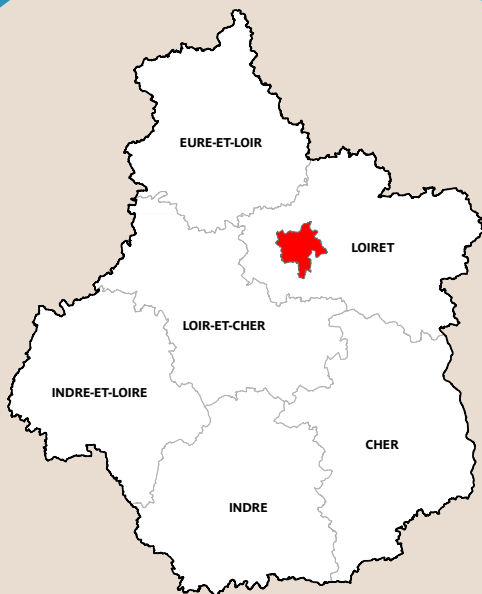


DIAGNOSTIC LOCAL de SANTÉ

RAPPORT
COMPLET

DÉCEMBRE 2025

en vue de
l'élaboration
du Contrat
Local de Santé



Orléans Métropole

Indicateurs sanitaires,
médico-sociaux
et sociaux

REMERCIEMENTS	4
MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE	4
SYNTHÈSE DE L'ÉTUDE	5
SITUATION SPATIALE ET DÉMOGRAPHIQUE	9
POPULATION PRÉCAIRE : MINIMA SOCIAUX ET SOINS	16
FORMATION ET RESSOURCES DE LA POPULATION	21
SANTÉ ENVIRONNEMENT	23
ÉTAT DE SANTÉ	46
DONNÉES DE MORTALITÉ	46
DONNÉES DE MORBIDITÉ	50
HANDICAP	51
SANTÉ DE L'ENFANT ET DE LA FAMILLE	52
SANTÉ MENTALE/BIEN-ÊTRE	57
MALADIES CHRONIQUES	63
CANCERS	63
MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE	67
DIABÈTE	69
MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE	70
VIELLISSEMENT DE LA POPULATION	78
CONDUITES À RISQUES : ADDICTIONS	89
VIE AFFECTIVE ET SEXUELLE	94
VIOLENCES FAITES AUX FEMMES	96
VIOLENCE ROUTIÈRE	97
NUTRITION	98
ACTIVITÉ PHYSIQUE	101
OFFRE ET RECOURS AUX SOINