en association avec les **troubles de l'humeur, troubles anxieux et troubles de la personnalité**, celle au **cannabis** est la plus fréquente dans les **troubles psychotiques**.
- Plusieurs **facteurs** pourraient contribuer à la prévalence des pathologie duelles : situation socio-économique, offre de soin, difficulté d'accès aux soins, isolement géographique…

Récapitulatif des données sur les personnes présentant un trouble psychiatrique et une addiction et sur leur prise en charge en Occitanie et dans le Gard :

	Occitanie	Gard (30)
Nombre de personnes prises en charge pour maladies psychiatriques et présentant une addiction en 2021		
Effectif 2021	73 300	8300
Prévalence 2021	1.2%	1.3%
Personnes prises en charge pour troubles psychiatriques et présentant une addiction en 2022		
Hospitalisations - Effectifs	8250	1190
Hospitalisations - Pourcentages	24.1%	22%
Ambulatoire - Effectifs	7900	380
Ambulatoires - Pourcentages	4.6%	2%

Les acteurs du territoire expriment notamment…

- Être en difficulté face à la complexité de ces prises en charges
- La nécessité de rapprochement entre les structures et professionnels de psychiatrie et d'addictologie autour de ces situations complexes
- Un besoin de formation des professionnels de l'addictologie et de la santé mentale sur la problématique croissante des pathologies duelles.

Source : Pathologies duelles en Occitanie – Synthèse régionale et indicateurs par départements – ORSM octobre 2023

PROPOSITIONS D'ACTIONS DANS LE CADRE DU CLSM

Projets à poursuivre / mettre en œuvre

2028

- **Soutenir l'amélioration des prises en charge conjointes** des pathologies duelles psychiatrie/addictologie
- Formation et mise en place de **groupe de guidance parentale de type Barkley** au CMPEA
- **Diffusion et promotion des actions de prévention et formations** partenariales (Formation Prévention Suicide, Journées d'étude de la MDA, 2PAO, outils Viapsy…)
- **Construction et diffusion d'outils de support en santé mentale** pour les usagers et professionnels du territoire (Plaquette Curatelle renforcée, documents ressources/numérique, actes de colloques et conférences…)
- **Développement du travail partenarial autour des situations complexes** (Groupe Ado'C **(nov 2024) dans la continuité de l'étude Arpège (2019-2023) sur les adolescents en situation complexe sur le bassin alésien)**
- **Poursuite des travaux sur la filière psychiatrique**, GHT et sur la sectorisation en lien avec le PTSM
- **Mise en place de formations sur le secret professionnel partagé** pour faciliter le suivi et l'accompagnement des patients
- **Soutenir les projets favorisant le développement** de la pair-aidance :
  - création d'un GEM ado (16-25)
  - Création de lieux de vie alternatifs aux structures psy, à durée illimitée
- **Mise en place de formations sur les troubles psychiques pour les professionnels de première ligne** (PSSM + formations croisées)
- **Soutenir le développement de l'aller vers et les hébergements de stabilisation** type un logement d'abord
- **Favoriser la mise en place de consultations de diagnostic précoce et la juste orientation** dès suspicion de pathologie
- **Animation du collectif SISM du bassin alésien,** construction et mise en œuvre des actions de sensibilisation, formation, information pour tous les publics
- **Soutien aux projets d'Infirmières en Pratiques Avancée en Santé Mentale**
- **Soutien à la mise en place d'une antenne de la Maison des adolescents sur Alès**
- **Soutien à la mise en place de temps d'analyse de pratique dans les structures accueillant et accompagnant des publics (GEM, Maison de la jeunesse…)**
- **Organisation et animation d'espaces de rencontre et de concertation,** favoriser **l'interconnaissance** entre, professionnels, services et associations

2024

- **Soutien des projets en lien avec l'organisation des soins en psychiatrie :**
  - Psybus pour la prévention et de dépistage des troubles pédopsychiatriques
  - CATTP pédopsychiatrique
  - Urgences pédopsychiatriques et lits d'hospitalisation en pédopsychiatrie
  - Développer les postes d'internes en pédopsychiatrie et pédiatrie et la réalisation d'un semestre en psychiatrie pour les internes en médecine générale (1er prescripteur de psychotropes)
  - Recrutement d'un pédiatre en pédopsychiatrie
  - Travail sur la transition pédopsychiatrie / psychiatrie adulte (18-20 ans)

Projets à construire /soutenir

- **Poursuite des actions en place** : groupes de soutien des pratiques professionnels (Rencontres cliniques, Groupes d'échanges et d'analyse de pratiques en collèges, rencontres formations, colloque…) et des groupes de travail thématiques (Santé mentale et travail, Précarité et santé mentale, coordination des actions de prévention au SAJE…) et des groupes de travail sur la création d'outils support aux usagers et professionnels (Mesures de protection des majeurs : plaquette Curatelle renforcée, Forum Santé mentale et intimité, Journée Dépistage et prévention pour les publics en grande précarité…)

Axe
PARCOURS

Addictologie

Des habitudes de vie et des comportements à risques qui impactent la santé de la population et concernent toute la population

En France, chaque année, **la consommation de tabac** est responsable de **75 000 décès par an** (dont 45 000 décès par cancer), **l'alcool de 41 000** (dont 16 000 par cancer) et les **substances psychoactives illicites de 1 600 décès**.

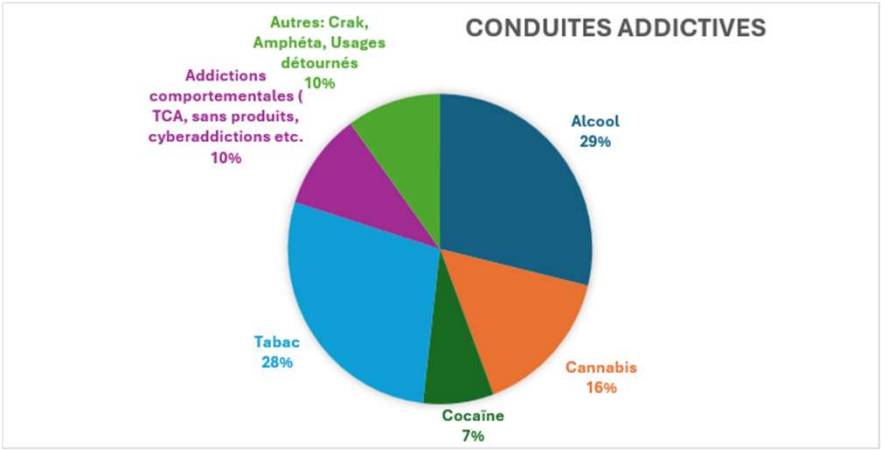
Selon l'OFDT, **27% de la population adulte présenterait une addiction au tabac** et **8% un risque chronique d'addiction à l'alcool** et l'usage problématique ou la dépendance au **cannabis concernerait 7% des adolescents**.

Selon le Baromètre de Santé publique France 2021, l'Occitanie est :

- la région métropolitaine où la part des consommateurs quotidiens d'alcool est la plus élevée.
- la **première région française avec la part la plus importante de consommateurs quotidiens d'alcool** dans sa population
- la **seconde région avec la prévalence de tabagisme** quotidien la plus élevée (28,5%)
- la **deuxième région de France métropolitaine où la prévalence du tabagisme quotidien chez les 18-75 ans est la plus élevée**

Culturellement très ancrée, la tradition festive du territoire touche tous les âges et tous les milieux sociaux et l'alcool y tient une place coutumièrement centrale. Ces consommations sont aujourd'hui fréquemment associées chez les jeunes à celles d'autres produits psychoactifs (cannabis, cocaïne et crack…) et à des addictions sans substances en augmentation (cyberaddictions, jeux d'argent…).

Répartition des conduites addictives données CSAPA Addictions France



Des surmortalités significatives liées à des comportements à risque

La consommation d'alcool est un facteur de risque de pathologies à l'origine de 69 décès en moyenne chaque année dans le Pays Cévennes. À structure par âge comparable, cette mortalité ne diffère pas de façon significative de la mortalité nationale.

De même, la consommation de tabac est un facteur de risque de pathologies à l'origine de 270 décès en moyenne chaque année parmi les habitants du Pays Cévennes (dont 102 par cancer du poumon) ; à structure par âge comparable, on note une surmortalité significative dans le Pays comme dans le département. *Données - Profil santé CREAI ORS - Pays Cévennes*

FOCUS Alcool : Santé !

D'après la consultation jeunesse « droits de l'enfant » de l'Unicef, 17 % de jeunes disent consommer de l'alcool et avoir été en situation d'ivresse; 23 % disent avoir été sollicités pour consommer de la drogue et près de 8 % pour en diffuser ; 9,7 % d'entre eux en ont déjà consommé.

Dans les départements du Gard et de la Lozère, le taux standardisé de mortalité due aux principales pathologies directement liées à l'alcool chez les hommes était plus de 20% supérieur à celui de la région et proche du taux régional pour les femmes, (avec 9.8 contre 9 pour 100 000 habitants).

Le Gard est considéré comme un « territoire fragile en matière de santé liée à la consommation d'alcool, comparativement aux autres départements de la région ».

Publicité et jeunesse

30,7% de jeunes de 17 ans déclarent une exposition à la publicité pour l'alcool via internet de façon hebdomadaire ou quotidienne.

86% des adolescents se souviennent avoir vu ou entendu une publicité pour une boisson alcoolisée.

22,9% des adolescents disent avoir ressenti l'envie de consommer la boisson mise en valeur par la publicité

Source : Expertises collectives INSERM : Conduites addictives chez les adolescents, 2014 ; Réduction des dommages associés à l'alcool, 2021

FORCES

- **Dynamique de réseau ancienne et active depuis 30 ans** sur les questions d'addictologie entre acteurs de terrain (professionnels, bénévoles, institutionnels, libéraux et associatifs) visant à partager des problématiques locales et améliorer l'accès aux soins et à la prévention et la prise en charge des personnes.
- Des **groupes de travail** qui organisent la concertation, construisent des projets de prévention, soutiennent les pratiques des professionnels et bénévoles.
- Mise en en place **d'espaces et dispositifs de rencontres, d'interconnaissance, de construction et/ou de partage d'outils collectifs**, sensibilisations/formation inter-structures et pluridisciplinaires, conventions de partenariat
- **Réduction des risques et des dommages** RDRD bien en place, les anciens usagers sensibilisés

FAIBLESSES

- Une **précarisation** des publics qui conduit au **non-recours** ou au **renoncement aux soins généraux et plus spécifiquement en addictologie**
- Des **structures** d'accueil, d'accompagnement, d'hébergement **mises à mal** et fragilisées par des **situations dites complexes faute de moyens** humains et financiers suffisants.
- Des **liens partenariaux à développer et à consolider** pour la prise en charge des situations complexes et des publics spécifiques : jeunes en situation de décrochage scolaire qui sortent des radars, femmes avec enfants et/ou en situation de violences intrafamiliales, patients psychiatriques, …
- **Manque de moyens pour les missions de prévention**

Un réseau dynamique de professionnels engagés

Un déficit d'offre de soins et des structures fragilisées par un manque de moyen humains et financiers

Des projets collectifs et pluri-partenariaux soutenants

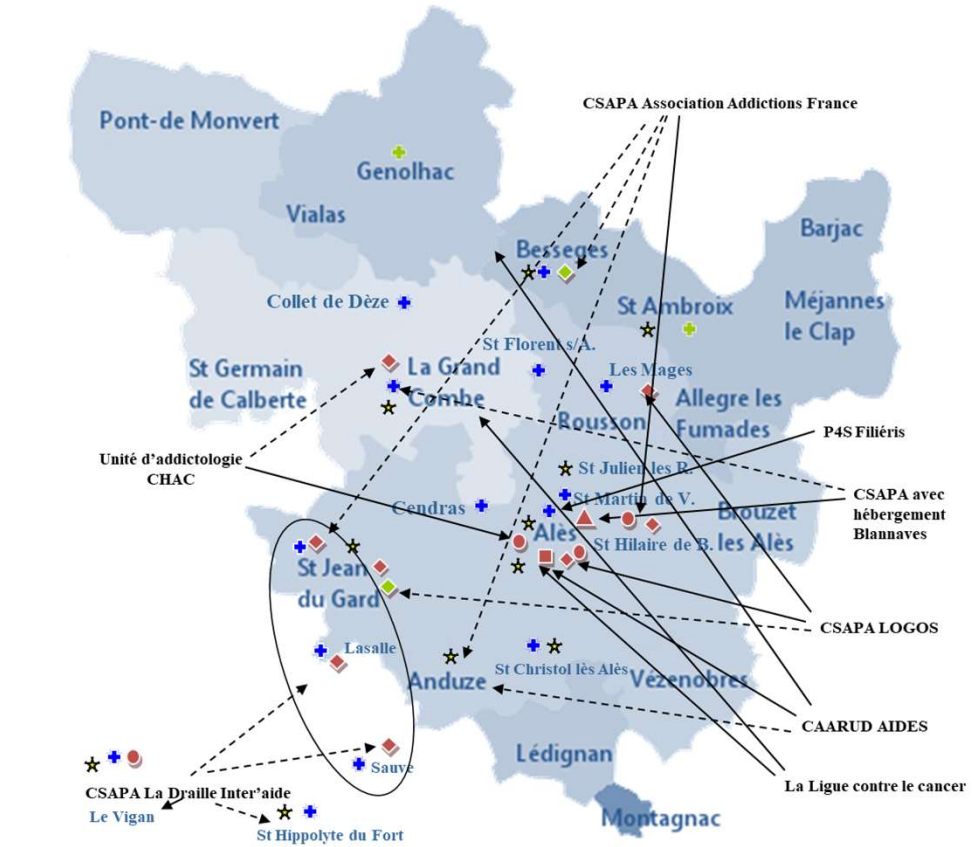
MENACES

- **Dégradation globale de l'offre de soins de 1er recours** sur le territoire impactant le repérage et l'orientation des problématiques addictives.
- **Difficultés de recrutement** sur les structures spécialisées en addictologie liées à la forte pénurie de médecins psychiatres et addictologues.
- **Inégalités d'accès aux soins de santé** accrues en particulier pour les personnes les plus vulnérables et éloignées des soins.
- **Jeunes publics et consommateurs** pas suffisamment sensibilisés à la **RDRD**.
- **Nouveaux produits** (Protoxyde d'azote, GHB…) pouvant entrainer des troubles psychiatriques, neurologiques et somatiques lourds…

OPPORTUNITES

- **Des professionnels des structures d'addictologie relativement stables**, malgré un certain turn over, permettant une continuité dans les actions partenariales (journées de dépistages et d'information en direction des publics vulnérables).
- **Des dispositifs d'aller vers pour les populations éloignées des soins** : microstructures, consultations avancées, permanences en accueil de jour
- Des liens étroits entre les **structures spécialisées** et la **médiatrice santé** sur le Nord du territoire
- **Les espaces de concertation Addictologie/Psychiatrie/Précarité**
- **Des groupes de travail initiés sur des projets d'addictologie au sein des CPTS** (Sevrage alcoolique à domicile de la CPTS La Cévenole)

LES RESSOURCES EN ADDICTOLOGIE DU PAYS CÉVENNES



- CSAPA / ELSA
- CSAPA avec hébergement
- CAARUD
- Consultations avancées
- CJC
- Micro structure
- CMS
- Structures de soins de 1er recours: MSP, pôles de santé, centres de santé
- Projets MSP, pôles santé, regroupements de professionnels
- CPTS
- Local
- Permanences, consultations avancées, actions mobiles ...

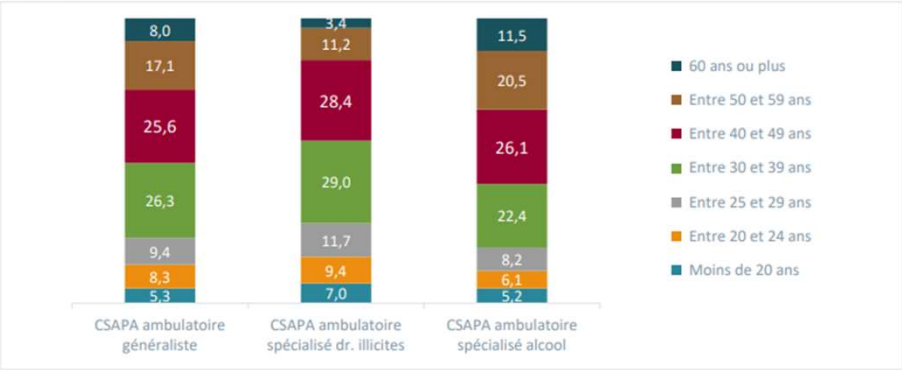
AASA: appartement d'accueil à seuil adapté
AERLI : accompagnement et éducation aux risques liés à l'injection
CAARUD: centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues
CJC: consultation jeunes consommateurs
CMS: centre médico-social
CSAPA: centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CTR: Centre thérapeutique résidentiel
CPTS: communauté professionnelle territoriale de santé
ELSA : équipe de liaison et de soins en addictologie
IDEL: infirmier diplômé d'état libéral
MSP : maison de santé pluri professionnelle
RDRD : réduction des risques et des dommages
SAAD : sevrage alcoolique ambulatoire à domicile

LA PRÉVENTION ET L'ACCOMPAGNEMENT EN ADDICTOLOGIE

Un Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) est une structure pluridisciplinaire médico-sociale qui a pour mission d'assurer les actions de prévention et de soins aux personnes atteintes d'addiction.

Il offre la possibilité aux personnes ayant des difficultés liées à une ou des addictions de faire le point avec un professionnel de santé sur les problématiques qu'elles rencontrent et propose un accompagnement vers la consommation modérée, l'arrêt ou vers un traitement de substitution. Les personnes accueillies bénéficient d'une prise en charge globale, à la fois psychologique, sociale, éducative et médicale. Le CSAPA propose différents types d'approches qui peuvent être individuelles, collectives ou familiales. L'accueil de l'entourage permet aux proches d'être reçus et si besoin d'entamer un suivi régulier.

*Graphique 2. Répartition des personnes accueillies dans les CSAPA selon leur âge et selon le type de dispositif en 2022**



* 1 CSAPA généraliste n'a pas rempli le rapport d'activité de 2022
Source : Rapport d'activité des CSAPA d'Occitanie 2022 - Exploitation CREAI-ORS Occitanie

CSAPA Résidentiel - Blannaves APSA30

Un accompagnement pluridisciplinaire, socio-éducatif, psychologique, médical et paramédical, **avec hébergement** en centre collectif (8 places), en appartements (12 places, 1 place en appartement d'accueil à seuil adapté AASA), 2 places dites « bas seuil ») et en accueil familial :

→ En 2023, ce sont 43 personnes qui ont été accueillies (37 H et 9 F).

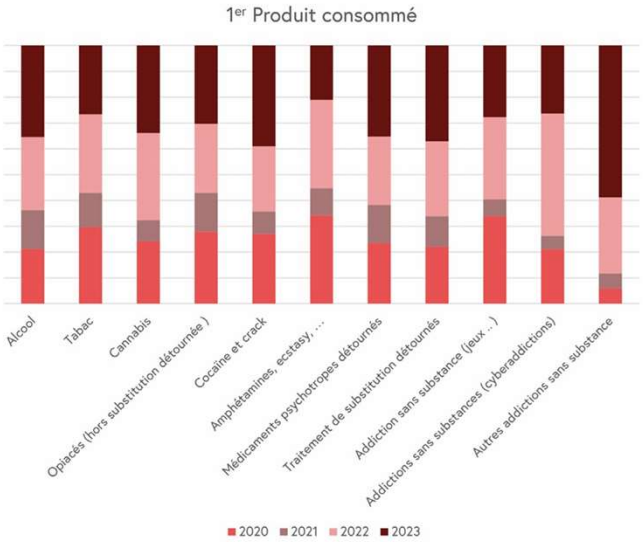
Source : APSA30 | rapport d'activité 2023

CSAPA Ambulatoire - ADDICTION France & LOGOS

En 2023 ont été accueillis (usagers et entourage) :

- au CSAPA Logos Alès, 800 personnes dont 200 nouveaux patients (44% d'augmentation du nombre de patients depuis 2020). 137 jeunes et 14 personnes de leurs entourages ont bénéficié de la CJC.
- au CSAPA Addiction France, 284 usager.e.s en file active avec 1729 RDV (essentiellement CESF et psychologue).
- Les pourcentages d'hommes et de femmes sont sensiblement les mêmes sur les 2 CSAPA : environ 75% d'hommes et 25% de femmes. LOGOS note une augmentation de 15% du nombre de femmes en 2023.
- Addiction France a réalisé 32 actions de prévention auprès de 42 structures du Gard.

Sources : APSA30 | rapport d'activité 2023 / Addictions France



→ En 2023, le 1er produit consommé par les patients du CSAPA Logos était l'alcool passant devant les addictions sans substances (cyberaddiction par exemple) qui était le plus consommé en 2022.

Source : APSA30 | rapport d'activité 2023

SOLIDARNET - Service d'inclusion numérique

- Intégration de solidarnet au sein de l'APSA 30 en décembre 2023
- Permet un renforcement de l'accompagnement des publics en difficulté (en 2023 c'est + de 700 personnes accompagnées et 216 ateliers numériques)
- Permet de développer les compétences en interne

Selon la Haute Autorité de Santé, le terme **de réduction des risques et des dommages** désigne, de manière générale, l'ensemble « des lois, des programmes et des pratiques qui visent principalement à réduire les conséquences néfastes tant au niveau de la santé qu'au niveau socio-économique de la consommation de drogues […] par les personnes qui sont incapables ou qui n'ont pas la volonté de cesser de consommer ».

18 Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour les Usagers de Drogues (CAARUD) sont implantés en Occitanie :

- 4 établissements dans le Gard
- 3 établissements dans l'Hérault
- 2 établissements en Haute-Garonne
- 1 établissement en Ariège, dans l'Aude, l'Aveyron, le Gers, le Lot, les Hautes-Pyrénées, les Pyrénées-Orientales, le Tarn ainsi que dans le Tarn-et-Garonne

La Lozère est le seul département sans l'intervention de CAARUD. Les départements du Gard, de l'Hérault et de la Haute-Garonne **concentrent la moitié des établissements d'Occitanie** (9/18).

En 2022, un minimum de 1 153 660 seringues a été distribué du fait de l'action des 14 CAARUD de la région dont on dispose des données.

Classiquement, un usager de drogue par voie intraveineuse (UDVI) peut consommer de 300 à 1 100 seringues par an. Ainsi, les 1 480 930 seringues distribuées par les 14 CAARUD couvriraient les besoins de 1 050 à 3 850 usagers en 2022.

Source : Bilan CAARUD Occitanie 2022 - CREAI-ORS Occitanie - Novembre 2023

Sur le bassin alésien, c'est le CAARUD de Aides qui intervient.

- En 2023, la file active était de 113 personnes.
- 147 permanences pour un total de 3084 passages.
- 411 Accompagnement et Education aux Risques Liés à l'Injection (AERLI)
- 116 analyses de produits.
- 4450 kits de base distribués
- 11731 préservatifs masculins, 1814 préservatifs féminins
- 406 seringues distribuées par permanence.

	Seringues	Aiguilles	Stérifilt®	Kits Crack	Roule ta paille	Seringues usagées récupérées
1er semestre 2024	33 700	26 600	8 000	2 350	2 700	24 214
1er semestre 2023	34 700	26 200	10 400	2 054	1701	33 643
Évolution 2023 / 2024	- 3 %	+ 2 %	- 23 %	+ 14 %	+ 59 %	- 28 %

Mise à disposition de matériels de prévention et de réduction des risques

Source : Caarud d'Alès

Le réseau addictologie

Développé depuis 1993 autour des **acteurs de l'addictologie mais aussi ceux de la précarité et de la jeunesse, très impliqués et mobilisés, ce réseau** apporte un soutien dans l'organisation et l'animation des rencontres partenariales, dans la construction des projets et dans la mise en lien entre les porteurs de projets et les professionnels spécialisés. Il s'organise autour de 3 axes d'intervention principaux : prévention, formation, parcours de vie/parcours de soin dont les objectifs sont l'amélioration de la prise en charge des personnes ayant des conduites addictives, l'amélioration de l'accès à la prévention et aux soins et soutien des pratiques des professionnels sur la question des addictions.

Les MicroStructures Médicales Addictions (MSMA)

Dispositifs de proximité et d'aller vers, facilitateurs d'accès aux soins de proximité et du maillage territorial en addictologie.

3 microstructures sur le Pays Cévennes sont portées dans le cadre de l'article 51, par les CSAPA Addictions France sur la MSP Bessèges, Logos sur la MSP St Jean du Gard et Blannaves sur la MSP de La Grand Combe, permettant à des patients de bénéficier en proximité d'une prise en charge par une équipe de soins pluridisciplinaire (un psychologue et un travailleur social ou un éducateur, autour du médecin généraliste) dans le cadre de l'accompagnement et la prise en charge médicale, sociale et psychologique de leur(s) problématique(s) addictive(s).

→ Du 1er janvier 2024 à avril 2025, le dispositif expérimental entre dans une période de redéfinition des modalités de fonctionnement.

La consultation jeunes consommateurs (CJC)

Cette consultation s'adresse aux jeunes âgées de moins de 25 ans pour les accompagner **dans l'évaluation de leur situation d'usage** (de l'usage simple à la dépendance) en prenant en considération la globalité de leur situation, scolaire, familiale, sociale, juridique…

2 consultations Jeunes Consommateurs dans le Gard sont portées par LOGOS et Addictions France.

Le CSAPA LOGOS réalise notamment des CJC avancées au lycée Jean-Baptiste Dumas d'Alès.

En 2024, des professionnels de l'addictologie ont été formés sur **l'outil PAACT** (Processus d'Accompagnement et d'Alliance pour le Changement Thérapeutique), support à la prise en charge des jeunes adultes au sein des CJC sur la base de la création d'une alliance thérapeutique avec le jeune pour travailler par la suite sur ses consommations.

Source : APSA30 | rapport d'activité 2023

L'axe Prévention mis à mal par le manque de moyens des structures

Le réseau addictologie soutient et accompagne les professionnels (accueil, accompagnement, éducation, animation…) dans leurs projets pour accroître leurs compétences en matière de prévention (recueil des demandes, mise en lien avec les structures spécialisées, aide à la construction de la réponse adaptée au contexte de la demande), mais les réponses aux demandes sont parfois reportées faute de professionnels disponibles sur cette mission.

Les dispositifs d'accès aux soins pour les plus précaires

- **LHSS** (Lits Halte Soins Santé), sont des structures médico-sociales qui offrent une prise en charge d'hébergement, sanitaire et sociale pour des personnes sans domicile dont l'état de santé physique ou psychique nécessite des soins ou un temps de convalescence sans nécessité d'hospitalisation.
- **ACT** (Appartements de Coordination Thérapeutique) accueillent en hébergement temporaire toute personne en situation de précarité et fragilité psychologique et sociale touchée par une pathologie chronique invalidante (sida, hépatite, cancer, sclérose en plaques…) nécessitant des soins et un suivi médical. L'accompagnement porte sur la coordination des soins, l'observance des traitements, le soutien psychologique et l'aide à l'insertion.
- **Les Maisons relais – Pensions de famille** sont des habitats communautaires de petite taille associant des logements privatifs à des espaces de vie collectifs sous la direction d'un hôte chargé d'en assurer le bon fonctionnement, sans condition de durée pour des personnes dont la situation sociale et psychologique rend difficile l'accès à un logement ordinaire.
- **Le dispositif de médiation santé** *cf p85* : un partenariat fort avec les structures d'addictologie.

Problématiques des usagers

- **Répercussions somatiques lourdes** des addictions (sommeil, vigilance/attention, carences alimentaires, hygiène, souffrance psychique, apparition et/ou aggravation de troubles psychiatriques, passages à l'acte suicidaires…)
- Un fort impact des addictions sur la **situation sociale des personnes** (isolement, ruptures familiales, perte d'emploi, déscolarisation…)
- Une augmentation des situations de **grande précarité pour les personnes en situation d'addiction** (notamment dans les files actives des TSO)
- Des **modes de consommations** (ex : cocaïne injectée avec conséquences notamment sur le capital veineux) et de nouveaux produits de synthèse qui peuvent entrainer des **comportements ingérables et une grande violence**
- Permanence de situations de **violence subie et agie** en lien avec des consommations, un mal-être dû aux descentes de consommations incitant à la re-consommation (notamment alcool)
- **Problématique de prostitution** en lien avec des consommations
- Beaucoup de patients d'addictologie cumulant des **troubles psychiatriques (pathologies duelles), complexifiant les prises en charge**
- Constat de l'augmentation inquiétante de situations de **très jeunes femmes consommatrices**, souvent sans domicile, reçue sur des structures d'accueils de jour, ayant un **désir de grossesses ou étant enceintes ou avec des enfants** en bas âge.
- **Difficultés d'accès aux soins**, majorées dans des contextes d'addictions et de précarité. Sentiment de discrimination et d'exclusion ressenti par les usagers.
- La difficulté d'aller vers les soins en addictologie pour les personnes addictes est **accrue en contexte de précarité** où les questions de santé, pourtant très prégnantes, passent après les questions de survie quotidienne (trouver son produit, se nourrir, trouver un toit ou un lieu à l'abri et sécurisé…)
- Parcours de vie et de soin non linéaires, avec des retours en arrières, des **ruptures de suivi, des soins interrompus**

FOCUS Enfants, adolescents et jeunes adultes

- **Des carences parentales** : Beaucoup de parents suivis par l'ASE sont consommateurs et beaucoup de personnes accueillies en structures d'addictologie ont été suivies par l'ASE enfants. Constat de difficulté à répondre aux besoins de l'enfant, manque d'observance, confusion des places, absentéisme scolaire, violences intra-familiales physiques, psychologiques, sexuelles, beaucoup d'enfants **exposés avant 3 ans aux écrans** (la précocité des utilisations étant facteurs de risque addictif)
- De plus en plus de très jeunes (parfois mineurs) **en ruptures familiales et à la rue**
- **Des enfants et adolescents exposés jeunes** à des conduites à risques : alcoolisations massives, surexposition aux écrans, addiction aux jeux vidéos, consommations de nouveaux produits de synthèse (cannabïnoides de synthèse, ecstasy, MDMA, amphétamines, kétamine…), relations sexuelles non protégées)
- Recrudescence des inhalations de **protoxyde d'azote** chez les jeunes, souvent mineurs (selon l'OFDT, 5,5% des élèves de 3ème disent en avoir consommé…), avec notamment des risques de complications neurologiques graves et de troubles psychiatriques
- **Méconnaissance de la Réduction des risques** chez les nouveaux et jeunes consommateurs

CONSTATS DES PROFESSIONNELS SUR LES PROBLÉMATIQUES D'ADDICTION SUR LE PAYS CÉVENNES

Problématiques des professionnels

- Les structures d'accueil et d'accompagnement mises à mal par la **multiplication de comportements ingérables** en lien avec des modes de consommations problématiques, **venant rompre l'alliance avec les soignants/accueillants**
- Des **équipes qui se disent épuisées** par la **gestion de conflits** trop fréquents
- Parfois nécessité d'en arriver à des **exclusions des structures** d'accueil ou d'hébergement pour ne pas faire exploser le collectif mais entrainant un **décrochage dans les suivis** ce qui n'est pas une réponse satisfaisante pour les professionnels
- **Usure professionnelle** des équipes en tension
- Tensions ressenties dans la sphère publique autour des **problématiques de violences**.
- Augmentation des **pathologies duelles** : addictologie / troubles psychiques complexifiant les prises en charge et mettant en difficulté les professionnels des 2 côtés
- Nécessité pour les professionnels accompagnant et soignants d'être **réactifs sur l'accompagnement des parcours**, plus **performants sur les orientations** (« orienter au bon endroit au bon moment »)
- Nécessité de réactiver l'éducation à la **Réduction des risques chez les nouveaux et jeunes consommateurs**
- Accorder plus de **temps et de moyens à la prévention des conduites addictives et au développement des compétences psychosociales** chez les enfants, jeunes et adultes

Problématiques institutionnelles

- **Désertification médicale critique** : beaucoup de patients de l'addictologie et d'accueillis dans les structures d'insertion sociale et d'hébergement n'ont plus de médecin traitant : cela **empêche la mise en place et le renouvellement de traitements de substitution** et des ordonnances
- Pour les **médecins généralistes**, difficulté pour prendre en relais les usagers des CSAPA, expression d'un **manque de formation** sur les traitements en addictologie et d'un **besoin de soutien spécialisé** pour la mise en place des prises en charge en addictologie
- Difficulté de **recrutement de médecins addictologues** dans les structures spécialisées qui subissent l'absence de médecins durant des mois ces dernières années
- **Manque de temps infirmier** en CSAPA pouvant rendre difficile la prise en soin des usagers et la délivrance des traitements de substitution
- Malgré les liens forts de réseau, il existe un **cloisonnement entre les prises en charge** addictologiques, somatiques, psychiatriques, médico-sociales, sociales…
- **Tensions aux urgences**, seule porte d'entrée vers le soin de premier recours pour les patients sans médecin traitant, tensions majorées dans les situations de patients ayant des comportements agressifs ou compliqués par la prise de produits psycho-actifs
- **Fragilité des financements** en particulier sur l'axe prévention, souvent reléguée au profit des prises en charges.

Des points d'appui sur le territoire

- **1 Réseau addictologie** sur le Pays Cévennes initié par les structures et associations d'usagers très en lien avec les autres réseaux de santé (Atelier Santé ville, réseaux santé mentale, santé vie sociale, santé jeunes, périnatalité/petite enfance…) et la construction **d'actions de santé transversales**
- **Des groupes de travail actifs** sur l'amélioration du lien opérationnel et du suivi des patients/accueillis communs et le partage des problématiques communes aux structures d'addictologie, de la psychiatrie et de l'hébergement.
- Des **actions d'information, formation, sensibilisation, prévention** pluri-institutionnels et pluridisciplinaires **régulières** à destination des professionnels et/ou du public (Sensibilisation adultes ressource, rencontres professionnels et usagers, conférences, Groupes d'échange et d'analyse de pratiques en collège, groupe d'analyse de pratique pour les responsables d'associations etc.).
- **Une habitude de travail ensemble ancrée et des actions partenariales installées et régulières** (Villages Mois sans tabac, Journée Dépistage et prévention pour les publics en grande précarité…)

Des leviers face à ces problématiques

- Des **structures de soins et de prévention spécialisées en addictologie présentes**, en lien étroit et dans une dynamique d'ouverture partenariale et qui proposent des espaces de soutien aux structures partenaires sur les questions d'addictologie (CMS, CHRS, SPIP, PJJ...)
- **Une forte capacitée d'adaptation** des structures face aux déficits de moyens médicaux malgré la pression et la charge de travail augmentées
- **Des microstructures en lien avec les MSP** permettant notamment un accès aux soins spécialisés pour les personnes éloignées tout en maintenant le suivi par le médecin généraliste en lui apportant le support nécessaire à un accompagnement en addictologie.
- **Des consultations avancées** à la demande dans les structures orientant des patients pour permettre d'initier le soin.
- **Des conventions partenariales** (ex: dispositif d'accueil de courts séjours de rupture entre Blannaves et La Clède)
- **La médiatrice santé** support majeur sur le nord du territoire pour travailler le projet de soin et accompagner vers les soins les personnes qui en sont éloignées
- **Une unité d'addictologie** et une **Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie** ELSA sur le CH Alès
- Une **Equipe Mobile Psychiatrie Précarité** (EMPP) rattachée au CHAC facilitant l'accès aux soins en CMP et support important au **maillage avec le social et le médico-social**.
- Des **projets expérimentaux soutenant pour les professionnels** ex : **PAACT** (processus d'accompagnement et d'alliance pour le changement thérapeutique), cf CJC, **FRRAP** (former, réduire les risques, accompagner, prévenir) et **PARRAJ** (prévenir, accompagner, réduire les risques des conduites addictives chez les jeunes et enfants suivis par l'ASE) : former les équipes d'accueil, d'accompagnement, d'hébergement, d'insertion à la RDRD pour améliorer l'accompagnement et l'accès aux soins liés aux conduites addictives des personnes et jeunes accueillis.

FOCUS : Un travail de concertation inter-institutionnel

Grande rencontre inter-institutionnelle autour de la gestion RDRD et DASRI

Début 2018, dans **la lignée des travaux menés sur les addictions, la RDRD et la gestion des DASRI (déchets d'activité de soins à risques infectieux) avec le service PSQVT d'Alès Agglomération, le Réseau Addictologie a souhaité organiser une grande rencontre inter-institutionnelle avec toutes les structures et institutions concernées par la problématique des consommations de drogues et des DASRI afin d'échanger autour d'un constat et de ses effets,** celui de l'augmentation des consommations de cocaïne associées à des pratiques d'injection, au niveau local mais aussi national et départemental, en lien avec l'arrivée de produits peu chers sur le territoire.

Objectifs : Permettre à ces différents acteurs de :

- **Se rencontrer en dehors des situations d'urgence ou de crise** comme c'est souvent le cas avec la police, les urgences ou les pompiers.
- **Mieux se connaître et se reconnaître** (missions, limites, engagements).
- **Echanger sur les constats réciproques**, communs ou non, pour alimenter un état des lieux/diagnostic partagé.
- **Faire un état des lieux du travail partenarial**.
- **Faciliter les relations entre ces acteurs, le travail ensemble et la concertation** autour de l'accompagnement des personnes usagères de drogues mais aussi de la sécurité de tous
- **Améliorer la prévention et la réduction des risques** liés aux addictions dans une optique de santé publique.

Partenaires et institutions mobilisés sur ces questions :

Alès Agglomération, Sous-préfecture d'Alès, DD30 de l'ARS Occitanie, CD30, Centre de Secours Principal CPS, Pompiers d'Alès -SDIS, Pôle des Urgences du CHAC, DDSP 30, Commissariat de Police Nationale, APSA30 (Logos/Blannaves), association La Clède, CAARUD AIDES, ANPAA 30 et Reseda/CLS Pays Cévennes, DADST CD30, service Addictologie CHAC, CeGIDD du CHAC, SPIP d'Alès, police municipale d'Alès.

Des effets positifs en ont assez vite découlé et ont pu être observés notamment **la facilitation des échanges** à travers le fait de :

- mieux comprendre les objectifs visés par les actions menées par chacun
- d'envisager la possibilité de faire bouger certaines approches en partageant une prise en compte commune de l'usager
- de mieux cerner les possibilités de travail collaboratif dans les limites des missions de chacun.

Action de formation partenariale :

Sensibilisation Addictions et RDRD pour les agents d'Alès Agglomération

En lien avec le service Prévention Santé Qualité de Vie au Travail d'Alès Agglomération, cette sensibilisation répond aux besoins, exprimés par les agents, d'échanges partenariaux et de formation sur la question des addictions, de la Réduction des risques et de la gestion des DASRI.

Objectif :

→Partager un langage commun autour de la prise en charge des addictions

→ Travailler sur les représentations, notamment celle du « risque »

→ Consolider et développer une articulation locale et des travaux communs entre les acteurs de terrain de la collectivité et des structures spécialisées.

FOCUS : Actions de Sensibilisation partenariales

Sensibilisation Adultes Ressources annuelle

Partage d'expériences autour des addictions

Le réseau addictologie organise régulièrement depuis 2007 une «Sensibilisation Adultes Ressources» à l'adresse des **professionnels du territoire en charge de l'accueil et l'accompagnement de publics** pouvant être en situation de consommations ou d'addictions, quels que soient leur secteur d'activité (animation, éducation, enseignement, santé, médico-social, social, culture, sport…, libéral ou institutionnel) et leur fonction.

Objectifs Permettre aux participants **d'accroître/consolider leurs connaissances** sur les questions de comportements addictifs, de **partager un langage commun** autour de la prise en charge des addictions, d'améliorer le **savoir être** et une **écoute** auprès des publics confrontés à des comportements addictifs tout en développant une **articulation locale** entre les acteurs de terrain.

Méthodologie/Supports pédagogiques Travail sur les **représentations** liées aux addictions, **partage d'expériences** autour de situations amenées par les participants (travail sur les postures, savoirs-être, savoirs-faire à travers les difficultés et leviers repérés), **partage de connaissances** sur les addictions, présentation des **ressources locales** et de leurs modalités d'accueil et d'accompagnement.

Exemple d'outil utilisé lors de la sensibilisation sur la question des représentations liées à la nocivité des produits : Graphique des notes pondérées de la nocivité des drogues

Journée annuelle d'échanges autour de la réduction des risques

Ouverte aux usagers et professionnels des structures d'addictologie

Organisée chaque année depuis 2018, cette journée de **rencontre thématique, d'échanges** et de **partage d'expériences** rassemble, dans les locaux du CSAPA Blannaves, usagers (consommateurs ou en démarche de soin) et professionnels de l'addictologie et professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social, sur des thèmes en lien avec les addictions et la réduction des risques et des dommages liées aux consommations.

Structures organisatrices et participantes : CAARUD AIDES, CSAPA Blannaves, Logos, Addiction France, Association La Clède, CeGIDD.

Objectifs Offrir un **espace convivial de rencontre et de discussion** sur une thématique afin de :

- Partager les **expériences, questions et connaissances** dans un **échange horizontal**, chacun pouvant apprendre des autres.
- Faire évoluer les **représentations liées aux soins, à l'usage de drogues, à la réduction des risques**.
- Réaliser avec les volontaires une **plaquette synthèse/flyer** avec des messages de prévention, support à la poursuite des échanges dans les structures.

Journée « Vivre la violence » 04/07/24

Plaquette « Prendre soin de soi » 06/06/19

FOCUS : Mois sans tabac

Collectif Mois sans tabac du bassin alésien, soutenu par Epidaure, pôle prévention de l'ICM (institut régional du cancer de Montpellier) :

P4S Pôle prévention promotion parcours en santé de Filiéris ; CSAPA Addictions France et APSA30 ; Médecine du travail CMIST ; SAMSAH du CABA ; Réseau ASAT (Accompagnement et soutien dans l'arrêt du tabac) ; Pharmacie Praden ; Association Avenir jeunesse ; Alès Agglomération et Ville d'Alès (Maison de la Jeunesse, Forum Jeunesse, Service prévention santé qualité de vie au travail, Maison Sport Santé) ; Centre hospitalier Alès Cévennes (3C) ; tabacologues libéraux ; MSP La Grand Combe ; CPTS Châtaignes et Micocoules ; MSP Saint Martin / Saint Julien ; Centre social Le Kiosque ; Association ABCDiet ; Mutualité française ; Voyages Culturels, Cinéplanet, Intermarché, Radio Grille Ouverte, associations sportives et culturelles locales …

Campagne nationale #Mois sans tabac portée par Santé Publique France, le Ministère des Solidarités et de la Santé en partenariat avec l'Assurance Maladie

- **L'objectif du Mois sans tabac** est d'inciter les fumeurs à **se poser des questions** sur leur consommation, à en **faire une évaluation** et à **s'engager dans une démarche d'arrêt** dans un élan collectif et motivant pouvant servir de déclic pour arrêter. L'objectif est aussi de **fédérer le plus d'acteurs possible** autour de la lutte contre le tabagisme.
- Cette campagne est l'occasion pour **les acteurs de la santé** de se rassembler autour de la problématique du tabagisme, de **construire ensemble des actions de prévention** du tabagisme et de **développer leurs liens partenariaux** autour de la prise en charge de l'arrêt du tabac.
- Les ressources en tabacologie du territoire proposent également aux **entreprises, associations, structures d'accueil** du territoire d'organiser et d'animer, des **actions de prévention sur site** (temps de rencontre, d'échange, d'information, ateliers autour de la dynamique d'arrêt).

En France, plus de la moitié des fumeurs souhaitent arrêter de fumer. Les études montrent qu'une expérience d'arrêt de 30 jours fait baisser fortement la dépendance et multiplie par 5 les chances de réussir à arrêter définitivement.
Baromètre santé 2021

En 2023, ce sont 16 entretiens de tabacologie et 106 sensibilisations qui ont été réalisés lors du Village Mois sans tabac d'Alès.

FOCUS : Journée annuelle de prévention, information et dépistage

Contexte :

Au regard des **besoins repérés auprès des publics accueilli dans les services de La Clède** et notamment au SAJE (Service d'Accueil de Jour des Exclus), mais aussi du travail partenarial existant et des actions engagées dans le domaine de la santé sur ses services (dépistage, vaccination, réduction des risques…), l'association La Clède travaille depuis plusieurs années à **développer l'axe santé** transversalement sur ses services et à accompagner les personnes accueillies au SAJE de façon plus globale sur les questions de santé.

Le constat a été fait que, bien que les **questions de santé soient très prégnantes** dans les problématiques de ces publics (en situation de grande précarité et vulnérabilité) et fréquemment repérées par les professionnels du SAJE, elles ne sont **pas prioritairement abordées** par les accueillis, ni par les professionnels qui ne se sentent pas toujours légitimes sur ce terrain.

Des réunions régulières (tous les 4 mois environ) sont donc organisées avec les partenaires de prévention en santé, au sein d'un groupe de **coordination des actions de prévention santé au SAJE,** visant à repenser et structurer les habitudes de **travail partenarial** et organiser et articuler les futures actions, en particulier avec :

- La mise en place d'un temps collectif dédié aux questions de santé des usagers du SAJE : « **Les jeudis santé »** avec la venue une fois par mois de partenaires santé dans une démarche d'« aller vers ».

- L'organisation d'une **journée annuelle de Prévention, information, dépistage**, autour notamment de la venue sur Alès du **camion de dépistage du CLAT Occitanie**.

Objectif : Proposer un espace d'information, de sensibilisation et de réalisation d'actes de santé de type : dépistage tuberculose (radios), dépistage hépatites (fibroscan), dépistage IST, vaccinations, bilan de santé, bilan tabacologique, réduction des risques, consultations avancées en addictologie, infos suivi gynécologique, violences, santé mentale, bilan buccodentaire, infos diabète, infos diverses sur ouverture de droits…

Public cible : personnes en situation de précarité et vulnérabilité sociale et sanitaire, accueillies/accompagnées/hébergées par la Clède, AIDES, APSA 30, Addictions France, les services de psychiatrie, le CABA, le Samu social, le CCAS, la Pause du soir…

Partenaires intervenants : le SAJE/La Clède, CLAT du Gard, COHEP Occitanie, CEGIDD du CH Alès, Centre de vaccination Filiéris, PASS du CH, CAARUD AIDES, APSA 30, Planning familial, EMPP, FAS de La Clède, sage-femme libérale, CODES30…

Coordonner

- **Poursuivre la mise en œuvre d'actions régulières de prévention pluri-partenariales** (Sensibilisation adultes ressources, Journée Prévention/dépistage, Journée RDRD pour usagers et pro de l'addicto…)
- **Poursuite de l'animation de groupes de travail support à l'amélioration du travail partenarial** (Coordination des actions de prévention santé au SAJE, Groupe de travail Précarité et santé mentale, groupe référents Violences faites aux femmes…)
- **Organisation d'une rencontre inter-institutionnelle sur les problématiques liées aux consommations de drogues sur le bassin alésien**

2028

- **Développer les formations à la RDRD** (FRRAP et PARRAJ)
- **Travailler sur la possibilité de création d'une antenne Maison des Ados sur Alès**
- **Développer les co-interventions et les co-prises en charges**
- **Développer les prises en charge conjointes** en cas de pathologie duelle psychiatrie/addictologie, parcours de soins intégrés psychiatrie/addicto
- **Remettre en place des temps d'immersion partenariaux** (ex : Un chez soi d'abord en 2022)
- **Soutenir le développement de l'aller vers et les hébergements de stabilisation** type un logement d'abord
- **Soutenir le développement de projets en addictologie des CPTS tels que celui du Sevrage alcoolique à domicile**
- **Soutenir les projets favorisant le développement** de la pair-aidance
- **Mise en place d'un groupe de synthèse inter-équipes annuel (CSAPA, Psychiatrie, La Clède) autour des situations communes complexes**
- **Diffusion et promotion des actions de prévention et formations** partenariales (Fédération addictions, 2PAO, Formation Prévention Suicide, Journées d'étude de la MDA, outils Viapsy…)

- **Mise en place de formations sur le secret professionnel partagé** pour faciliter le suivi et l'accompagnement des patients
- **Soutenir l'amélioration des prises en charge conjointes** des pathologies duelles psychiatrie/addictologie
- **Animation du collectif Mois sans Tabac du bassin alésien,** construction et mise en œuvre des actions de sensibilisation/formation/information pour tous les publics

2024

- **Organisation et animation d'espaces de rencontre et de concertation**, favoriser **l'interconnaissance** entre, professionnels, services et associations

Soutenir

Axe
PARCOURS

Nutrition

La Nutrition

La nutrition est un déterminant majeur de santé. Elle concerne à la **fois l'alimentation et l'activité physique.**

Elle représente le **1er facteur de risque de perte d'années de vie en bonne santé,** devant le tabac (12%) et l'alcool (7%).

De nombreuses études scientifiques ont mis en évidence le rôle joué par la nutrition comme facteur de risque ou de protection des maladies les plus répandues dans l'ensemble des pays industrialisés, qu'il s'agisse des cancers, des maladies cardiovasculaires, de l'obésité, du diabète type 2, des dyslipidémies, de l'hypertension artérielle...

En 2018 et 2019, l'étude Nutrinet Santé a montré qu'une augmentation de **10% de la proportion d'aliments ultra-transformés** dans la consommation, était associée à une **augmentation du risque de maladies cardiovasculaires au global (+12%), de maladies coronariennes (+13%) et de maladies cérébro-vasculaires (+11%) mais également une augmentation du risque de cancer au global (10%).**

De plus, **l'obésité pédiatrique** est devenue un enjeu de santé publique avec près de **1 adulte sur 2 est en surpoids (47% dont 17% en obésité** selon Obépi Roche 2020) et que l'obésité a d'autant plus de risque d'être présente à l'âge adulte si elle a commencé tôt dans l'enfance.

En 2015, l'étude Esteban met en avant que :

- **17% des 6-17 sont en surpoids dont 3,9% sont en situations d'obésité**
- Stabilité relative de la prévalence depuis 16 ans mais une aggravation des situations chez les adolescentes et persistance de fortes inégalités sociales et territoriales : 24% des enfants d'ouvriers contre 12%d'enfants de cadre.

La pratique d'activité physique tend à décroître, particulièrement chez les femmes et les enfants, et reste très insuffisante. Les comportements sédentaires ont fortement augmenté ces dix dernières années alors même que l'activité physique régulière est associée à une **réduction de la mortalité précoce de 29 à 41 %.**

Parallèlement à cela, environ **2 millions de personnes** souffrent **de dénutrition** en France dont 270 000 en EHPAD et 400 000 personnes âgées à domicile.

Dans le Pays Cévennes

- Des **projets de prévention de l'obésité et de promotion d'une alimentation équilibrée** en direction de la **petite-enfance** et des **jeunes** en partenariat avec des structures éducatives et de la petite-enfance : projets d'écoles, ateliers thématiques, travail avec des équipes de MECS et ITEP, sensibilisation des équipes des crèches ou de centres de loisirs, conception et diffusion d'un guide sur la diversification alimentaire pour les parents et les professionnels.
- De **nombreux projets de prévention de l'obésité et de promotion d'une alimentation équilibrée** en direction des **publics adultes** les **plus précaires** en partenariat avec les associations, structures d'insertion ACI, Epicerie solidaire, CCAS, ESAT, services de l'UTASI : ateliers cuisine, ateliers thématiques pratiques, travail sur le lien social et familial, et sur les freins à une alimentation équilibrée.
- Un dispositif de prise en charge de l'obésité pédiatrique depuis 2009 : le **Réseau Obésité Infantile du Bassin Alésien (ROIBAL)** devenu **l'Activité Obésité Pédiatrique du DAC30** (Dispositif d'Appui à la Coordination du Gard) en juillet 2022
- Des **projets construits avec :**

- Les **parents, les usagers d'associations et les professionnels**

- Des **professionnels sanitaires** (libéraux et hospitaliers), sociaux et éducatifs sensibilisés depuis 10 ans aux problématiques de malnutrition

- Des clubs sportifs avec une volonté d'agir **pour la promotion des activités physiques** pour les personnes en situation de surpoids ou d'obésité, partenaires du **programme d'activités physique adaptée** mis en place par le **ROIBAL puis l 'AOP du DAC30**, et partenaires **du Réseau obésité adultes.**

CONSTATS SUR LA NUTRITION DANS LE PAYS CÉVENNES

L'alimentation et l'enfant

On observe depuis la période de Covid 19, une baisse de la demande de prise en charge des enfants en situation de surpoids ou d'obésité. Une des raisons principales est la diminution du nombre de médecins traitants sur le territoire. **Ce manque de médecin entraine une diminution du dépistage et de l'orientation ou une augmentation des délais d'inclusion vers et dans le dispositif dédié : l'Activité Obésité pédiatrique (AOP) du DAC30.**

Également un manque de psychologues complique la prise en charge proposée par l'AOP. En effet, depuis la Covid 19, les psychologues sont surchargés et beaucoup ne prennent plus de nouveaux patients, même malgré la mise en place par l'assurance Maladie du dispositif « Mon Soutien Psy ». Or les besoins sont criants, **on assiste à plus de problématiques de prises de poids depuis 2019.**

La période de l'épidémie de COVID-19 et les mesures sanitaires de confinement ont eu des conséquences :

- augmentation de la consommation d'écran et donc de la **sédentarité et diminution de la pratique de l'activité physique,**
- augmentation **des troubles du comportement alimentaire en lien avec le caractère anxiogène de la situation,**
- augmentation de la déscolarisation de collégiens et désociabilisation : élèves fragilisés qui n'ont pas réussi à retourner au collège après les 2 périodes de fermeture en 2020 et 2021.

Les goûters et petits déjeuners proposés aux enfants et adolescents sont quasi exclusivement industriels et hyper sucrés, le goûter agissant comme un marqueur d'intégration sociale.

Les **collations pour les jeunes sportifs** sont quant à elles souvent trop sucrées et **inadaptées aux besoins nutritionnels des enfants.**

Les adolescents qui ne mangent pas à la restauration scolaire **se nourrissent en fastfood** ou se contentent d'acheter une boisson sucrée et un aliment de type chips. Ces situations sont de plus **aggravées par la précarité.**

Les jeunes et les adultes porteurs de handicaps et nourris en institution durant de nombreuses années ont quant à eux **besoin de sensibilisation sur l'équilibre alimentaire, les repères nutritionnels et la confection des repas.**

L'alimentation et les familles

La prise de poids en contexte de covid 19 et post covid est **en lien avec l'état de santé mentale** (au sens large) et la précarisation des familles.

Les professionnels des Restos du Cœur sont contraints **face à l'augmentation des personnes sollicitant l'aide alimentaire et la diminution des subventions,** d'effectuer un tri parmi les bénéficiaires.

Les personnes qui bénéficient de l'aide alimentaire mangent **peu de produits frais, peu de fruits et de légumes.** Il y a beaucoup de biscuits gras dans les colis alimentaires. Elles n'ont pas l'habitude de cuisiner et ont perdu les repères nutritionnels. Comme les parents cuisinent de moins en moins, les jeunes perdent les repères alimentaires et les compétences en cuisine.

Il est également observé un fort taux **d'alcoolisme et d'addictions** aux stupéfiants sur les QPV du Pays Cévennes. Dans ce contexte, se nourrir ne sert qu'à ne plus avoir faim et engendre **des problèmes de malnutrition corrélés au manque d'activités physiques.**

La dénutrition chez les personnes adultes

Les diététiciens du CHAC et de l'association ABCdièt ont constaté que **des patients, après leur hospitalisation, sont renvoyés chez eux, dénutris ou à risque de dénutrition sans dispositif d'accompagnement.**

Ce constat concerne les **personnes âgées, les personnes atteintes de maladies chroniques, les personnes ayant vécu un évènement traumatique,** et qui sont isolées et ne disposent pas de relais à leur sortie d'hôpital.

La CPTS la Cévenole et l'association ABCdièt ont mis en place **un suivi de ces patients soit à domicile soit en cabinet avec un accompagnement nutritionnel régulier en lien avec le médecin traitant et des compléments alimentaires.**

Pour les patients suivis en oncologie, la situation est différente car ils disposent de l'HAD (Hospitalisation à Domicile) qui prend en charge le volet Nutrition.

Ressources

Partenaires du dépistage :

Education Nationale DSDEN 30 : IDE et médecins scolaires

CD 30 : IDE et médecins de PMI, Travailleurs sociaux des SST

Acteurs de la prise en charge :

Professionnels en exercice coordonné (MSP, Centre de santé, CPTS) ou en cabinet médicaux

CH d'Alès, Clinique Bonnefon à Alès, CHU de Carémeau à Nîmes et CH de Ponteil

SMRP Institut St Pierre à Palavas (34) et Antrenas à Marvejols (48) et Pôle Pédiatrique de Cerdagne (66)

Le Centre Spécialisé Obésité du CHRU Montpellier

Pédopsychiatrie : CMPP, CMPEA, CMPA

Partenaires du Parcours Social et médico-social :

La protection de l'enfance : l'ASE du CD30 + MECS et structures de protection de l'enfance

La Protection Judiciaire de la Jeunesse de la DTPJJ du Gard

Structures sociales : Maison des Ados, Centres sociaux, Epicerie solidaires, associations de quartiers, Chantiers d'Insertion, Services STI et STA du CD30

Structures médico-sociales : CAMSP, ITEP, SESSAD, IME, IMPro

Partenaires de la Prévention et Promotion de la Santé :

CODES 30 et Le CPIE du Gard

CPAM 30 : Service de Prévention, Promotion et Education à la Santé – Service Orga Coordonnée des Soins

RAM, crèches, écoles, collèges, lycées

Les associations de patients et de professionnels

Partenaires régionaux :

La SEROO, Structure Experte Régionale Obésité Occitanie

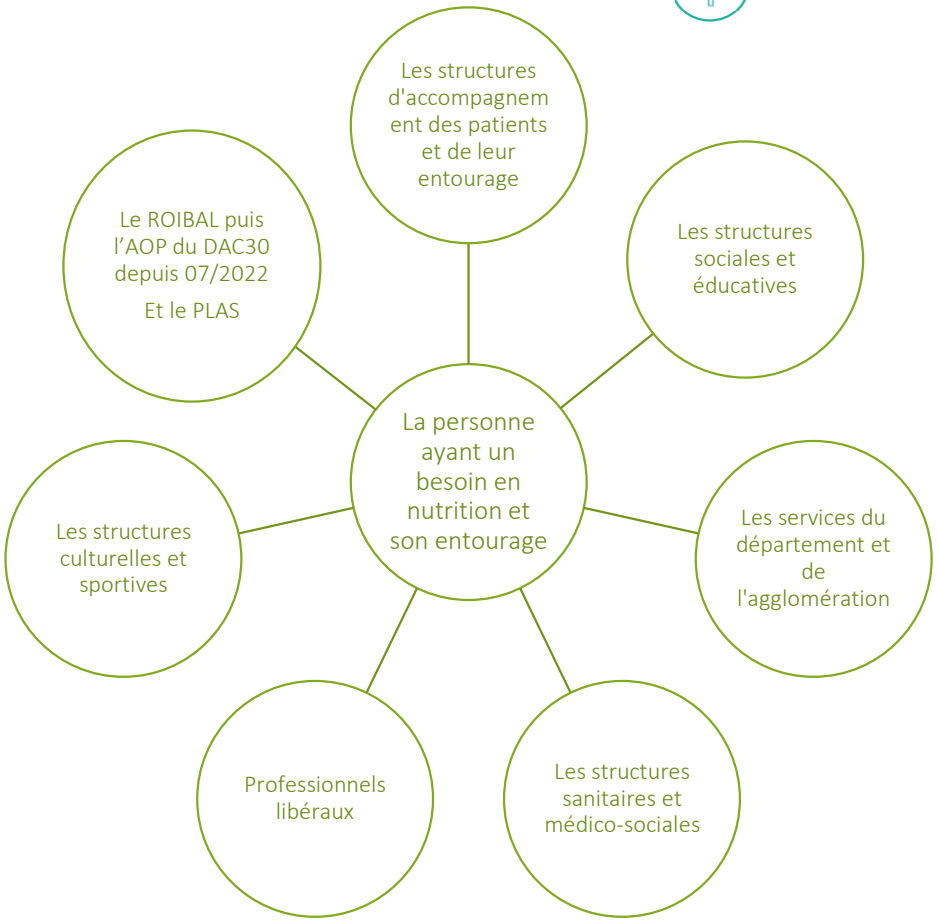
Partenaires pour le développement des Activités Physiques Adaptées (APA) :

Associations de promotion des APA : Association ma Vie

Maisons Santé Sport (Missions de mise en place de Parcours Sport Santé au travers des APA pour les patients de maladies chroniques) : MISS (Maison Intercommunale Sport Santé) à Alès, Nîmes Sport Santé

Les associations et clubs sportifs : Association « Créer son bien-être », l'association Atout sports, l'APSOM, Club Alès-Cévennes Athlétisme, l'association Alto, Une bulle dans les nuages, etc.

Les Partenaires Alès Agglo : Service dév. Ruralité-agriculture-forêts-viticulture (PAT), pôle éducation, enfance et jeunesse, service des sports, pôle solidarité, service santé publique



Les dispositifs et dynamiques partenariales

Le Projet local Alimentation-Santé (PLAS), l'AOP, le Réseau obésité adultes, l'Atelier Santé Ville, le Réseau Santé Vie Sociale, le Réseau Santé Jeunes, le réseau périnatalité, le réseau addictologie, le réseau santé mentale, le réseau clinique du lien du nourrisson, de l'enfant, le Programme de réussite éducative (PRE)

La prévention - Le Projet Local Alimentation-Santé (PLAS)

Le PLAS contribue à la mise en œuvre de la prévention de l'obésité et à la réduction des inégalités sociales en santé en agissant au plus près de publics vulnérables.

Les actions de prévention sont conduites avec différents professionnels de santé ou de l'animation sportive du territoire qui œuvrent au sein des réseaux de santé, favorisant l'articulation de la prévention (individuelle et collective) avec le soin.

L'inscription dans la durée, la mise en lien de l'ensemble des acteurs sur chaque territoire ainsi qu'une approche globale garantissent la cohérence et la complémentarité des actions.

Les objectifs du PLAS :

- **Promouvoir l'allaitement maternel et accompagner sur l'équilibre alimentaire dès le plus jeune âge**
- **Agir pour tous les âges avec des actions spécifiques en fonction des publics**

Sensibiliser aux repères nutritionnels

Sensibiliser à l'usage du Nutri-Score et aux recommandations du PNNS

Favoriser la connaissance des ressources locales pour une alimentation de qualité et favoriser leur accès (en lien avec les PAT)

Renforcer les aptitudes collectives et individuelles en faveur d'une alimentation favorable à la santé

Sensibiliser sur le lien entre les contextes de stress et les consommations : alimentation, alcool, tabac

Agir contre les discriminations relatives à l'apparence physique et aux différences culturelles

- **Construire une communication ciblée et commune aux intervenants**

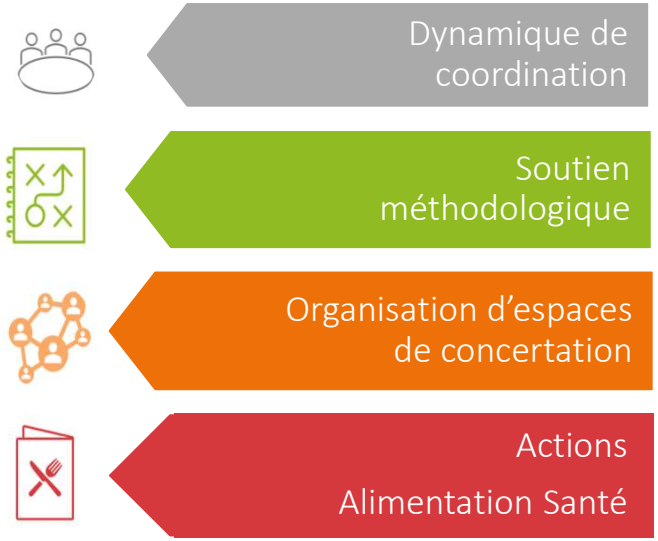
Contribuer à l'efficience des messages en faveur de l'Alimentation–santé pour les habitants du territoire

Faciliter la diffusion de supports de communication en Alimentation-santé

- **Faciliter l'accès aux formations « Alimentation-santé »**

Faciliter l'accès à la formation en l'organisant localement et en privilégiant la gratuité pour les participants

Diffuser les formations des organismes référencés aux acteurs du territoire



Le Réseau Obésité Infantile du Bassin Alésien (ROIBAL) porté par l'association RESEDA 2009-2022

Depuis mars 2009, le ROIBAL proposait sur le territoire une **prise en charge de 2 ans, coordonnée, pluridisciplinaire** (médicale, diététique et psychologique) **et gratuite** pour les enfants et adolescents de 2 à 18 ans, en situation de surpoids ou d'obésité, et leur famille.

- **Prise en charge individuelle et adaptée** à l'enfant **; prescription de protocoles de soins et outils communs de suivi ,**
- **Actes dérogatoires** réalisés par les professionnels de 1er recours du territoire,
- **Coordination en appui aux professionnels** (médecins, pédiatres, diététiciens, psychologues) qui prennent en charge les enfants; organisation de RCP, de rencontres pluriprofessionnelles, sensibilisation à la « Grossophobie »,
- Des **consultations diététiques délocalisées** sur les territoires éloignés grâce à **un partenariat** avec les MSP,
- Liens **avec les partenaires sociaux et médico- sociaux** pour une prise en charge plus efficiente,
- Lien **avec le 2ème et 3ème recours** : Les Soins Médicaux de Réadaptation et le Centre Spécialisé Obésité
- **Programme d'activités physiques adaptées** depuis 2013 et mise en lien avec des clubs sportifs,
- File active de **250 à 300 patients par an**, avec environ 100 inclusions par an, près de 1300 patients pris en charge depuis 2009 par 150 professionnels.

En juillet 2022, le ROIBAL est transféré dans le DAC du Gard pour devenir l'AOP

DAC 30 Dispositif d'appui à la coordination GARD

Le DAC étant de dimension départementale, l'Activité Obésité Pédiatrique (AOP), tout en maintenant son activité sur le bassin alésien, tend à déployer sa proposition de prise en charge à l'échelle du département. Le projet de l'AOP est de construire un **Parcours Obésité Pédiatrique Départemental** qui englobe à la fois :

- Les dispositifs de droit commun de l'Assurance Maladie :
- Dispositif **Mission Retrouve Ton Cap (MRTC),** opérationnel depuis 2022-2023, qui vise la PEC des patients de 3 à 12 ans, en surpoids et à risque de surpoids sans facteurs de complexité associés. Il s'agit d'un axe plutôt préventif**. A ce jour, seule la MSP de Bessèges s'est saisie de ce dispositif**
- Dispositif **Mon Soutien Psy,** opérationnel depuis 2023, qui propose un suivi psychologique de 12 consultations renouvelables.

- Des **ateliers collectifs d'APA** (Activité Physique Adaptée) **et d'ETP** (Education Thérapeutique du Patient) comme le programme d'ETP porté par la Structure Régionale Obésité (la SEROO), mis en place au niveau territorial par les MSP,

- **Parcours de soins de l'AOP :**

- 1 Parcours pour les adolescents de 13-18 ans en surpoids ou obésité Non complexe

- 1 Parcours pour les 3-18 ans en surpoids ou obésité Complexe

PARCOURS NUTRITION

Prévention

- Projet de prévention sur le Pays Cévennes depuis 2005 avec une implication des acteurs dans de nombreuses actions
- De nombreux projets en direction de la petite-enfance, des jeunes, et des adultes les plus précaires
- Des clubs sportifs nombreux avec une volonté d'agir

- Mais dans un contexte de compétition peu favorable à la pratique du sport pour tous
- De nombreux freins à une alimentation saine et équilibrée

Repérage/ Orientation

- L'existence du ROIBAL a favorisé le repérage, le dépistage et l'orientation (temps de formation, de sensibilisation, partenariats)
- Amélioration du dépistage précoce grâce au partenariat avec la santé scolaire

- Pertes entre le dépistage organisé par la santé scolaire et l'inclusion dans le ROIBAL liées à des freins à la mise en place des prises en charge
- Peu de dépistage organisé avec la PMI, un partenariat à renforcer

Prise en charge

- L'AOP du DAC (ex ROIBAL), ressource locale de soins structurée et de travail en réseau pour la prise en charge de l'obésité infantile
- Un programme d'activités physiques adaptées depuis 2013 pour les enfants
- Une mission d'organisation régionale du parcours de soin avec la SEROO
- Programme d'ETP
- Des filières pour les adultes qui s'organisent (développement notamment de la chirurgie bariatrique)

- Des prises en charge de plus en plus complexes
- Consultations diététiques et psychologiques non prises en charge dans le droit commun
- L'accompagnement des patients avant et après la prise en charge chirurgicale est primordial, mais il manque des structures pour une préparation et un suivi suffisant.

Accompagnement global de la personne et de son entourage

- Volonté des professionnels de **travailler en réseau** afin de rendre le parcours des patients plus cohérent et éviter les ruptures de soins
- L'expérience montre que plus la **prise en charge est pluridisciplinaire et de proximité, plus elle est efficace**
- Une **diversité d'associations sur le territoire**, en lien avec les professionnels

FORCES

- Maintien de la prise en charge de l'Obésité Pédiatrique lors du transfert du ROIBAL au DAC 30 en juillet 2022
- Une équipe mutualisée et des liens entre le PLAS et l'AOP du DAC30
- Des **acteurs de terrain mobilisés** sur la question de la lutte contre l'obésité
- Des **professionnels de santé engagés** dans les actions de prévention
- Mise en place de **dispositif de Droit commun** (MRTC, Mon Psy)

FAIBLESSES

- **Peu de prises en charge** individuelles **pour les adultes** en situation d'obésité
- **Manque de MSP** sur le territoire

Projet Local d'Alimentation-Santé → **Activité Obésité Pédiatrique du DAC30** → **Prise en charge des adultes en situation d'obésité**

- Un **accroissement de la sédentarité** et ce, dès le plus jeune âge
- Un **manque de repères liés à l'équilibre alimentaire**
- Une augmentation de la **consommation de produits ultra transformés**
- Un **développement de la livraison de repas à domicile** et une perte d'habitude de cuisiner
- La **surconsommation de compléments alimentaires type protéines**
- **Manque de médecins** traitants, de pédiatres, de psychologues et de psychiatre
- **Pas de dispositif de prise en charge de l'obésité, gratuit et coordonné, pour les adultes**

MENACES

- L'organisation des jeux olympiques en France a suscité un **engouement pour le sport**
- Travail de **promotion du bio et de la consommation locale** via le Programme Alimentaire de Territoire (PAT)
- Projet de déployer à l'échelle du département la **prise en charge proposée par l'AOP du DAC30** en subsidiarité des dispositifs de droit commun

OPPORTUNITES

PRISE EN CHARGE DES ENFANTS ET DES ADULTES

- Une **offre locale de soins structurée** grâce à un travail de coordination mené par le ROIBAL pendant 13 ans puis relai avec l'AOP du DAC30 depuis juillet 2022
- **Un impact positif sur les indicateurs de l'obésité pour les patients qui suivent les protocoles prescrits** (Plus de 60% des patients avec une évolution positive au bout de 2 ans de prise en charge)
- **Un programme d'Activité Physique Adaptée** rodé avec de multiples partenaires et qui constitue un vrai soutien pour les patients engagés
- L'expérience montre que plus la **prise en charge de l'obésité est globale et d'une durée suffisante (2 ans),** plus elle est **efficiente**
- Des prises en charges de **proximité réparties sur l'ensemble du territoire**, notamment sur les zones les plus reculées
- Un **réseau de prise en charge de 1er recours articulé avec le service de pédiatrie du centre hospitalier d'Alès,** et des liens avec les soins de 2ème et 3ème recours
- Grâce aux compétences acquises au sein du réseau, les **médecins prennent en charge eux-mêmes des situations de surpoids**, sans les intégrer dans le dispositif

- **Des prises en charge de plus en plus complexes nécessitant beaucoup de temps de coordination, et avec des taux d'échec plus élevés :** patients inclus avec des **obésités sévères avec plusieurs facteurs de complexité associés** (sociaux, psycho, médicaux, scolaires, économiques…)
- 35% des patients **arrêtent la prise en charge en cours**
- Des situations sociales dégradées fréquentes : près **de 50% des patients pris en charge sont sous le seuil de précarité**
- De nombreuses situations **accompagnées par les services de l'ASE et de la PJJ**
- De plus en plus de patients avec une reconnaissance MDPH pour des TND (TDAH, multidys…) ou des Troubles du comportement entrainant des difficultés scolaires (retard ou lacunes dans les apprentissages, déscolarisation, exclusion d'établissement…)
- **Echec d'ateliers collectifs** sur la thématique du "Soutien à la Parentalité" du fait d'une adhésion insuffisante
- **Manque de connaissances des professionnels sur les troubles du comportements alimentaires et les conséquences de la « grossophobie"**

- **Inauguration en septembre 2024 d'une Maison Intercommunale Sport-Santé à Alès.** Elle offrira une variété de services, incluant des séances d'activités physiques adaptées aux personnes en situation de handicap ou souffrant de maladies chroniques. Le centre mettra également en place des programmes de sport pour tous les âges et niveaux, visant les jeunes, les seniors et les familles.
- **Plusieurs ETP sur le territoire dont certains incluent des modules sur la thématique de l'alimentation**: Nouvelle Clinique Bonnefon, Centre Hospitalier d'Alès, Filieris…
- **Des programmes d'Activités Physiques Adaptées de plus en plus intégrés** dans la prise en charge des pathologies chroniques, notamment à Bessèges avec **un programme de prise en charge** des personnes avec une pathologie chronique comprenant plusieurs séances avec une diététicienne et avec une psychologue ainsi que de l'APA.
- **Des associations pour les personnes âgées en perte d'autonomie dans les QPV** permettent aux adhérents de s'initier à l'activité physique, à des ateliers de loisirs créatifs et des ateliers de prévention au sein du quartier.
- **Activité de chirurgie bariatrique** à la nouvelle clinique de Bonnefon et au CHAC en lien avec le CHU de Nîmes.

- Ces dispositifs sont **encore trop méconnus**
- **Manque de structures d'accompagnement** des patients pour une préparation avant l'intervention et un suivi post opératoire suffisant
- **Pas de dispositif de prise en charge de l'obésité, gratuit et coordonné, pour les adultes**
- Besoin des professionnels **de travailler davantage en interprofessionnel et en inter structures.**

FOCUS : Le petit déjeuner et le goûter des enfants

Des actions en direction des familles

Les petits déjeuners et goûters des enfants sont souvent constitués de produits industriels trop sucrés et peu équilibrés alors même qu'ils doivent être considérés comme des repas à part entière pour les enfants.

Le PAT d'Alès Agglomération a mis en place en partenariat avec RESEDA un groupe de travail sur cette thématique en 2024.

Ce groupe porte des projets en direction des familles au sein des écoles et des associations sportives.

Des actions sur tout le territoire

Des actions de sensibilisation auprès des familles et des jeunes sont menées sur tout le territoire du Pays Cévennes avec des forums (Alès, St Ambroix, Bessèges, Barjac…) ainsi que des interventions au sein des collèges et des établissements recevant des jeunes (Alès, Le Martinet, Génolhac, Bessèges, La Grand Combe…).

Sensibiliser

- **Poursuivre et développer les actions de sensibilisation** sur l'importance d'une alimentation équilibrée pour tous les publics
- Renforcer **la formation des professionnels** sur les questions de comportements alimentaires
- Maintenir la **sensibilisation sur la prise en charge de l'obésité et du surpoids** dans le monde du sport (Clubs de sport, professeurs d'activité physique...)
- Soutenir le travail en réseau et en complémentarité

2028

- **Améliorer le dépistage précoce**
- Développer **les liens ville/hôpital**
- **Poursuivre le maillage territorial**
- **Développer le partenariat avec le troisième recours**

2024

- Développer l'Education thérapeutique du patient
- **Développer les dispositifs de Droit commun** : MRTC et Mon soutien Psy
- Renforcer **la coopération entre les professionnels adhérents de l'AOP et les partenaires**

Prendre en charge

Axe
PARCOURS

Maladies chroniques

Repères

Maladies chroniques

- **Près de 4 585 admissions en affection de longue durée (ALD)** sont enregistrées en moyenne chaque année sur le territoire. Rapportées à la population et à structure par âge comparable, ces admissions représentent une incidence moins élevée que dans le Gard et en Occitanie.
- Première cause d'admission en ALD et deuxième cause de décès, **les maladies cardiovasculaires** sont, en moyenne chaque année à l'origine de 1 478 nouvelles admissions en ALD et de 428 décès sur le Pays Cévennes
- Deuxième cause d'admission en ALD et première cause de décès**, les cancers** sont, en moyenne chaque année, à l'origine de **987 nouvelles admissions en ALD** et de 531 décès sur le Pays Cévennes.

Admissions en ALD	Evolution
Toutes pathologies	↘
Cancers	→
Maladies Cardio-vasculaires	↗
Diabète	↘

Parcours maladies chroniques

Prévention

- Des actions de prévention sur les déterminants de santé nombreuses (alimentation, lutte contre le tabac, addictions, activité physique.....)
- Un accès à la prévention encore insuffisant pour de nombreux habitants
- Une nécessité de développer les actions de

Repérage / Orientation

- Un gradient social très marqué pour le dépistage précoce des maladies
- Persistance de freins pour le dépistage organisé avec des disparités territoriales pour le cancer du sein
- Peu de visibilité sur le conseil minimal par les professionnels de premier recours

Prise en charge

- Une offre de soins spécialisés de qualité (Cardiologie, Cancérologie, Maladies métaboliques et endocroiniennes, Néphrologie...)
- 19 programmes d'éducation thérapeutique du patient sont autorisés sur le territoire
- Une Maison Intercommunale Sport Santé labellisée en 2023
- Un nombre de médecins libéraux spécialisés faible (pneumologues, cardiologues...)

Une surmortalité par cancer

Première cause de décès et deuxième cause d'admission en ALD, **les cancers sont à l'origine de 531 décès et 987 nouvelles admissions en ALD d'habitants du territoire en moyenne chaque année au cours de la période 2016-2020.**

Parmi les habitants du Pays des Cévennes, **la mortalité par cancer est significativement plus élevée qu'au niveau national**, contrairement à celle des Occitans, en sous-mortalité significative et à celle des Gardois dont le taux de mortalité ne diffère pas de celui des métropolitains, à structure d'âge comparable. **L'incidence des ALD pour cancer est significativement plus faible dans le Pays Cévennes que l'incidence nationale**, alors qu'elle est significativement plus élevée dans le Gard.

Parmi les localisations cancéreuses analysées pour les décès par cancer, on compte dans le Pays Cévennes :

- 102 décès par cancer du poumon en moyenne chaque année,
- 54 par cancer du côlon
- 39 par cancer du sein

Dans le Pays, on observe une surmortalité et une surincidence des ALD significatives pour le cancer du poumon, à structure d'âge comparable ; ensuite, seule l'incidence des ALD pour **cancer du sein diffère significativement dans le Pays du niveau national en étant plus faible**.

En cinq ans, **la mortalité par cancer est restée stable** dans le territoire comme dans le département et au niveau national alors qu'elle a baissé de façon significative dans la région. Dans le Pays Cévennes, les mortalités pour les localisations de cancers analysées sont restées stables comme au niveau national, alors que la mortalité par cancer du poumon a baissé de façon significative dans le Gard.

Plus d'un habitant sur vingt touché par le diabète

En moyenne chaque année, **700 habitants du Pays sont admis en ALD en raison d'un diabète**. À structure d'âge comparable, le taux d'incidence des ALD ne diffère pas significativement dans le territoire du taux national alors qu'on note une surincidence significative dans le département et une sous-incidence significative dans la région.

En 2021, **plus de 11 000 habitants du Pays des Cévennes ont été traités pour un diabète, soit 5,8 % de la population** ; proche de ce qui est observé dans le département ou dans la région (6 %), cette part est légèrement plus élevée qu'au niveau national (5 %).

Une mortalité par maladies cardiovasculaires proche de la mortalité nationale

Seconde cause de décès et première cause d'admission en ALD, les maladies cardiovasculaires sont à l'origine de près de 430 décès en moyenne chaque année dans le Pays Cévennes et d'environ 1 480 nouvelles admissions en ALD en moyenne par an au cours de la période 2016-2020.

Pour les maladies cardiovasculaires, la mortalité et l'incidence des ALD observées dans le territoire, comme dans le département, ne diffèrent pas de façon significative de celles observées au niveau national alors que la région est en sous-mortalité et en surincidence des ALD significatives pour maladies cardiovasculaires, à structure par âge comparable.

En cinq ans, la mortalité par maladies cardiovasculaires a baissé de façon significative dans le Pays Cévennes comme dans la région ; elle est restée stable dans le Gard et en France métropolitaine.

À l'inverse et pendant la même période, **l'incidence des ALD a augmenté dans le Pays Cévennes** comme dans les territoires de comparaison.

18 programmes d'Education Thérapeutique des Patients autorisés sur le territoire

Source : mon-etp.fr - Septembre 2024

- **Cancer, Je sein'plifie** – Montpellier Institut du sein
- **Cancer et soins** – Centre Hospitalier Alès-Cévennes
- **Addictologie : Patients sous TSO et/ou psychotropes** – CSAPA Logos
- **Hépatite: Patients sous traitement antiviral et/ou présentant une pathologie hépatique chronique** – CSPA Logos
- **Poly-pathologie, poly-médication : L'art de vieillir avec ses pathologies –** P4S Filiéris
- **Néphropathie chronique grave : A chacun son choix** – AIDER Santé
- **Mieux dans ma tête, mieux dans mon corps : vers l'équilibre de mon poids** – P4S Filiéris
- **Obésité : Ob'équilibre** – Centre Hospitalier Alès-Cévennes
- **Obésité infantile : Tous en forme !** – DAC11
- **Obésité infantile : Je bouge, je grandis** – P4S Filiéris
- **Diabète : juste une question d'équilibre ?** – P4S Filiéris
- **Diabète : Diab'cool** – Centre Hospitalier Alès-Cévennes
- **Diabète de type 2** – Espace Grand Sud de l'éducation thérapeutique
- **BPCO : Réhabilitation respiratoire en ambulatoire** – Association Alésienne pour la Promotion de la Santé Respiratoire
- **Maladies respiratoires : Mieux comprendre pour mieux vivre** – Occitan'Air
- **Maladies respiratoires : Mieux vivre avec son traitement et sa maladie respiratoire chronique au quotidien** – Groupe Adène
- **Insuffisance cardiaque et coronaropathie : Mon cœur je t'aime** – P4S Filiéris
- **Insuffisance cardiaque** – Hôpital privé les Franciscaines

Repères…

mon-etp.fr

- Ce site permet **aux patients, aux aidants et aux professionnels de trouver les programmes d'Education Thérapeutique du Patient autorisés par l'Agence Régionale de Santé (ARS) en Occitanie.**
- Avec une fonction recherche par pathologie ou par territoire, ses liens vers **4 sous-thèmes "vivre avec ..."** permet aux patients d'être orientés vers des informations spécifiques sur le diabète, les maladies cardio-vasculaires ou encore les maladies respiratoires.
- Il fait partie des outils de la campagne de Communication de l'ARS « Je suis un grand malade ! Et alors ? »

www.mon-etp.fr

FOCUS : Effichronic (maladies chroniques & vulnérabilité)

Maladies chroniques

Un programme d'éducation à la santé unique en France

Effichronic est un programme récent qui s'adresse **aux patients atteints de maladie chroniques et en situation de vulnérabilité.** Il a été mis en place en 2020 dans une phase d'expérimentation sur le territoire.

Un des éléments essentiels des soins contre les maladies chronique est **l'autogestion de la maladie** et la capacité de l'individu à gérer les symptômes, le traitement, les conséquences physiques et psychosociales et le changement de style de vie inhérent à la maladie chronique.

Les partenaires mobilisés sur les différents territoires soulignent **les aspects novateurs et prometteurs de cet accompagnement pluriprofessionnel**. Ils notent aussi les interfaces qui se sont créées ou développées à partir de ce programme d'ateliers.

Les personnes prises en charge ont fait remarquer que ce programme a permis **un déblocage de certaines situations complexes.** D'autres, se sont **remis en « mouvement »**, ont renoué des contacts intrafamiliaux ou avec leur entourage, d'autres encore décrivent la mise en pratique d'exercices et d'astuces dans leur quotidien.

Public cible

Personnes porteuses d'une maladie chronique ou d'une maladie avec des symptômes depuis plus de 6 mois

ET

- Bénéficiaires du RSA,
- Personne avec score EPICES > 30
- Les personnes au chômage de longue durée,
- Les personnes en dessous du seuil de pauvreté
- Personne en isolement social et /ou géographique
- Personne en situation de handicap,
- Les bénéficiaires de la PUMA,
- Détenus,
- Les sans-abris

AVEC

- Aidants présentant des caractères de vulnérabilité (financière, géographique)

« J'ai trouvé les astuces proposées pleines de bon sens et très saines, je pense sincèrement qu'en suivant les idées proposées on peut s'offrir une vie bien plus confortable physiquement que moralement. »

Le déploiement d'Effichronic sur le territoire

Le repérage	L'orientation	Les ateliers	L'évaluation	L'orientation secondaire
- Grille de repérage du CD30 - Auto-questionnaire - Temps de distribution - Temps d'appropriation	- Vers le P4S - Temps d'inclusion dans le logiciel - Programmation d'un groupe - Temps de contact et de programmation	- Par le P4S - Dans un lieu de proximité - Premières rencontres et organisation des 6 ateliers - Remplissage des dossiers individuels - Déroulement des 6 ateliers	- Par le P4S et le CD30 - Questionnaires de satisfaction - Grilles d'évaluation du programme	Par le P4S vers : -programme ETP thématique -Ateliers du territoire APA, sophrologie

- 5 groupes constitués **avec 40 personnes prises en charge** sur l'ensemble de la durée des ateliers
- **15 assistantes sociales et 2 patients partenaires formés** par le P4S

La Maison Intercommunale Sport-Santé

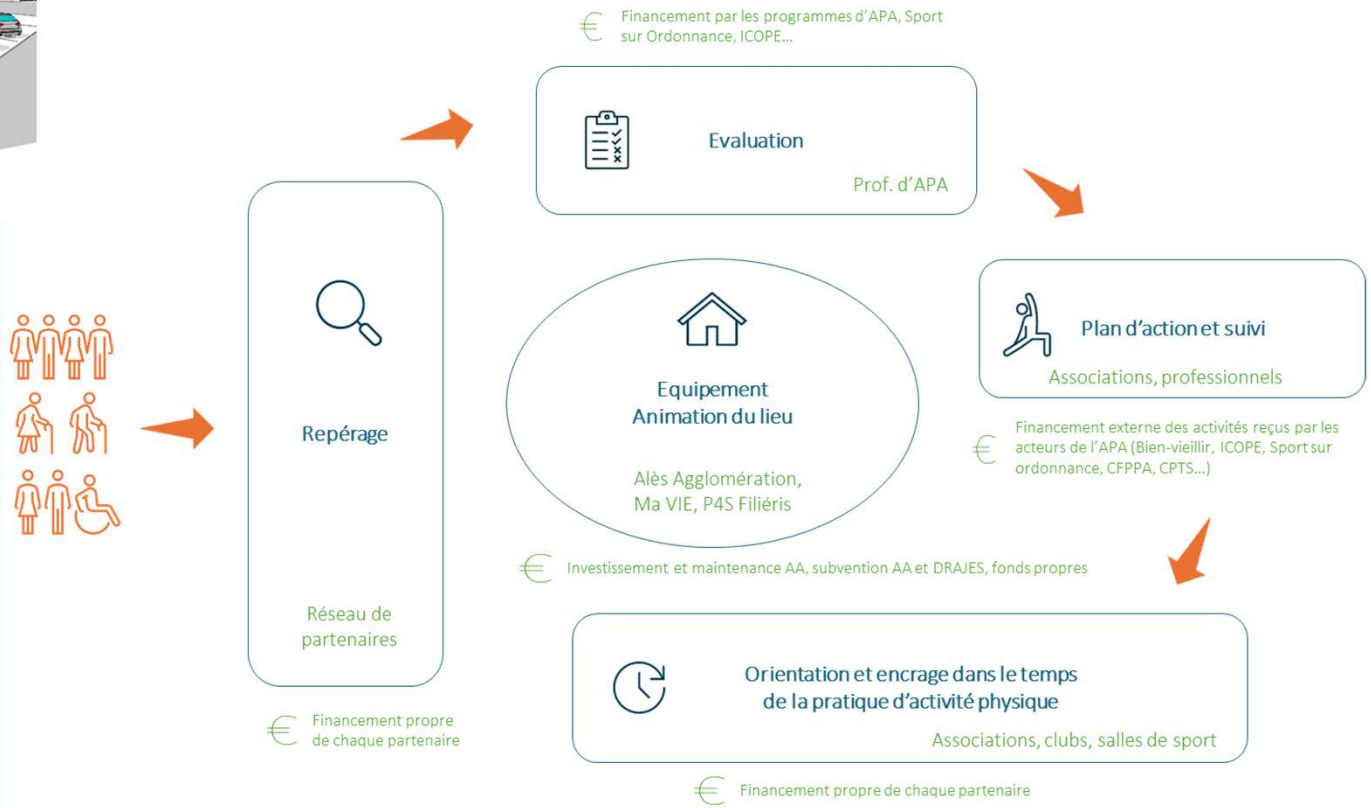
Maladies chroniques

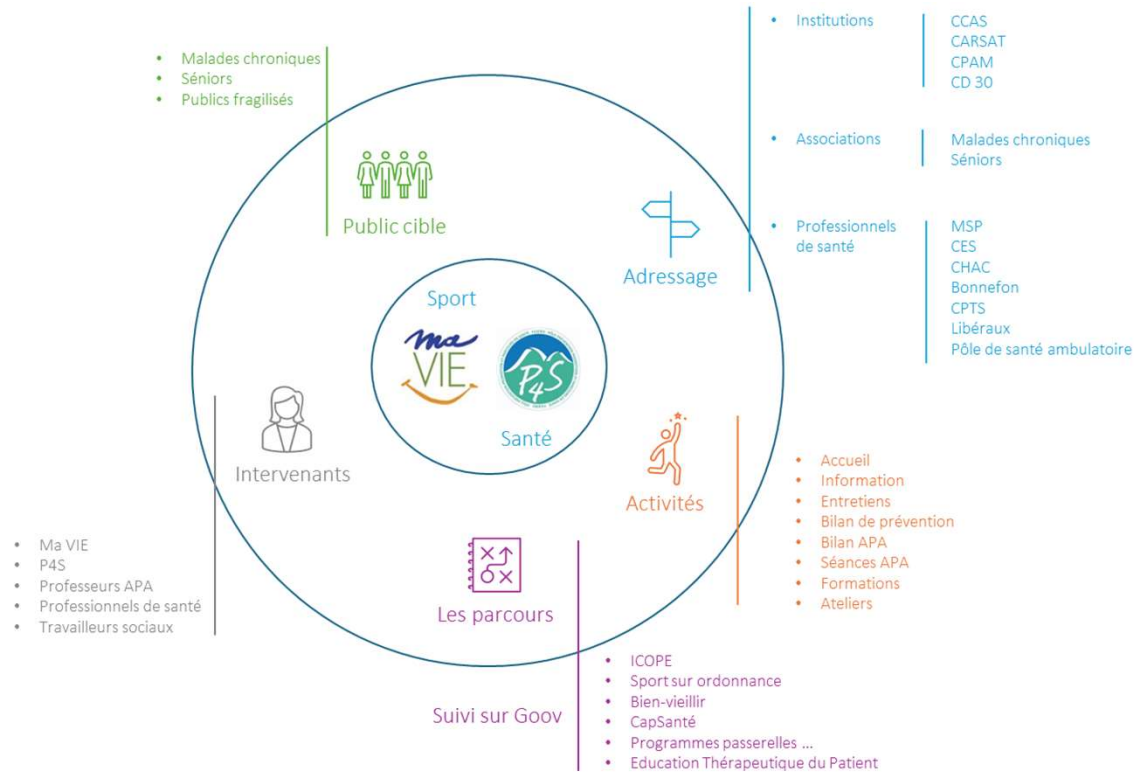
Inaugurée en septembre 2024, la MISS est organisée de manière originale afin **d'associer encore plus largement les acteurs du Sport et de la Santé.**

En associant **2 acteurs majeurs du territoire** (l'Association Ma VIE pour l'Activité Physique Adaptée et le Pôle de Prévention de Filiéris pour la Santé), elle permet une meilleure synergie dans le **parcours des personnes** accompagnées.

L'objectif est de **renforcer le repérage** des personnes ayant un **besoin de prévention et d'APA,** de les évaluer et de **leur proposer des programmes adaptés** en fonction de leurs caractéristiques (âge, facteurs de risques, pathologies…) et ensuite de les **orienter vers des accompagnements pérennes** tant en matière de santé (associations, professionnels de santé…) que d'activité physique (associations, clubs, salles de sport).

Pour ce faire, la MISS propose **la concentration et l'articulation des dispositifs existants** de réparage des fragilités, d'éducation thérapeutique du patient et d'activité physique adaptée.





« Aller vers » les publics à risque…

- Le repérage précoce a pour objectif **d'identifier les déterminants de fragilité et de risques** pour agir sur ces déterminants afin de prévenir la survenue d'événements défavorables et/ou de retarder la dépendance dite « évitable ».
- Parmi ces déterminants, **la sédentarité** est prépondérante. Impliquée dans l'apparition de maladies chroniques, de complications, le risque de chutes, la dépression, elle est également un **facteur aggravant** des troubles cognitifs et d'une dégradation de la qualité de vie.

L'APA, un élément essentiel dans la prise en charge des maladies chroniques

- L'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients **à acquérir ou maintenir les compétences d'autosoins et d'adaptation** dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Il s'agit notamment de mettre en œuvre des **modifications à leur mode de vie** (équilibre diététique, activité physique, etc.).
- Elle comprend des **activités organisées** conçues pour **rendre les patients conscients et informés** de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures, et des comportements liés à la santé et à la maladie.

HAS - 2007

Axe 1
PARCOURS

Soins palliatifs

LES SOINS PALLIATIFS: REPÈRES

Les soins palliatifs selon l'OMS (2002)

Les **soins palliatifs** cherchent à **améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille**, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle, par **la prévention et le soulagement de la souffrance**, identifiée précocement et évaluée avec précision, ainsi que le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés.

Les soins palliatifs procurent le soulagement de la douleur et des autres symptômes gênants, soutiennent la vie et considèrent la mort comme un processus normal, n'entendent ni accélérer ni repousser la mort, intègrent les aspects psychologiques et spirituels des soins aux patients, proposent un système de soutien pour aider les patients à vivre aussi activement que possible jusqu'à la mort, offrent un système de soutien qui aide la famille à tenir pendant la maladie du patient et leur propre deuil, utilisent une approche d'équipe pour répondre aux besoins des patients et de leurs familles en y incluant si nécessaire une assistance au deuil, peuvent améliorer la qualité de vie et influencer peut-être aussi de manière positive l'évolution de la maladie, sont applicables tôt dans le décours de la maladie, en association avec d'autres traitements pouvant prolonger la vie, comme la chimiothérapie et la radiothérapie, et incluent les investigations qui sont requises afin de mieux comprendre les complications cliniques gênantes et de manière à pouvoir les prendre en charge.

Un réseau local dynamique : Réseau de Soutien et de Soins Palliatifs du Bassin Alésien (RSSP)

- Créé en 1995, pour soutenir une prise en charge globale du patient en fin de vie et de son entourage en garantissant l'accès aux soins, la continuité, la qualité et la coordination des soins
- Composé des représentants des ressources en soins palliatifs du territoire, de la ville et de l'hôpital : médecins généralistes, IDEL, équipe mobile de soins palliatifs, LISP, médecin coordonnateur d'EHPAD, bénévoles, élus, cadres de santé, HAD, DAC
- Le RSSP est à l'origine de l'EMSP en 2000 et a porté de 2006 à 2013 l'équipe réseau « Ensemble ». Il a ensuite organisé la fusion des deux équipes en un dispositif unique porté par l'hôpital : l'EMSP
- Depuis 2013 le RSSP s'est recentré sur l'animation des espaces de concertations (comité de pilotage, GT LISP) et la promotion de la démarche palliative en direction des professionnels et du public (actions de sensibilisation, semaine des soins palliatifs, soirées thématiques etc.), et le soutien aux acteurs locaux (soutien des pratiques professionnelles, formation, ingénierie de projets)
- Le RSSP est porté et animé par l'association Reseda dans le cadre du programme local de santé

Repères sur le Pays Cévennes

- 60 % des situations de fin de vie nécessiteraient des soins palliatifs, ce qui représente une population cible de 1054 personnes par an sur le Pays Cévennes.
- Le vieillissement de la population et l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et dégénératives indiquent un besoin accru en soutien et soins palliatifs
- Dans le Gard, 47.5 % des décès ont lieu au domicile personnel ou en établissement médico-social, contre 40 % en France métropolitaine.

Source: Rapport IGAS 2016

Cellule régionale de soins palliatifs (CRSP)

- Portée par la FACS Occitanie, en lien étroit avec le GROSP, le CRSP pourra faire du lien avec les instances de l'ARS, et améliorer le maillage territorial des soins palliatifs.
- Les travaux préliminaires portent sur la réalisation d'un diagnostic dans chaque département, afin de réaliser une cartographie de l'offre de soins palliatifs sur le territoire régional avec des données de terrain dans le but de constituer un observatoire des soins palliatifs..
- L'objectif est d'améliorer l'accès aux soins palliatifs en retravaillant le maillage territorial : repérer les zones blanches, favoriser l'articulation, renforcer les dispositifs si nécessaire, soutenir les équipes locales.
- Le comité de pilotage de cette cellule constitué par les institutions, les hôpitaux publics et privés, les professionnels de santé des différentes catégories, les LISP, les équipes mobiles intra et extra hospitalières, les DAC et les soins palliatifs pédiatriques.

LES SOINS PALLIATIFS: ETAT DES LIEUX

FORCES

- Un **dispositif unique ville-hôpital** qui coordonne les situations dans les services hospitaliers et au domicile
- Un **réseau local** qui fonctionne bien, avec des ressources repérées et accessibles (composé de professionnels libéraux et d'établissements)
- Un travail étroit **d'accompagnement et de formation des professionnels** (EHPAD, SSIAD, IDEL, MG, services spécialisés, SSR, ...)
- Une **association de bénévoles** (ASP) bien intégrée dans le parcours de soins
- Des **CPTS** qui peuvent être des relais du RSSP pour sensibiliser au plus près des habitant et des professionnels

FAIBLESSES

- Une **détection encore incomplète** des situations palliatives dont la fin de vie et des orientations tardives qui sont des freins à une prise en charge optimale en soins palliatifs
- Dans le cadre des droits du patient, les **directives anticipées** et la **personne de confiance** sont encore méconnues d'une partie de la population, malgré les communications nationales et les actions locales
- Un **manque d'actions d'information** au plus près des publics notamment les plus vulnérables
- Une **meilleure écoute et un projet de soin** pour les personnes ne souhaitant plus d'obstination déraisonnable
- Des **liens avec les services d'urgences** et le centre 15 à consolider
- **Pas d'unité de soins palliatifs** sur le territoire
- Besoin de concertation autour des **LISP** pour soutenir les bonnes pratiques
- Difficultés pour **l'EMSP** de répondre à l'ensemble des missions avec une file active qui continue à augmenter

MENACES

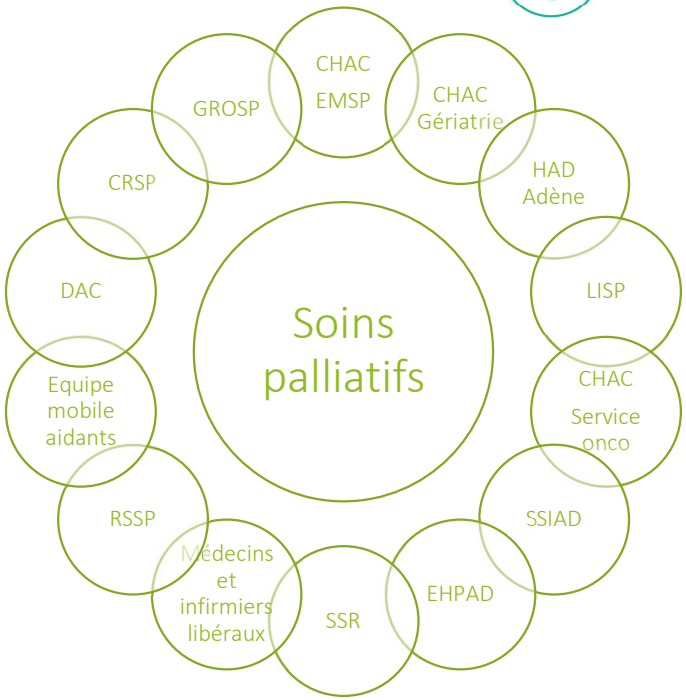
- Une **nouvelle loi** à venir sur la fin de vie à anticiper en termes d'information et d'articulation pour faciliter l'adaptation aux évolutions de la réglementation et à leurs répercussions dans les accompagnements en soins palliatifs
- **Animation du RSSP fragilisée** par le départ de la référente bénévole du RSSP et difficile implication suivie des acteurs de santé dans le RSSP dans un contexte de tension dans l'activité

OPPORTUNITES

- Une **cellule régionale des soins palliatifs** pour avaliser les ressources et les besoins, et améliorer l'accès aux soins palliatifs
- Une **nouvelle loi qui donne de la visibilité à la fin de vie, à la culture palliative**, et qui est l'occasion de renforcer l'information sur ce que permet la loi de 2016

Une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) Ville-hôpital

- Un **dispositif ville-hôpital unique** qui intervient en **2ème ligne** dans les services du Centre Hospitalier d'Alès Cévennes, dans les autres structures de soins du territoire, au domicile et dans les lieux de vie. Le territoire d'intervention de l'équipe s'étend sur **tout le Pays Cévennes** (et au-delà, jusqu'à la vallée du Vidourle). L'EMSP travaille avec l'ensemble des acteurs en liens avec les soins palliatifs en **liens étroits avec les acteurs de 1ere ligne** (HAD, libéraux) les bénévoles , les LISP, EHPAD, la maison des aidants, etc.
- L'EMSP a été créée en 2000 par le réseau de soins palliatifs local, est portée par le centre hospitalier d'Alès. En 2013 grâce à la fongibilité des enveloppes, le RSSP a soutenu la fusion de son équipe réseau Ensemble avec l'EMSP pour former une seule équipe, portée par l'hôpital, intervenant dans et hors les murs.



Modalités d'implication de l'EMSP dans le parcours

	Prévention sociale	Prévention primaire	Soins de premiers recours	Hospitalisation évitable	Gestion des urgences	HAD	SSR	USLD	EHPAD	Soutien à domicile
	PREVENTION		FILIERE GERIATRIQUE				ETABLISSSEMENT			DOMICILE
L'EMSP	• **Forme les professionnels et des bénévoles** du territoire : promotion de la démarche palliative, soutien aux pratiques professionnelles, accompagnement à la réflexion éthique, • **Diffuse les outils** (préconisés par les sociétés savantes) et recommandations de bonnes pratiques (HAS) et **soutien les professionnels à leur utilisation**		**Sans se substituer aux équipes soignantes:** • **apporte expertise, conseils et soutien** aux professionnels confrontés à des situations qui les interpellent • se déplace sur le territoire tant en institutions qu'à domicile (le domicile inclue les EHPAD) • **participe aux staffs des services** dans les établissements (de santé ou médico-sociaux), **aux réunions de concertation pluridisciplinaire** des équipes qui interviennent à domicile • **facilite les liens** avec les professionnels libéraux, les structures de soins, et contribue ainsi à prévenir la complexité des situations, ou à soutenir les équipes en charge de cette complexité • **facilite le travail interdisciplinaire** autour de la démarche palliative des acteurs de santé				• **intervient dans tous les services de soins du CH** d'Alès-Cévennes • **répond aux sollicitations des équipes de soins des différents établissements** (sanitaires et médico-sociaux) **du territoire** • **travaille** étroitement avec les **équipes des établissements de santé qui ont des Lits Identifiés en Soins Palliatifs** (LISP)	• intervient au **domicile** (qui comprend les EHPAD) • **favorise** par ses actions et ses démarches, le **maintien et/ou le retour à domicile** • **participe** par ses interventions **à l'accompagnement des aidants** et contribue au non-épuisement de ceux-ci • propose un **soutien par un psychologue de l'équipe pour la personne ou ses proches** • organise des **réunions interdisciplinaires** • travaille **en lien avec l'HAD**

Des bénévoles intégrés dans les structures

- **L'Association Être Là, Accompagnement Soins Palliatifs (ASP) Gard**, est implantée sur le territoire avec une équipe composée d'une quinzaine de bénévoles accompagnants qui bénéficient d'une formation initiale, d'une formation continue et de groupes de paroles.
- Leurs interventions se basent sur l'écoute, la présence, en binôme auprès des patients, de leur entourage, à domicile, dans les structures hospitalières et dans les lieux de vie, à la demande des professionnels de santé dont les infirmiers. Les bénévoles sont soumis au secret professionnel et travaillent en lien étroit avec les professionnels de santé et l'EMSP.
- En 2022 ils sont intervenus dans 18 structures et au domicile des patients, et ont accompagné 365 patients avec leur entourage

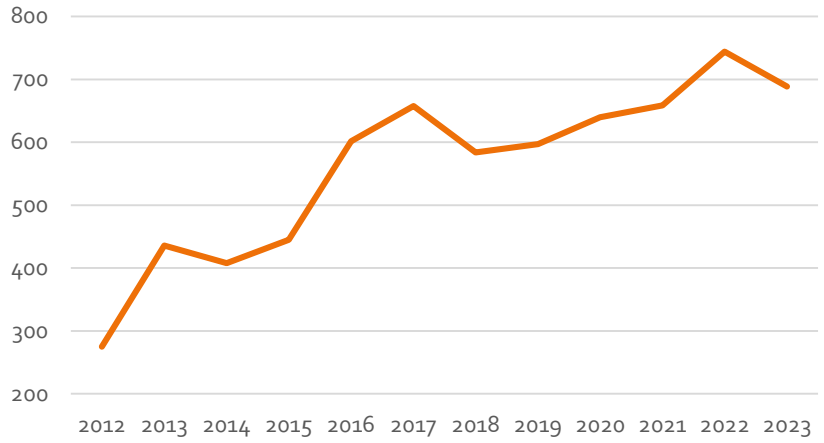
FOCUS : L'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP)

Composition de l'EMSP

2 médecins, 1 cadre de santé (0.2 ETP), 3 infirmières, 2 psychologues (1.5 ETP), 1 assistante socio-éducative et 1 assistante médico-administrative, pour un total de 8,7 ETP

Les missions de l'EMSP	
Mission clinique en appui aux équipes de 1ère ligne	**La prise en charge de la douleur** et des autres symptômes difficiles et soins de support. **L'accompagnement psychologique et psychosocial.** **Le rapprochement, le maintien ou le retour à domicile.**
Mission de soutien des proches	**L'accompagnement et le soutien des proches** dans les domaines psychologiques et/ou sociaux, pendant la maladie grave ou après le décès.
Mission Ressource	Toute intervention de l'équipe mobile s'accompagne **d'échanges avec le/les professionnels référents** de la personne en situation palliative pour apporter : • Des **conseils et avis thérapeutiques** (prise en charge, soulagement de la douleur, geste technique) • Une **concertation** (aide à la décision, à la réflexion éthique).
Mission de formation	Les missions de l'EMSP du territoire concernent la **sensibilisation aux soins palliatifs et à la réflexion éthique,** qui inclue la **formation des professionnels et des bénévoles** du territoire: • **Formations** à destination des professionnels : des LISP (Lits Identifiées en Soins Palliatifs), des SSIAD, des services du CHAC, des EHPAD, des IDEL du territoire, des étudiants en soins infirmiers (ESI) et élèves aides-soignants (EAS), des stagiaires internes en médecine générale + lieu de stage du DIU de soins palliatifs (Montpellier, Nîmes) • **Actions de sensibilisation et de formation aux soins palliatifs** (colloques, soirées débats, etc.) organisé avec le réseau.
Mission Réseau	L'équipe mobile fait partie du réseau de soins palliatifs du bassin alésien et en est un élément central et actif.

File active de l'EMSP



- Une **augmentation de la file active** et des accompagnements auquel l'équipe doit faire face en assurant un accompagnement de qualité aux patients.
- Un **vaste territoire** parfois d'accès difficile
- Une **équipe en difficulté par manque de moyens humains**, compte-tenu de l'augmentation de la file active et de la taille du territoire, et qui doit parfois se centrer sur les accompagnements au détriment de sa participation active aux activités du réseau
- Ses **missions** correspondent en tous points au référentiel des EMSP (rapport Aubry 2006)
- Une **équipe à étoffer** afin de **pérenniser le nombre des interventions** et **garantir la bonne réalisation de l'ensemble des missions** de l'EMSP

FOCUS : Les Lits Identifiés en Soins Palliatifs

Le cadre des LISP

Définition des Lits Identifiés Soins Palliatifs (Circulaire du 8 Mars 2008) : « Les LISP se situent dans des services qui sont confrontés à des fins de vie ou des décès fréquents, mais dont l'activité n'est pas exclusivement consacrée aux soins palliatifs ; l'individualisation des LISP au sein d'un service ou d'une unité de soins permet d'optimiser son organisation pour apporter une réponse plus adaptée à des patients qui relèvent de soins palliatifs et d'un accompagnement, comme à leurs proches».

- Inscrits dans le schéma général de l'offre de soins défini par la circulaire n° 2002/98 du 19 février 2002
- La possibilité d'avoir des LISP concerne tous les services ayant une activité importante en soins palliatifs, qu'il s'agisse de services de court séjour (médecine, chirurgie), de soins de suite et réadaptation (SSR), de soins de longue durée (SLD).
- Circulaire DHOS du 25 mars 2008 précise missions et organisations des LISP:

-identification et rôle d'un référent dans le service

-présence d'un psychologue, de bénévoles, du service social

-critères d'admission

-coopération entre les structures

-effectif soignant souhaité (+ 0.3 ETP par lit)

-formation en soins palliatifs nécessaire des effectifs soignants

- Les établissements disposant de LISP sont tenus de s'inscrire dans les critères définis par ce cahier des charges qui indique en particulier la présence de personnel supplémentaire et formé aux soins palliatifs.
- La création du GHS 7958, spécifique aux patients inclus dans un LISP de court séjour, permet la valorisation, par l'intermédiaire de la Tarification à l'Activité (T2A), d'environ 30% du prix de séjour.
- En 2012, la SFAP publie un guide « Soutien et « bonnes pratiques » pour la gestion des LISP »

Nombre de LISP dans le Pays Cévennes

Etablissement/service	Nombre de LISP
Centre Hospitalier Alès-Cévennes – Médecine 1	2 lits autorisés (court séjour)
Centre Hospitalier Alès-Cévennes – Oncologie	4 lits autorisés
Centre Hospitalier Alès-Cévennes - Gériatrie	2 lits autorisés (court séjour)
Centre Hospitalier de Ponteils	2 lits autorisés (court séjour)
Nouvelle Clinique Bonnefon	4 lits autorisés (court séjour)
SSR La Pomarède	6 lits autorisés (3 lits ouverts)
SSR Les Cadières	6 lits autorisés (Gériatriques)
Total	2023 : 23 lits

Un groupe de travail LISP

- **Depuis 2009**, initié et accompagné par le RSSP, composé des représentants des structures disposant de LISP et de l'EMSP
- **Objectifs**:

- Accompagner les porteurs et soutenir les LISP sur le territoire

- Partager réflexions et expériences autour des LISP

- Harmoniser les pratiques

- Améliorer localement à la qualité de l'accompagnement en LISP

- **Réalisations**

- Dossier commun de pré-admission en LISP

- Programme de formation pluri institutionnelle et pluridisciplinaire pour les personnels des services disposant de LISP

LES SOINS PALLIATIFS: PROPOSITIONS D'ACTIONS

- **Renforcer l'animation et les relais du RSSP** en s'appuyant sur les CPTS et le DAC, intégrés dans l'équipe mutualisée en santé publique

- **Renforcer la concertation partenariale à travers le RSSP** pour anticiper les évolutions législatives et intégrer et favoriser l'articulation entre les acteurs de santé du territoire autour des soins palliatifs (professionnels libéraux, équipes des structures hospitalières et des lieux de vie, structure accompagnent à domicile, dispositifs territoriaux).

- **Soutenir l'EMSP** afin de favoriser son implication dans le RSSP, et ses missions de sensibilisation et de formation

2028

- Poursuivre les **actions d'information auprès de la population et des professionnels** sur les soins palliatifs et notamment sur les directives anticipées, la personne de confiance et la loi du 02 février 2016 créant de nouveaux droits pour les personnes malades en fin de vie (dite Loi "Léonetti Claeys") afin de favoriser le recours à ces droits et leur mise en œuvre et participer à la diffusion de la culture palliative

- Organiser des **réunions d'information concernant la future loi sur la fin de vie et ses implications**, à destination du grand public et des professionnels de santé

- Poursuivre la **formation et le soutien des pratiques des professionnels du 1er recours**, afin de faciliter l'application des protocoles prévus par la loi de 2016 (sédation profonde et continue)

2024

- Mener une **réflexion en faveur de l'augmentation des LISP sur le territoire**, et soutenir l'harmonisation des pratiques avec le cahier des charges

- Mettre en place des **temps d'échange de pratique inter-institutionnels** pour toutes les personnes qui interviennent dans le parcours des personnes en soins palliatifs

- Intégrer les **3 CPTS** dans le comité de pilotage élargi du RSSP, et s'appuyer sur les CPTS comme relais pour la sensibilisation aux soins palliatifs

- Soutenir la mise place d'une **permanence de l'EMSP à la maison des aidants**

Partie III

Axe

Accès et organisation des soins de santé primaire

DÉFINITION DES SOINS DE 1ER RECOURS

Repères...

L'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécient en termes de distance, de temps de parcours, de qualité et de sécurité. Ils sont organisés par l'agence régionale de santé au niveau territorial et conformément au schéma régional d'organisation des soins. Ces soins comprennent :

- La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;

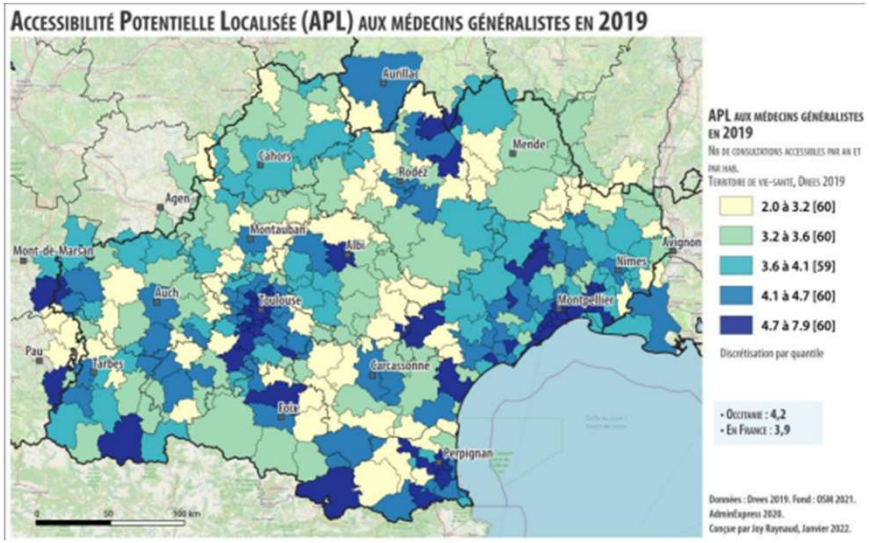
- La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;

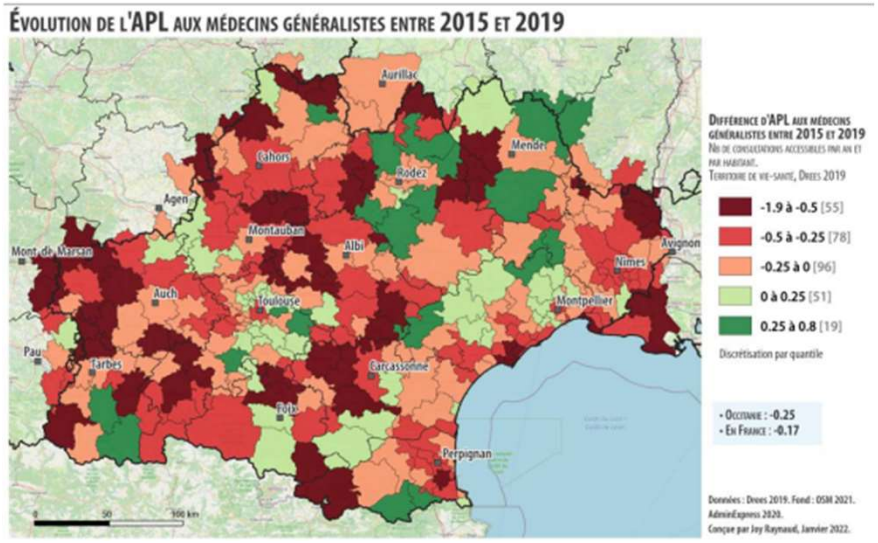
- L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;

- L'éducation pour la santé.

Les professionnels de santé, dont les médecins traitants, ainsi que les centres de santé concourent à l'offre de soins de premier recours en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux.

Code de la santé publique





URPS Médecins Occitanie – 2022

Un accès à la médecine générale qui se dégrade

On estime à plus de **15.000 personnes le nombre d'habitants qui n'ont pas accès à un médecin traitant sur le Pays des Cévennes**. Cette situation de vulnérabilité et le stress qu'elle engendre, ne permet pas à ces personnes d'accéder à un parcours de soins coordonnés et donc remboursés par l'Assurance Maladie.

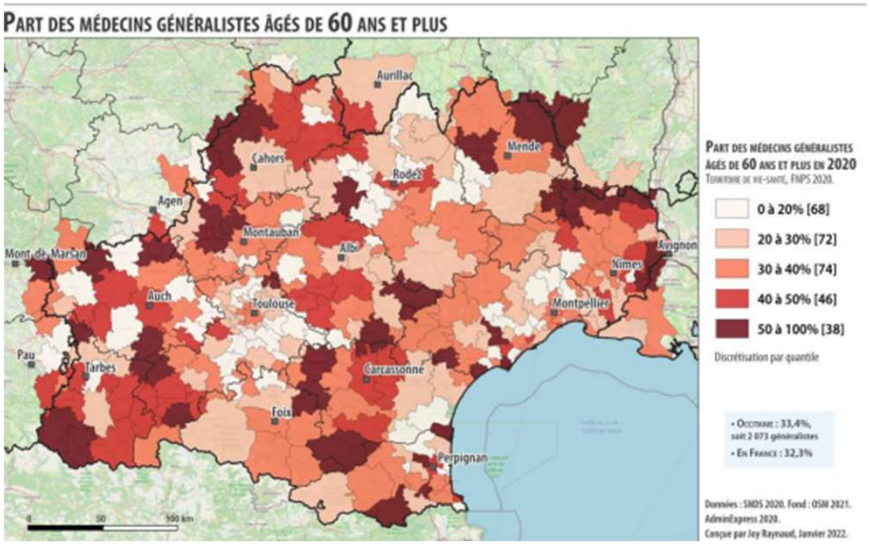
Ce nombre est amené à augmenter les prochaines années compte tenu **que la moitié des médecins généralistes installés ont plus de 60 ans et 20 % ont plus de 65 ans**. En contrepartie, l'installation de nouveaux médecins ne viendra pas compenser les départs dans une situation nationale en tension.

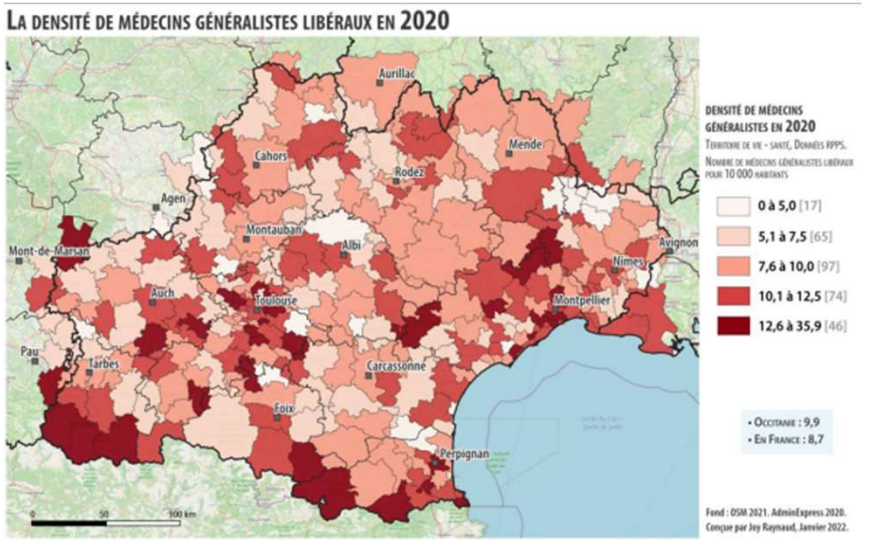
Si le maintien d'une offre de médecine générale traditionnelle n'est pas envisageable**, la réorganisation du soin autour d'une équipe traitante** est à envisager.

Repères...

Indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée (APL)

L'Accessibilité Potentielle Localisée est un indicateur local, disponible au niveau de chaque commune, qui tient compte de l'offre et de la demande issue des communes environnantes. Calculé à l'échelle communale, l'APL met en évidence des disparités d'offre de soins qu'un indicateur usuel de densité, calculé sur des mailles beaucoup plus larges (bassins de vie, départements...), aura tendance à masquer. L'APL tient également compte du niveau d'activité des professionnels en exercice ainsi que de la structure par âge de la population de chaque commune qui influence les besoins de soins. L'indicateur est calculé en nombre de consultations ou visites accessibles par habitant standardisé sur l'âge, rendant comparable l'accessibilité de communes ayant des populations d'âges très différents.





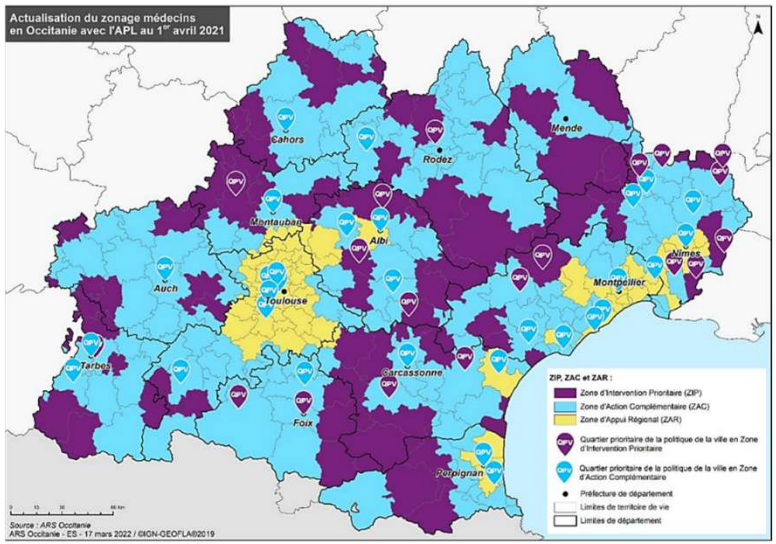
URPS Médecins Occitanie – 2022

Un contexte national peu favorable

La densité de médecins généralistes diminue nettement entre 2012 et 2021, en raison d'une part de la **baisse des effectifs de médecins généralistes** et, d'autre part, **de l'augmentation de la population**. Elle passe ainsi de **153 médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2012 à 140 médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2021**. Cette diminution affecte l'ensemble des régions françaises mise à part la Bretagne où la densité passe de 151 à 156 médecins généralistes pour 100 000 habitants.

Ce mouvement va de pair avec un creusement des inégalités entre régions : ainsi, entre 2012 et 2021, le rapport entre la densité des 25 % de français les mieux dotés et celle des 25 % les moins bien lotis est passé **de 1,07 à 1,21** et la part de population résidant dans une région dont la densité est inférieure de plus de 20 % à la moyenne nationale a progressé pour atteindre 4 % en 2021, contre 1 % en 2012.

DREES – 2021



Elargissement du « zonage médecins généralistes » par l'ARS

Depuis 2022, l'ensemble des communes du Pays des Cévennes bénéficient désormais de dispositifs d'appui, avec un zonage élargi et des financements complémentaires de l'ARS. Au-delà des aides à l'installation, cette mobilisation porte sur tous les leviers de l'attractivité médicale sur le territoire:

- Actions dès la formation des professionnels de santé
- Actions dans l'organisation des soins
- Innovation dans la pratique des soins
- Aides à l'installation et à l'exercice territorial
- Valorisation de tous les dispositifs disponibles en Occitanie

Repères…

Une autre façon de penser les soins de premier recours

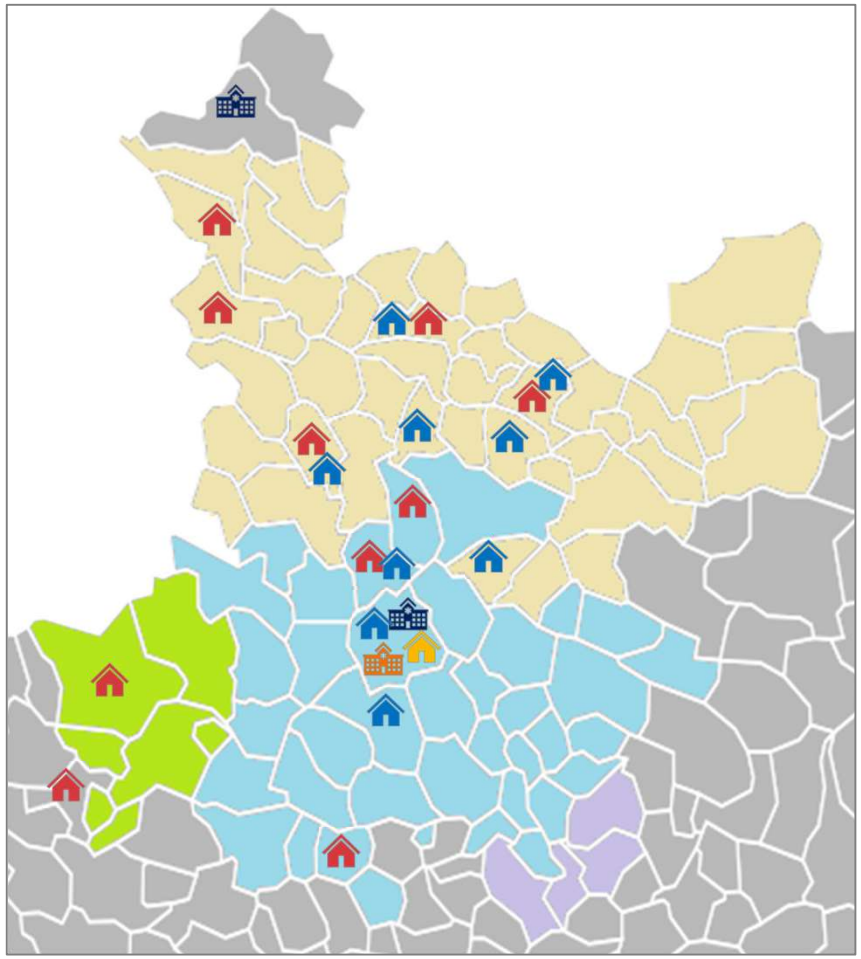
Selon l'Académie Nationale de Médecine (ANM), dans son avis du 20 février 2023 sur *le rôle et la place pour le médecin généraliste dans la société française au XXIème siècle*, **le passage du médecin traitant à l'équipe de santé référente** est une condition essentielle à l'accès aux soins de premier recours pour l'ensemble des habitants et à une plus grande qualité d'exercice pour les médecins.

Aujourd'hui **en moyenne un médecin généraliste suit 1060 patients** (avec toutefois de grandes disparités [<731 - >1844] entre les praticiens libres de définir leurs modalités d'exercice et la taille de leur patientèle. En moyenne, les médecins généralistes travaillent 55,5 h/semaine dont 7 à 9 h de tâches administratives.

L'exemple allemand nous montre que dans la même amplitude horaire, un médecin généraliste, s'il est secondé seulement par un assistant médical et administratif, suit une patientèle de 2000 patients.

Sur la base d'une moyenne de 4,5 à 5 jours d'exercice par semaine, répartis en demi-journées en collaboration avec ses collègues, l'ANM indique **qu'un médecin généraliste pourrait suivre une file active médiane de plus de 1500 patients** en partage d'actes avec les autres soignants.

Rapporté à la démographie médicale actuelle probable d'environ 50.000 médecins pratiquant à plein temps et exclusivement la médecine générale (sur les 99.941 généralistes en exercice), pour 68 millions d'habitants, **il faudrait un médecin généraliste pour 1350 habitants pour répondre aux besoins actuels.**



Données Juin 2024

L'enjeu des exercices coordonnés

La crainte d'un exercice isolé est aujourd'hui l'un des principaux freins à l'installation. Les jeunes médecins privilégient l'exercice coordonné en équipes pluriprofessionnelles de soignants. L'attractivité de nos territoires prend appui sur le déploiement de toutes ces formes d'exercice coordonné et de partage des compétences de soins. C'est un levier essentiel renforçant la coordination entre professionnels dans toutes ses domaines : entre les différents professionnels de santé, entre la ville et l'hôpital, vers les structures médico-sociales, …

Des CPTS dynamiques sur le territoire

L'ensemble des communes du Pays des Cévennes sont couvertes par 4 Communautés Professionnelles de Territoire de Santé (CPTS).

Si leurs projets de santé sont indépendants, leurs missions sont les mêmes et de nombreux sujets sont traités communément au sein d'une dynamique inter-CPTS à laquelle participe activement le Contrat Local de Santé (Liens ville-hôpital, gestion des risques majeurs…)

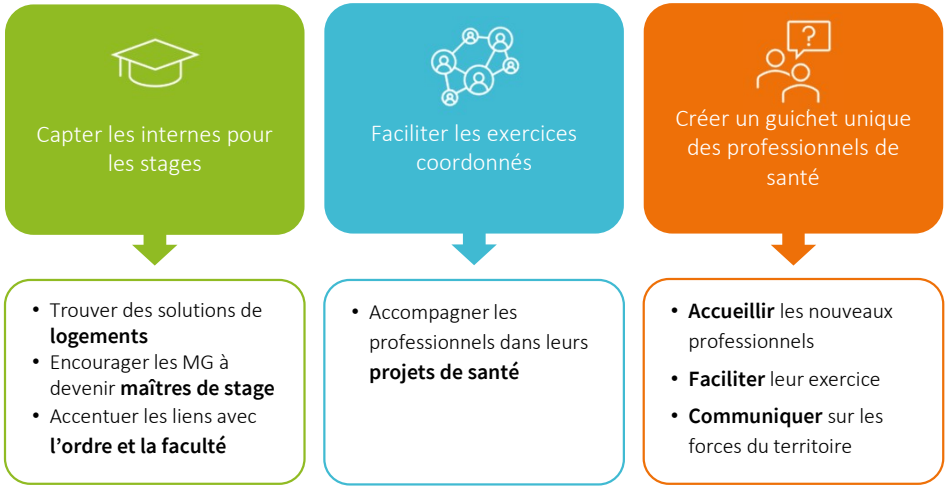
- Communes inclues dans la CPTS Entre Cèze et Gardon en Cévennes
- Communes inclues dans la CPTS La Cévenole
- Communes inclues dans la CPTS Entre Châtaignes et Micocoules
- Communes inclues dans la CPTS Regards
- Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (dont multisites)
- Centres de Santé
- Pôle de Soins Ambulatoires
- Centres Hospitaliers publics
- Clinique Privée

Un programme d'attractivité pour les médecins généralistes

Soins primaires

Dès 2017, pour répondre à la tendance de baisse de la démographie médicale sur le bassin alésien, un programme d'attractivité a été mis en place. Il s'est appuyé sur un diagnostic territorial notamment alimenté par le CHAC, la Clinique Bonnefon, et l'Association locale des médecins généralistes, qui ont pu mettre en avant un manque de praticiens, une difficulté à maintenir le nombre de cabinets de médecine générale existants dans les années à venir et une profession médicale en mutation avec de nouvelles aspirations.

Conjointement mené par la collectivité, les professionnels de santé et des partenaires institutionnels (ARS, CPAM, Ordre des médecins, Faculté de médecine), ce programme s'est concentré sur 3 axes stratégiques prioritaires.



Une plaquette de présentation du territoire et des actions menées en faveur de l'installation des médecins généralistes a été diffusée à près de 2000 exemplaires en 5 ans.

L'accueil des candidats à l'installation s'organise depuis en coopération avec les services santé et développement économique de la collectivité et les médecins installés sur le territoire.

2 axes de réflexions

La couverture territoriale, la disponibilité et l'accessibilité des services de santé de 1er recours

L'évolution des pratiques professionnelles et de leurs organisations

Les états généraux de la santé ont permis de très nombreuses contributions lors de la phase de concertation courant juin 2023 :

- Soirée d'ouverture – 12 juin : 300 participants
- Atelier dédié aux professionnels et bénévoles - 19 juin : 150 participants
- Atelier dédié aux élus locaux - 21 juin : 54 participants
- Atelier dédié aux tutelles - 28 juin : 26 participants
- Contributions en ligne - du 19 juin au 15 juillet : 27 contributeurs
- **50 professions et 89 structures** ont été représentées lors des ateliers (le secteur libéral comptant pour une seule structure).
- Soirée de clôture – 06 novembre : 600 participants

- **1700 contributions**
- Plus de **400 participants**
- 4 thématiques et **10 ateliers**

Atelier 1 – Les droits à la santé

Les droits à la santé

Atelier 2 – Les besoins de services de prévention

Atelier 4 – Les besoins de services de soins non-programmés

Atelier 5 – Les besoins de services en santé mentale

Les besoins de services

L'évolution des pratiques en santé

Atelier 8 – L'exercice médical partagé

Atelier 10 – La formation

L'organisation de proximité

Atelier 6 – Construire une organisation de santé de proximité

Atelier 7 – Le maillage territorial de la santé

Un questionnaire a été diffusé pendant un mois auprès de la population via les sites internet, les réseaux sociaux et en version papier dans les mairies.

Âge des répondants

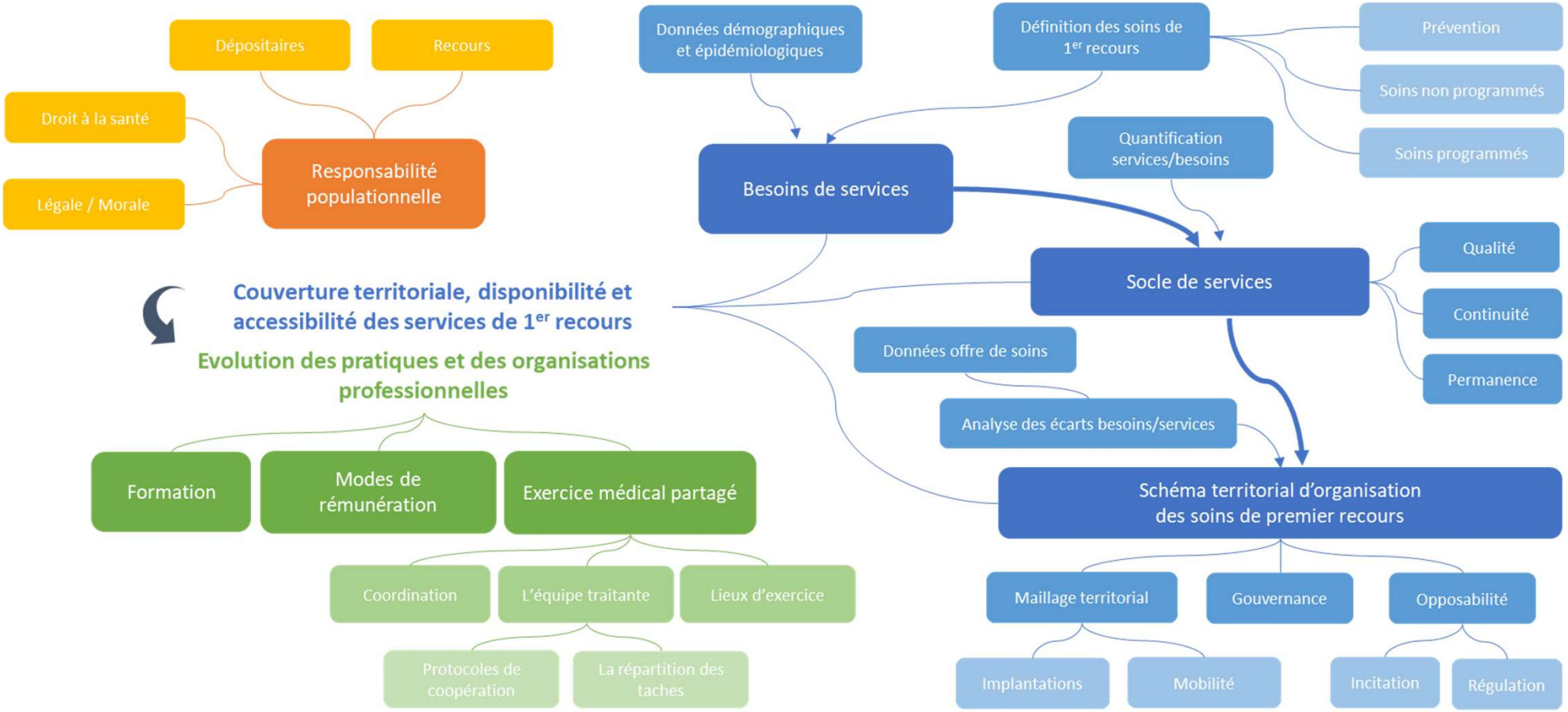
- 18 % n'ont pas de médecins traitants
- 49 % ont un besoin de suivi régulier
- 43 % ont renoncé à un soin lors des 12 derniers mois

Plus de 1000 réponses

Réponses d'habitants de **71 communes**

- 89 % sont **prêts à se rendre dans différents lieux** en fonction de leurs besoins (suivi, soins non programmés, vaccination, examen de santé, prévention…)
- 87 % accepteraient d'être **suivis par une équipe pluriprofessionnelle**
- **Durée de trajet acceptable jusqu'au soin** : 4 % moins de 5 minutes, 18 % - 10 minutes, **37 % - 15 minutes**, 19 % - 20 minutes, 22 % - 30 minutes
- 41 % sont intéressés pour **participer à des actions de prévention** (Alimentation et Mémoire, en priorité)

SCHÉMA DE RÉFLEXION



4 questions ont été posées aux participants lors des ateliers.

Que voulons-nous ?

- **Apporter une réponse** en santé à **tous les habitants** du territoire
- Garantir des **conditions d'exercice décentes** aux professionnels de santé
- Proposer **davantage de prévention** aux habitants, mieux organisée, mieux rémunérée
- S'appuyer sur un **fonctionnement local** mieux **organisé**
- **Partir de l'existant et des savoir-faire disponibles**
- **Mieux répartir les compétences** entre tous les acteurs

Quels sont les freins ?

- Des **règlementations** et des **rémunérations** actuelles **pas adaptées** à la coopération étendue entre acteurs de santé
- **Un manque de moyens** humains et financiers
- **Un éparpillement** des réponses et des organisations
- **Un découragement** collectif dans le fonctionnement actuel
- Une **grande complexité du modèle** à construire
- Des **doutes de la population sur la qualité des soins** proposés par les paramédicaux
- Une **possible crise de confiance** entre professionnels de santé lors d'une nouvelle répartition des missions de chacun

De quoi avons-nous besoin ?

- **Des locaux partagés** pour favoriser le **travail coopératif**
- Des rémunérations adaptées aux missions
- Une **règlementation plus souple** pour s'organiser localement
- Un outil de **communication** commun et **unique**
- **Un maillage cohérent** de l'offre de soin sur le territoire
- **Des modalités de mobilité** des patients et des soins

Quelles actions concrètes ?

- Un grand nombre de **propositions** et des **contenus variés** et compartimentés
- Ces contributions permettront **d'étoffer un modèle local** pertinent et opérationnel

VERS UNE ORGANISATION LOCALE INNOVANTE

ÉTATS GÉNÉRAUX DE LA SANTÉ — Alès Agglomération LE SUD INGÉNIEUX

Une gouvernance locale en santé

Composée des collectivités territoriales , des professionnels, des établissements de santé, des représentants d'usagers et des tutelles

Un comité de pilotage des soins de 1er recours : concertation, planification, suivi, évaluation

Un contrat local en santé mentale

Un programme intercommunal de mobilité vers les services de soins de 1er recours

Un schéma territorial d'organisation des soins de 1er recours

Un recueil de données exhaustif et précis des besoins et de l'offre en santé

Un schéma intercommunal de répartition et d'implantation des ressources

Une régulation locale des soins non-programmés

Un programme local de formation

Un programme local et coordonné de prévention

Un exercice médical partagé

Un système de communication unique

Une redéfinition des compétences et des missions des professionnels de santé

Une intégration du sanitaire, du social et du médico-social

Un protocole général de coopération

Une fonction généralisée de coordination des parcours de santé

Une rémunération adaptée

Un pôle / un réseau de pôles de soins de 1er recours

Des antennes locales

Des équipes mobiles de 1er recours

Des équipements mobiles/délocalisés de 1er recours

Un pôle de compétence pédiatrique de 1er recours

Une gouvernance territoriale en santé

Les **participants** ont été **unanimes** sur leur volonté **de construire une instance décisionnaire locale**, garante d'un cadre stratégique et de la qualité des services rendus à la population. La représentativité de cette instance est indispensable pour lui accorder une légitimité. Une représentation (volontaire ou obligatoire) des représentants des collectivités territoriales, des tutelles et des usagers de la santé, et des principaux offreurs de soins y est proposée. Sur le modèle de celle mise en place dans la réponse précoce et agile contre la pandémie de COVID, ou encore pour l'organisation de ces états généraux de la santé, sa pérennité et son efficacité seront proportionnelles aux compétences et aux pouvoirs qui lui seront accordés.

Parmi les **sujets investis par cette gouvernance** : le **pilotage d'un schéma territorial d'organisation des soins de 1ers recours** et **l'évaluation des services** rendus à la population, la création de **programmes** coordonnés de **prévention** et de formation, l'établissement d'un **contrat local en santé mentale**, et la définition d'une **politique de mobilité**/transport vers les services de soins de 1er recours.

Un exercice médical partagé / Équipe traitante

La notion est dans l'air du temps parmi les professionnels de santé médicaux (partiellement) et paramédicaux. Il implique la sortie du colloque singulier médecin traitant/patient et l'association des professions paramédicales dans le suivi régulier du patient. Légitimé par l'avis de l'Académie Nationale de Médecine de février 2023, **l'exercice médical partagé** a les vertus de rendre **les services de santé plus rapides**, plus fluides et **plus efficaces**, et d'optimiser les moyens humains notamment le temps médical.

L'exercice des professions paramédicales est juridiquement borné par une liste limitative d'actes figurant le plus souvent dans un décret de compétence, sauf dans un cas très spécifique, complexe et difficile à mettre en œuvre : le protocole de coopération. **L'exercice médical partagé vise l'organisation de parcours de santé diversifiés**, sans exclusive de pathologie ou de population, et la coordination des acteurs et dispositifs déjà en place. La **définition juridique du périmètre des compétences** attribuées aux nouvelles professions d'expertise **pourrait** pour les paramédicaux qui le souhaitent **prendre la forme de missions** (et non pas d'actes).

L'utilisation d'une **solution unique de communication** par tous les professionnels **du territoire** est également jugée déterminante par les professionnels de santé. Leur multiplication ces dernières années a eu pour effet un découragement à leur utilisation (coût et complexité d'utiliser plusieurs outils) ou un cloisonnement (technique) entre les utilisateurs ayant des outils différents.

Un schéma territorial des soins de 1er recours

C'est un **point innovant pour organiser l'offre de santé de 1er recours sur un territoire.** Il s'agit, à partir des besoins spécifiques des populations, de définir localement les services de santé disponibles et leur implantation en proximité (10/15 minutes) pour tous les habitants du territoire.

Ce modèle vient bousculer en profondeur les habitudes des habitants, des élus et des professionnels. Pour les élus et les habitants, il rompt avec l'image passée d'un médecin généraliste dans chaque commune. Pour les professionnels, il vient questionner la liberté d'installation motivée par le souhait du professionnel de santé. Cependant, dans un souci d'équité territoriale et de maîtrise de l'investissement public, les participants ont émis cette proposition. Il ouvre la porte à la réflexion sur un service public de soins de 1er recours auquel l'ensemble des professionnels (libéraux et salariés) de santé participeraient.

Les participants ont également exprimé la volonté de construire dans les territoires une offre de soins intégrée (sanitaire, médico-sociale et sociale) qui remplace la concurrence entre acteurs par la complémentarité.

Un pôle / un réseau de pôles de santé de 1er recours

Il s'agit de **regrouper physiquement** les professionnels **dans des lieux stratégiques** définis dans le schéma d'organisation, **pour assurer le maillage du territoire**. S'inspirant des MSP et des centres de santé (aujourd'hui repérés et plébiscités par leurs usagers) mais implantés de manière éparse et clivants sur la modalité d'exercice (libéral/salariat), la systématisation de ces regroupements permet une planification stratégique de l'implantation des services de santé 1er recours, la mise en place effective de l'exercice médical partagé et la diversité de statut souhaitée des professionnels de santé.

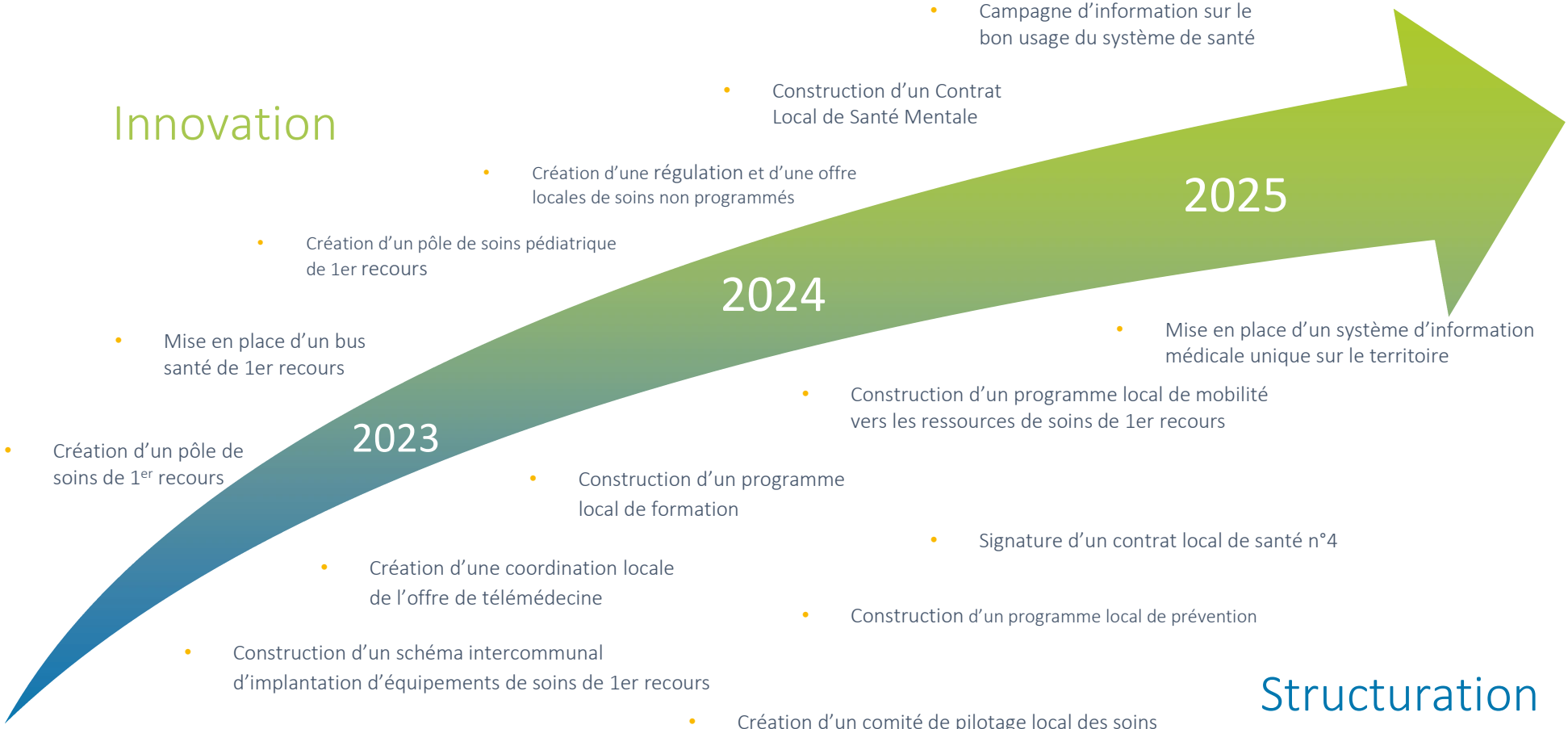
2 modèles sont proposés que nous pouvons soit opposer, soit rendre complémentaires. **Le premier est la création de pôles de santé indépendants** constitués à partir de la volonté des professionnels déjà présents sur un territoire, ou ayant la volonté de s'y installer. **Le second est la création d'un pôle de santé principal**, fort d'une organisation mutualisée et d'un pool conséquent de professionnels, **et d'antennes** dans lesquelles des professionnels exerceraient de manière permanente ou partielle en fonction des besoins de services à rendre à la population.

En complémentarité, des équipes mobiles (téléconsultations par des paramédicaux) **ou bus** équipés d'un plateau technique apportent les services de santé au domicile des patients les moins mobiles ou dans les zones non couvertes.

Le pôle de santé, recevant le statut encore inexistant d'établissement de soins de 1er recours, dispense l'ensemble des services et **devient référent** du parcours de santé des patients.

Pour ses modalités d'organisation, de compétences et de financement, nous pourrions nous appuyer sur **le modèle des « Primary Care Trust »** favorablement expérimentés au Royaume-Uni.

Soins primaires



LES DISPOSITIFS DE COORDINATION

Lieu ressource pour les personnes aidant un proche malade ou en situation de handicap.

Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) viennent en appui aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux faisant face à des personnes cumulant diverses difficultés et aux besoins de santé complexes.

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) regroupent les professionnels d'un même territoire qui souhaitent s'organiser – à leur initiative – autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes..

Le groupement hospitalier de territoire a pour objet de permettre aux établissements publics d'un département de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité

Le contrat local de santé (CLS) est un outil porté conjointement par l'agence régionale de santé et une collectivité territoriale pour réduire les inégalités territoriales et sociales de santé. Il est l'expression des dynamiques locales partagées entre acteurs et partenaires sur le terrain pour mettre en œuvre des actions, au plus près des populations.

10 MSP et MSP-MS

Les maisons de santé sont des structures pluri professionnelles dotées de la personnalité morale et constituées entre professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens.

Soins primaires

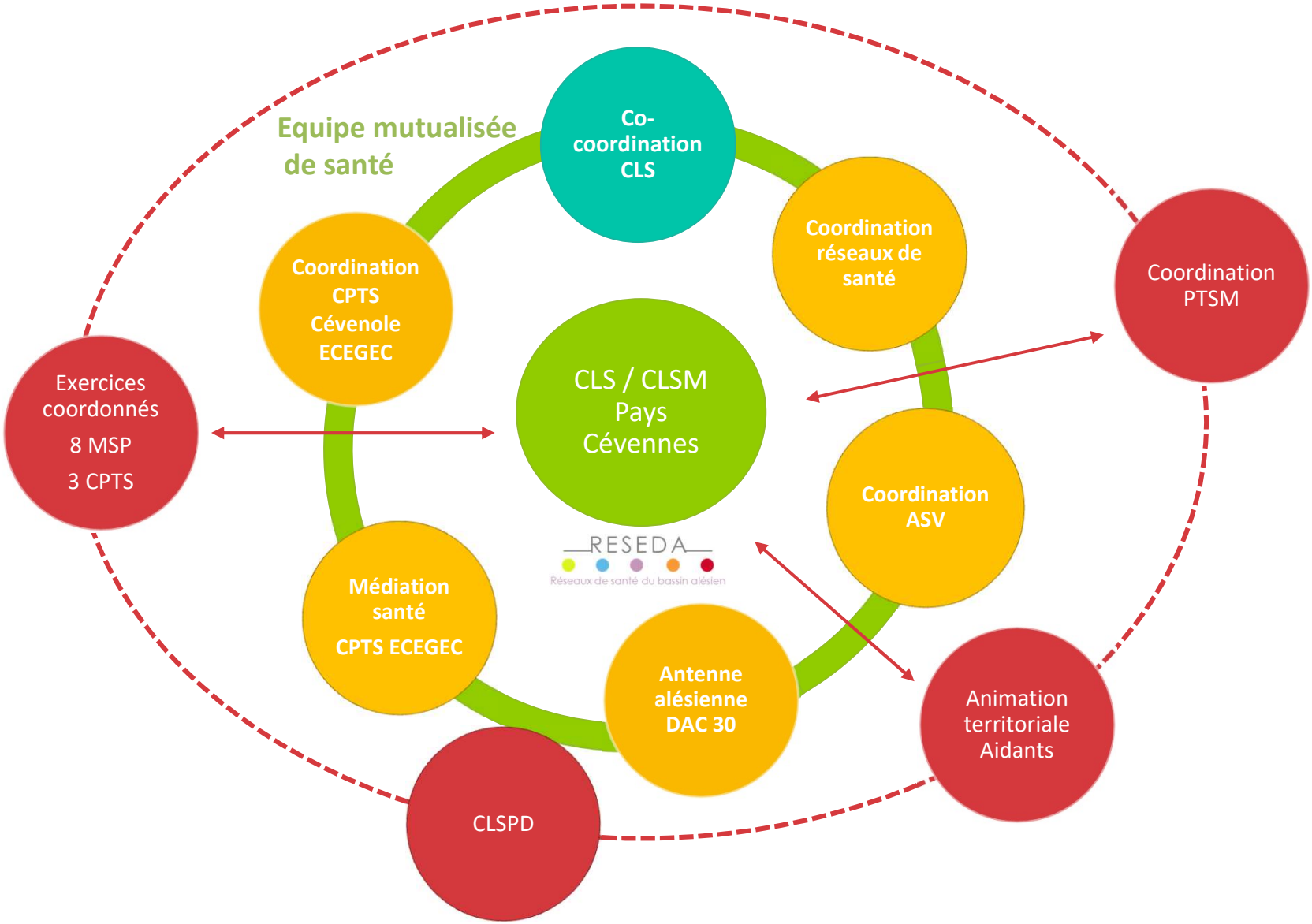
Les Maisons Sport Santé (MSS) ont pour but d'accueillir et d'orienter les personnes souhaitant pratiquer, développer ou reprendre une activité physique et sportive à des fins de santé, de bien-être, quel que soit leur âge, leur état de santé ou de fragilité.

Association de coordination des réseaux de santé du bassin alésien. Composée d'acteurs de santé, elle anime 110 groupes de travail autour de 12 thématiques.

Il existe de nombreux dispositifs de coordination sur le territoire.
Chacun correspondant à des objectifs et des publics ciblés, leur articulation est un enjeu majeur pour la cohérence des réponses de santé auprès de la population et la clarté du système de santé pour les professionnels.

La mise en place d'une équipe mutualisée de santé publique est un élément d'articulation majeur des dispositifs de coordination.

LE CLS OUTIL D'ARTICULATION



Partie IV

Axe
Santé Environnement

REPÈRES

Déterminants environnementaux de santé
Des situations d'habitats anciens et potentiellement indignes
Plus d'un quart de logements anciens
Un taux de logements indignes globalement élevé sur le territoire.
Une région particulièrement concernée par des pathologies infectieuses émergentes liées aux risques environnementaux
Présence du moustique tigre, potentiel vecteur de la dengue et du chikungunya.
Une qualité de l'air sous surveillance
Une vulnérabilité accrue aux risques naturels
En particulier les risques d'inondations (Gardons, Cèze...)
Un climat avec de fortes variations climatiques
Activation régulière des plans grand froid et canicule
Une précarité énergétique
Le PRSE 4 souligne que « Les études disponibles montrent que, dans la majorité des cas étudiés, le risque sanitaire est plus élevé pour les populations défavorisées que pour les populations les plus favorisées. » Les difficultés sociales s'accompagnent également de situations de précarité énergétique.
Des risques industriels sur plusieurs sites
- Une usine directive Seveso à Salindres (acide fluorhydrique, transports par train)
- Un bassin de rétention de boues important (extraction alumine)
- D'anciennes mines de plomb à Carnoules, St Sébastien d'Aigrefeuille, rivière de l'Amous
- Un Ancien pays minier avec des terrils (en combustion pendant des années pour certains)
- Une activité de poterie importante autour d'Anduze (plomb)

Mesures temporaires longue durée

Réglementation respectée — Valeur cible dépassée
Objectif de qualité non respecté — Valeur limite dépassée
Pas de seuil réglementaire ou pas assez de données pour comparer au seuil réglementaire

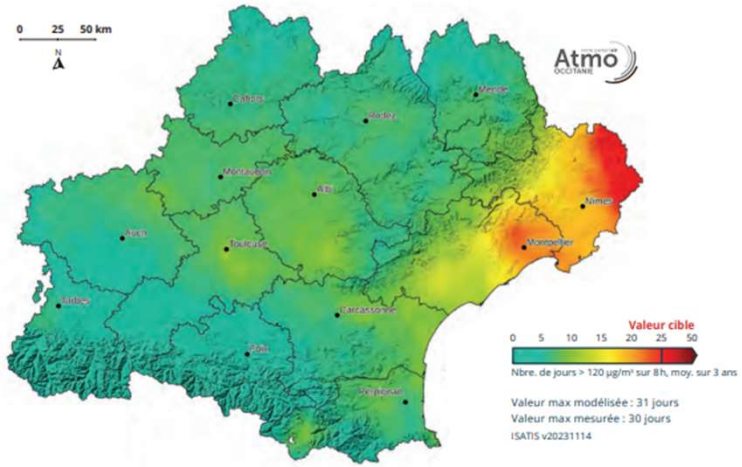
		Particules PM10			Particules PM2.5	Dioxyde d'azote		
		Moyenne annuelle	Max journalier	Nb jour > 50 µg/m³	Moyenne annuelle	Moyenne annuelle	Nb heure > 200 µg/m³	Max horaire
Ariège (09)								
URBAIN	Saint-Girons	12	46	0	8	8	0	49
Gard (30)								
URBAIN	Alès-Vauban	11	32	0	7	12	0	60
Haute-Garonne (31)								
TRAFIC	Toulouse-Roseraie	18	52	2	13	28	0	127
Gers (32)								
URBAIN	Auch	13	42	0	8	10	0	78
Hérault (34)								
TRAFIC	Béziers-Leclerc	14	63	1	8	17	0	144
Hautes-Pyrénées (65)								
RURAL	Argelès-Gazost	13	97	4	8	9	0	77
Pyrénées-Orientales (66)								
RURAL	Bolquère	9	60	3	5	3	0	27

NO_2 : Suivi complémentaire

		Dioxyde d'azote Moyenne annuelle
Aude (11)		
URBAIN	Narbonne - Cour de Janote	13
URBAIN	Narbonne - Rue Kléber	16
URBAIN	Peyriac sur Mer	8
TRAFIC	Narbonne - Boulevard de Maraussan	15
TRAFIC	Narbonne - Boulevard Frédéric Mistral	41
TRAFIC	Narbonne - Boulevard Gambetta	18
Gard (30)		
URBAIN	Alès - Chemin sous St-Etienne	12
URBAIN	Alès - Rue Saint Vincent	20
TRAFIC	Alès - Avenue Carnot	25
TRAFIC	Alès - Rd-pt de la Pyramide	33
Haute-Garonne (31)		
TRAFIC	Toulouse - Grande-Rue Saint Michel	17
TRAFIC	Toulouse - Boulevard Silvio Trentin	32
TRAFIC	Toulouse - Boulevard de Strasbourg	39
TRAFIC	Toulouse - Rue de Metz	22
TRAFIC	Toulouse - Boulevard Pierre Semard	42

		Dioxyde d'azote Moyenne annuelle
Haute-Garonne (31)		
TRAFIC	Toulouse - Boulevard d'Arcole	33
TRAFIC	Toulouse - Allées Charles de Fitte	23
TRAFIC	Toulouse - Boulevard de la Méditerranée	23
TRAFIC	Toulouse - Avenue de Fronton	29
TRAFIC	L'Union - Avenue de Toulouse	19
TRAFIC	Blagnac - Avenue Pierre Georges Latécoère	22
TRAFIC	Blagnac - Avenue du Général Compans	26
TRAFIC	Tournefeuille - Avenue du Marquisat	12
TRAFIC	Tournefeuille - Rue Gaston Doumergue	24
Hérault (34)		
URBAIN	Pézenas - Esplanade	17
URBAIN	Agde - Rue de l'Avocette	8
TRAFIC	Agde Rd-pt Belle agathoise	14
TRAFIC	Agde Route de Sète	15
TRAFIC	Cap d'Agde - Avenue du Passeur Challies	10
URBAIN	Agde - Avenue des Alizés	10
TRAFIC	Béziers - Allées Paul Riquet	16

Situation au regard de la valeur cible (moyenne 2021-2023)



Une qualité de l'air règlementaire

En 2023, les concentrations des principaux polluants surveillés sont en diminution. La qualité de l'air s'inscrit dans une tendance à l'amélioration par rapport à la situation des années 2019-2021. Il est pourtant important de noter que 2020, impactée par la crise sanitaire, avait été une année de fort repli des activités humaines.

4 principaux polluants à enjeux pour la préservation de la santé humaine sont particulièrement surveillés : le dioxyde d'azote (NO2), l'Ozone (O3), les particules en suspension (PM10) et les particules fines (PM2.5).

ATMO Occitanie - 2023

POLLUTION DE L'AIR

Le partenariat d'Alès-Agglomération avec l'ORCEO et l'ATMO Occitanie, permet un suivi annuel de la qualité de l'air dans l'agglomération.

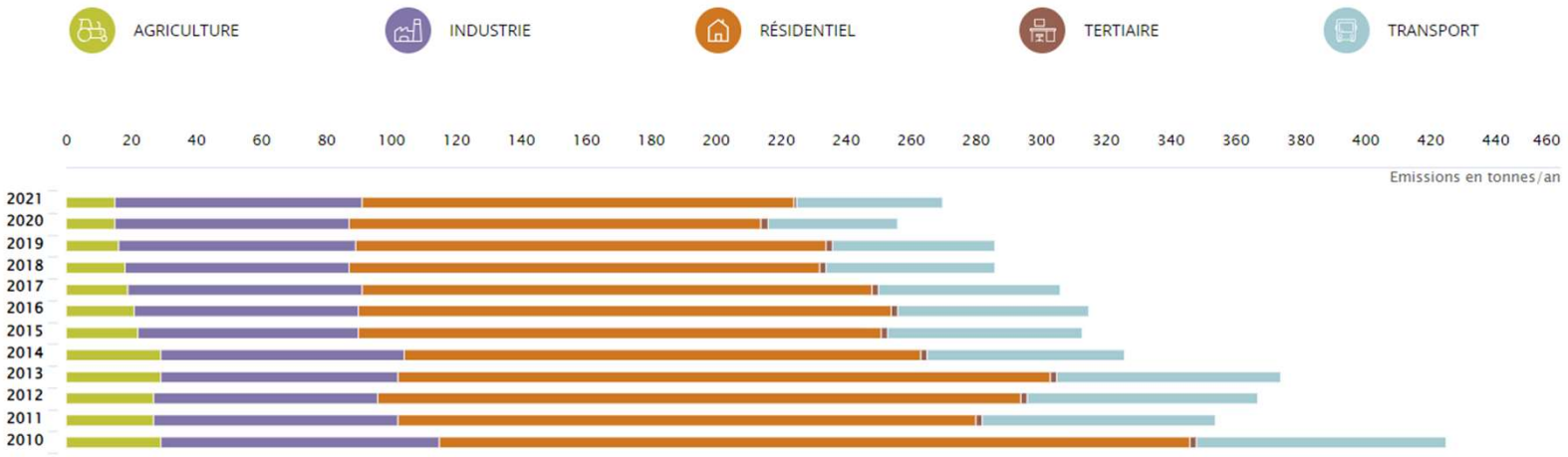
Evolution annuelle des émissions de polluants dans l'air

PM10
PARTICULES PM10

Communauté d'Agglomération Ales Agglomération : **2.1** kg /an/habitant

Département du Gard : **2.3** kg /an/habitant

En % du département : **15.4** %



PM2.5
PARTICULES PM2.5

Communauté d'Agglomération Ales Agglomération : **1.6** kg /an/habitant

Département du Gard : **1.7** kg /an/habitant

En % du département : **16.1** %

NOx
OXYDES D 'AZOTE

Communauté d'Agglomération Ales Agglomération : **7.1** kg /an/habitant

Département du Gard : **9.9** kg /an/habitant

En % du département : **12.6** %

GES Totaux
GAZ A EFFET DE SERRE

Communauté d'Agglomération Ales Agglomération : **3.6** tonnes eqCO2 /an/habitant

Département du Gard : **6.2** tonnes eqCO2 /an/habitant

En % du département : **10.1** %

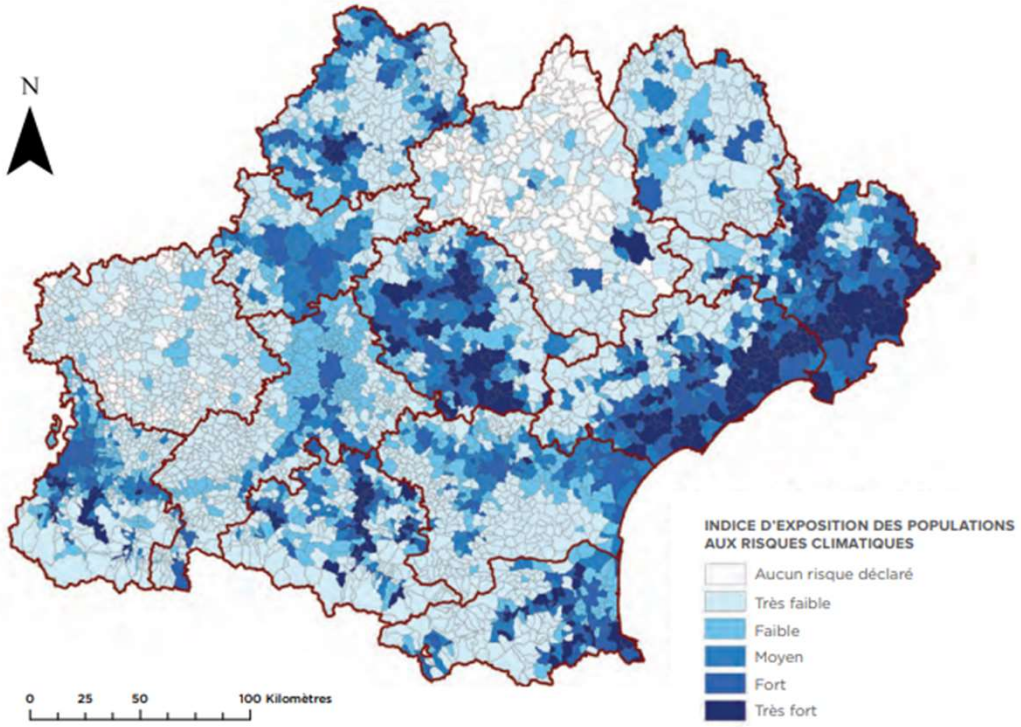
Le Climat du Pays des Cévennes

Le territoire est soumis à un climat méditerranéen avec un ensoleillement supérieur à 2 500 heures par an, une forte sécheresse estivale et d'abondantes précipitations automnales. Les étés sont chauds (25 à 60 jours supérieurs à 30°C) et les gelées peu fréquentes (15 à 25 jours de gelées en plaine par an). À l'automne, des épisodes cévenols sont fréquents.

Les changements climatiques peuvent être considérés sous l'angle de trois composantes :

1. l'augmentation des températures,
2. la réduction des précipitations,
3. l'augmentation des événements extrêmes et imprévisibles.

Afin de définir les évolutions climatiques, les membres du GIEC* ont défini 4 scénarios d'évolution des concentrations en CO2 (RCP), le "scénario 2,6" étant le plus optimiste et le "scénario 8,5" le plus pessimiste (probable si aucune action n'est entreprise). Ces scénarios donnent des projections en matière climatique à horizon 2050 et 2100.



Exposition des populations aux risques climatiques (source : ORCEO via ONERC).

En Occitanie, 20 % des communes sont fortement ou très fortement exposées aux risques climatiques, soit une statistique légèrement supérieure à la moyenne nationale de 18 %. Le département du Gard est avec l'Hérault et le Tarn, le plus exposé.

ORCEO - 2023

Évolution des températures

L'évolution des températures moyennes annuelles en Occitanie montre un net réchauffement depuis 1959. D'après les études du RECO (Réseau d'expertises sur les changements climatiques en Occitanie), la région Occitanie connaît actuellement un réchauffement de + 2,1°C (2011-2020 par rapport à 1901-1920).

Climat actuel

— Jours de gel en baisse (- 13 jours Saint-du-Gard)

— Augmentation des nuits tropicales (> 20° C : 16 en 2020 à Saint-Hilaire), des jours très chauds (> 30°C : + 49 jours/an à Salindres) et des sécheresses.

Les évolutions climatiques à horizon 2050 et 2100

→ + 2 à 6° C pour le scénario le plus pessimiste (RCP 8,5).

→ Augmentation des nuits tropicales : de 20 à 40 jours / an en 2050 (RCP 8,5).

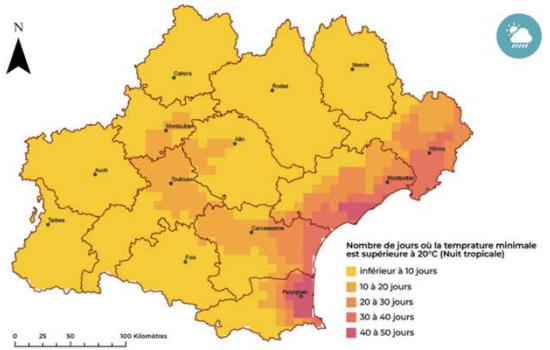
→ Les vagues de chaleur se maintiendraient à 10-20 jours/ an d'ici 2050, mais pourraient atteindre 110 jours/an d'ici 2100 (RCP 8,5).

Evolution des pluies

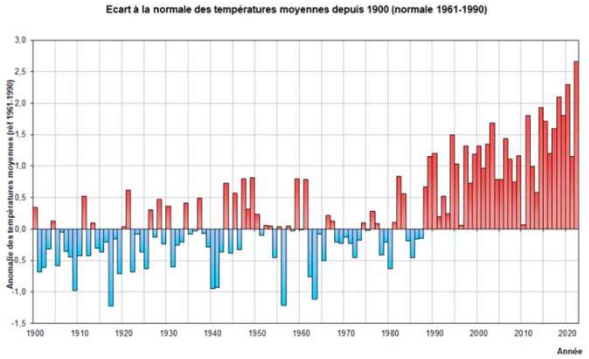
Les pluies sont apportées majoritairement par les dépressions méditerranéennes (surtout en automne avec près d'un tiers des cumuls de précipitations annuelles).

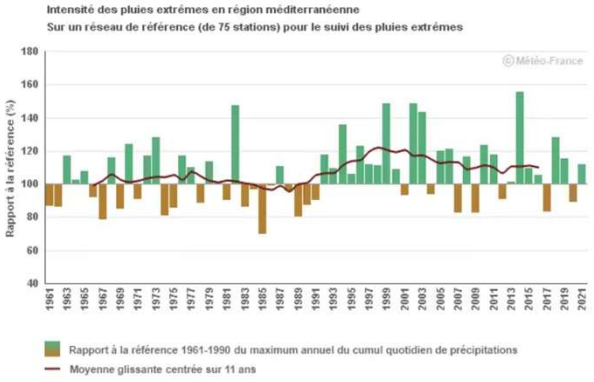
Précipitations actuelles Les précipitations hivernales présentent une baisse des cumuls plus marquée que les précipitations estivales, depuis 1961.

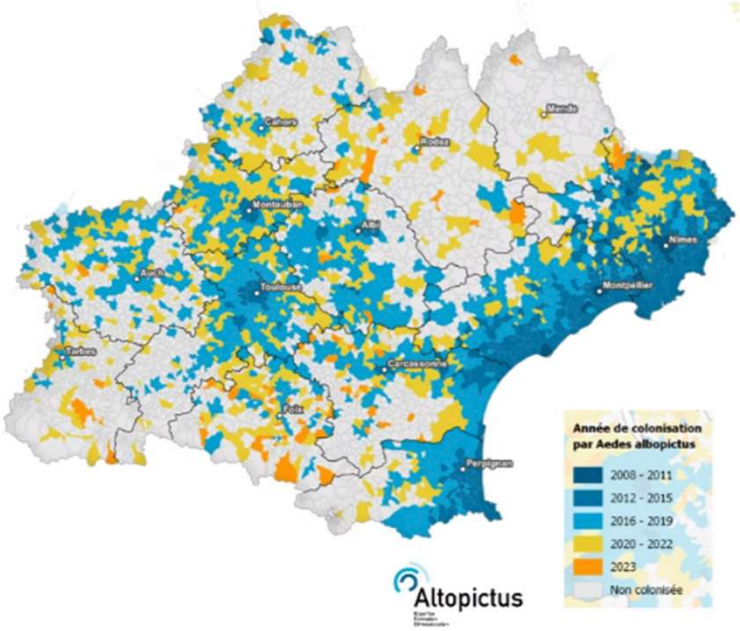
Évolutions d'ici 2050 / 2100 Il est difficile de définir une tendance claire des évolutions des pluies, même si la tendance est tout de même à la baisse et à l'augmentation des épisodes de pluies violentes.



Nombre de nuits tropicales sur une année de la période de référence 1976-2005.
Source : Météofrance, DRIAS, RCP 8.5.



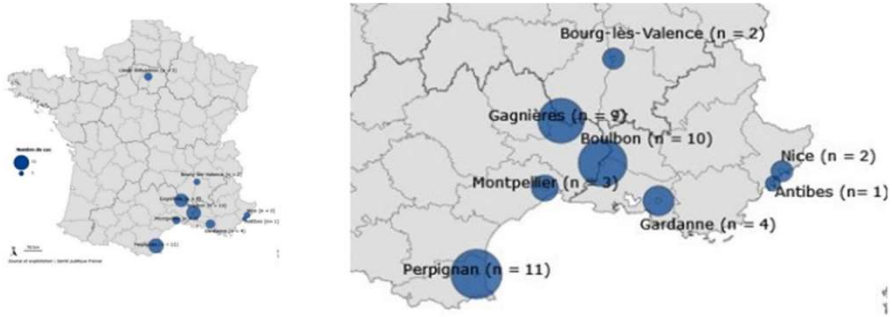




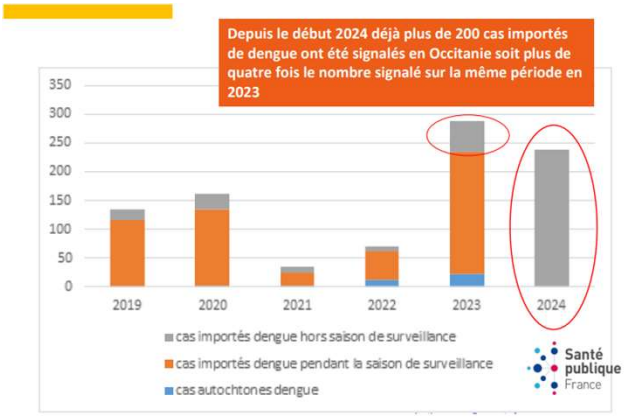
La présence de l'Aedes Albopictus généralisée sur le territoire

Identifié depuis 2006, le moustique tigre est aujourd'hui présent sur toutes les communes du Pays des Cévennes.

Il est vecteur de maladies virales classiquement tropicales, comme la dengue, le chikungunya et le Zika dues à des arbovirus, régulièrement importées sur le territoire hexagonal par des voyageurs (cas importés). La période d'activité des moustiques débute désormais dès le mois de mai alors qu'une forte augmentation des cas de dengue importés sur le territoire est observée depuis 2023.



Carte des épisodes de transmission autochtone de la dengue en France hexagonale en 2023 ***Source et exploitation Santé publique France***



Des épisodes de transmissions locales

Une fois les arbovirus importés de régions tropicales (Martinique, Guadeloupe, Asie du Sud-Est…), il est susceptible de provoquer des chaînes de transmission locale (cas autochtones) après qu'une personne saine se fasse piquer par un moustique ayant précédemment piqué une personne malade.

En 2023, 9 personnes ont été infectées par la dengue à Gagnières.

HABITAT ET SANTÉ : LA PROBLÉMATIQUE DE L'HABITAT INDIGNE

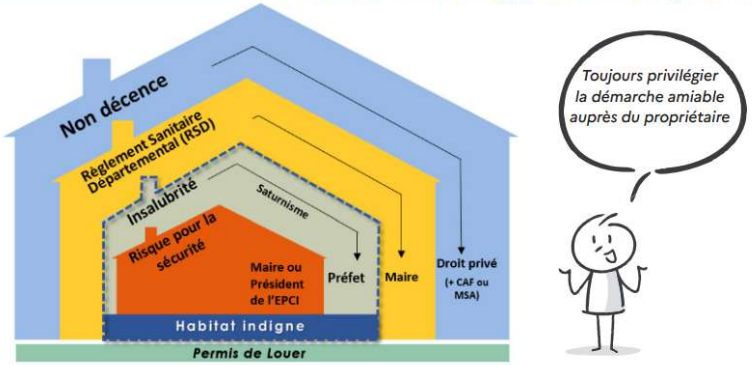
L'habitat indigne est une notion juridique introduite par la loi du 25 mars 2009 et regroupant notamment les situations d'insalubrité, de mise en sécurité, d'accessibilité au plomb (risque de saturnisme). Sont qualifiés de **locaux indignes, tous les locaux utilisés à des fins d'habitation et impropres par nature à cet usage (cave, garage, grenier) ainsi que les logements dont l'état expose leurs occupants à des risques manifestes pour leur santé** (moisissures, intoxication au monoxyde de carbone…) et/ou leur sécurité (incendie, court-circuit, péril).

En 2017, plus de **17 200 logements du Pays sont des logements anciens** (construits avant 1946) ; ils représentent 24,8 % des logements du territoire. Cette part est plus élevée que celles observées dans les territoires de comparaison, que ce soit dans le département ou la région (20 %) comme au niveau national (22 %). **Plus de 10 000 logements du parc privé sont considérés comme potentiellement indignes, soit 16,4 % des logements**, part plus importante qu'au niveau départemental (11 %) et qu'au niveau régional (8 %).

Sept communes du Pays Cévennes sont concernées par l'obligation de production de logements sociaux définie dans la loi « Solidarité et Renouvellement Urbain » (SRU). En 2017, seules les deux communes d'Alès et de La-Grand-Combe ont respecté la réglementation et ont même dépassé le seuil minimum de 20 % de logements sociaux (respectivement, 23 % et 33 %). **182 logements du Pays Cévennes** sont considérés comme étant « sans confort » **c'est-à-dire sans baignoire ni douche.**

**Source Profil santé Pays Cevennes CREAIORS 2020*

Processus de dégradation du logement



Dans le Gard, près **de 30 000 logements** sont potentiellement indignes.
Ces logements sont le plus souvent occupés par des ménages à faibles ressources

**Source DDTM-PDLHI 2024*

FOCUS: Habitat Indigne et Santé dans le cadre des actions du CLSPD de La Grand Combe

Une réflexion pluri partenariale impulsée par le Conseil Départemental en 2018

Le GTTI- Groupe de Travail Territorial Incurie piloté par le conseil départemental du Gard, a été mis en place en 2018, il s'inscrit dans le cadre du PLHDS (Plan Départemental d'action pour le logement et hébergement des personnes défavorisées). Ce groupe de travail réunit différents services du CD30, la DDTM, la CAF et l'ARS, les maires des communes, d'autres partenaires associatifs ont été associés à la réflexion (ALG (Association pour le Logement dans le Gard), la Croix-Rouge et les psychologues.)

Quelques chiffres :

66 situations suivies dans le Gard en 2021. Le GTTI est parvenu à résoudre 30 situations en 2021. Le GTTI Cévennes-Aigoual suit 13 situations dont **5 situations déclarées sur La Grand Combe en 2022.** Ce groupe traite les situations qui ont été signalées, ce qui ne représente pas l'ensemble des situations d'incurie du territoire.

Une dynamique locale impulsée par la Mairie de La Grand Combe

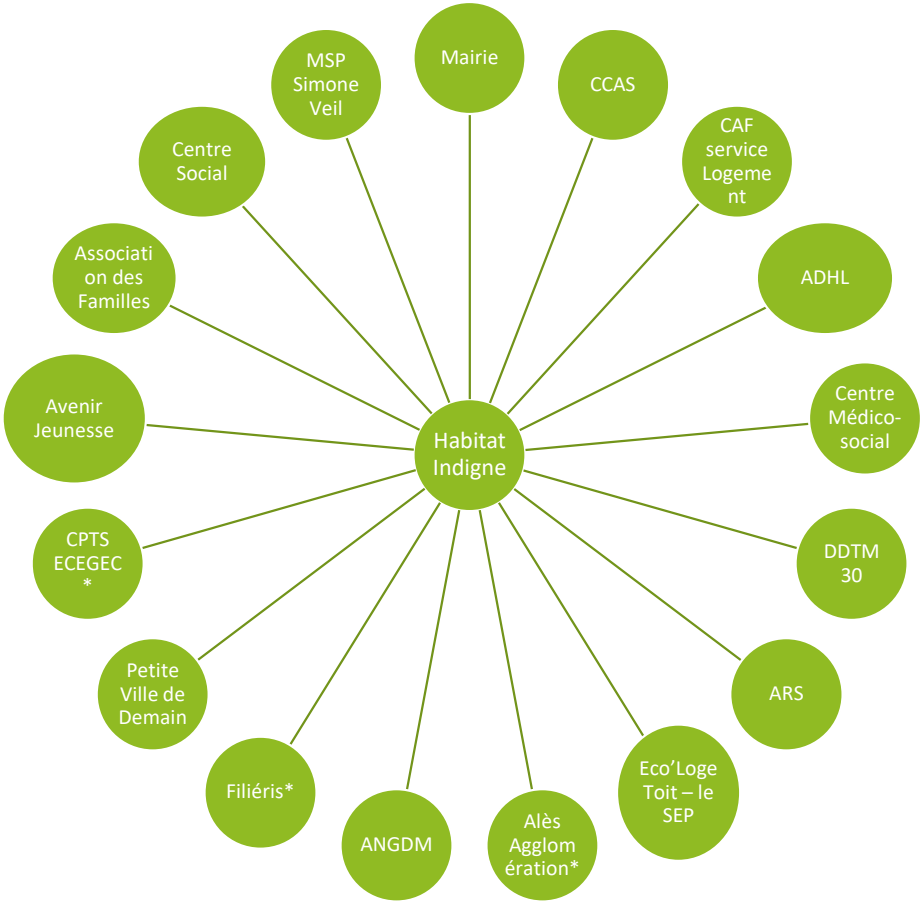
Le projet est une initiative de la **Mairie de la Grand Combe** suite au retour d'intervention de pompiers et de gendarmes en 2021 sur de nombreuses situations d'habitat indigne pour lesquelles plusieurs acteurs interviennent à domicile dans le domaine de la santé dans des logements indignes : infirmiers, soignants, éducateurs spécialisés, aide à domicile…

Face à ce constat, la Mairie, **dans le cadre des actions du CLSPD (Conseil Local de Sécurité et de Prévention de la Délinquance)** a lancé un groupe de travail pluriprofessionnel en 2022 avec l'appui des réseaux santé vie sociale et de l'atelier santé ville de l'association Reseda pour travailler de manière conjointe et réfléchir sur les circuits d'informations et signalement notamment.

Dans le cadre du CLSPD**, une charte de confidentialité des échanges de données** existe. Elle est signée par le préfet, la gendarmerie, le tribunal et le Conseil Départemental du Gard. Cette charte est un gage de garantie de la confidentialité des informations. Il est apparu essentiel pour le groupe, avant de commencer ce travail de remontée d'information, de fédérer l'ensemble des partenaires autour d'une **culture commune sur l'habitat indigne** (définitions, dispositifs, interlocuteurs), et de **favoriser l'interconnaissance des acteurs** présents autour de la table.

Une forte implication des partenaires locaux

La dynamique de travail impulsée par La Mairie en 2021 regroupe **16 structures partenaires – 68 professionnels impliqués.** De 2021 à 2024 plus d'une dizaine de rencontres ont été organisée, un forum logement et santé a été organisé ainsi que la création d'outils.



*Service habitat Alès Agglomération
CPTS Entre Cèze et Gardon
Filieris : SSIAD
ADHL Agence départementale pour le logement

Particularités de l'habitat dans le secteur de La Grand Combe

Dans la commune de La Grand Combe, beaucoup de locataires **sont aux minimas-sociaux avec une APL à équivalent du loyer.** Certains publics sont en situation irrégulière, d'autres ont des problématiques de santé mentale ou d'autres problématiques de précarité, mobilité, santé. L'habitat est ancien et peu de travaux sont effectués.

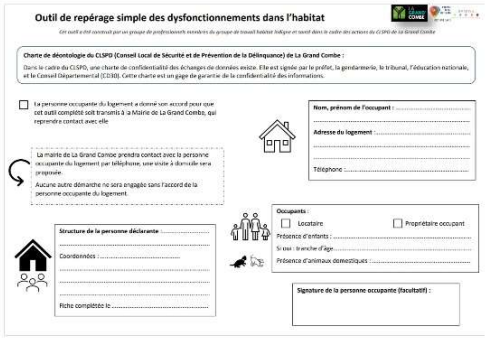
Les **locataires changent très rapidement de logement au moment de l'hiver** lorsque les moisissures ou les problématiques de chauffage commencent.

L'insalubrité est liée également à la **présence souvent nombreuse d'animaux domestiques** (chiens et chats….), une recrudescence des infections parasitaires est également notée en lien avec la vétusté des immeubles.

Certains propriétaires ne sont pas sur place, difficilement joignables et cela peut-être un frein pour entamer des démarches, aussi les locataires préfèrent déménager et les logements insalubres sont reloués.

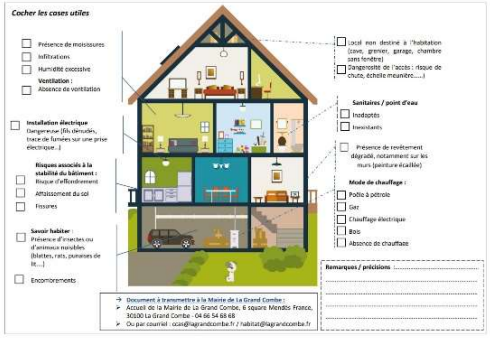
Création d'un outil de repérage des perturbations du logement à destination des intervenants à domicile

Les travaux du groupe de travail ont permis la cocréation d'un **outil de repérage des perturbations dans le logement à destination des intervenants à domicile.** Cet outil a été présenté lors d'une **session de sensibilisation à l'impact de l'habitat sur la santé** auprès des intervenants à domicile. Cet outil a pour but de faciliter la remontée d'information auprès de la Mairie.


Outil de repérage simple des dysfonctionnements dans l'habitat

Charte de déontologie du CLSPD (Conseil Local de Sécurité et de Prévention de la Délinquance) de La Grand Combe :

Nom, prénom de l'occupant :
Adresse du logement :
Téléphone :
Occupants :
Locataire
Propriétaire occupant
Présence d'enfants :
Si oui : tranche d'âge :
Présence d'animaux domestiques :
Structure de la personne déclarante :
Coordonnées :
Fiche complétée le :
Signature de la personne occupante (facultatif) :


Cocher les cases utiles

Présence de moisissures
Infiltrations
Humidité excessive
Ventilation :
Absence de ventilation
Installation électrique
Dangereuse (fils dénudés, trace de fumées sur une prise électrique…)
Risques associés à la stabilité du bâtiment :
Risque d'effondrement
Affaissement du sol
Fissures
Savoir habiter
Présence d'insectes ou d'animaux nuisibles (blattes, rats, punaises de lit…)
Encombrements
Local non destiné à l'habitation (cave, grenier, garage, chambre sans fenêtre)
Dangerosité de l'accès : risque de chute, échelle meunière…)
Sanitaires / point d'eau
Inodores
Lavabos
Présence de revêtement dégradé, notamment sur les murs (peinture écaillée)
Mode de chauffage :
Poêle à pétrole
Gaz
Chauffage électrique
Bois
Absence de chauffage
Remarques / précisions
Document à transmettre à la Mairie de La Grand Combe :
Accueil de la Mairie de La Grand Combe, 6 square Mendès France, 30110 La Grand Combe - 04 66 54 68 68
Ou par courriel : ccas@lagrandcombe.fr / habitat@lagrandcombe.fr

Création d'un pôle logement – Mairie de la Grand Combe

Suite à l'avancée des travaux, la commune a mis en place **un pôle logement avec une équipe dédiée, un mail et un numéro spécifique de contact.** La création de ce pôle permet d'avoir un suivi rapide des situations par les services techniques de la mairie et d'éviter la dégradation des situations.

Mise en place du permis de louer : une action de la mairie pour lutter contre les marchands de sommeil

La commune a mis en place à partir d'avril 2024 le permis de louer, une mesure qui va renforcer la lutte contre l'habitat indigne. Le permis de louer est une procédure obligatoire pour les propriétaires désireux de mettre en location leur bien qui nécessite :

-L'autorisation préalable de mise en location, le propriétaire doit transmettre les différents diagnostics obligatoires, notamment sur le secteur de la Grand Combe où le diagnostic au plomb est un élément très important.

A noter que la règlementation ne prévoit pas de visite systématique. La visite est à la charge des communes.

Organisation d'un forum logement

Dans la suite des différents travaux et réflexions du groupe de travail, la mairie a organisé **un forum logement à destination des locataires et propriétaires en partenariat avec le dispositif Petite Villes de Demain porté par Alès Agglomération.**

Tous les partenaires membre du groupe de travail qui accueillent du public ont tenu des stands d'information et de sensibilisation sur la thématique du logement, des économies d'énergie mais aussi des aides à la rénovation. Ce forum a réunion plus d'une trentaine de partenaires et de nombreux habitants se sont mobilisés.

PROPOSITIONS D'ACTIONS

- Sensibilisation et formation des professionnels de santé aux risques environnementaux
- Mise en place d'actions de sensibilisation et d'information auprès de la population
- Accompagner la concertation partenariale pour lutter contre l'habitat indigne

Prévention des risques environnementaux

2028

Réponses aux crises sanitaires

- Articulation des différentes organisations en réponse aux risques majeurs (ARS, CPTS, établissements de santé, Collectivités locales…)
- Elaboration d'interconnections des compétences et de protocoles communs de réponse aux crises sanitaires

2024

- Capitalisation des expériences

Urbanisme & Santé

- Intégrer les réflexions en urbanisme et santé et des actions concrètes dans la conception de l'aménagement urbain et des structures de santé

pays Cévennes

Agence Régionale de Santé Occitanie

contrat local de Santé OCCITANIE SANTÉ

RESEDA
Réseaux de santé du bassin alésien

Octobre 2024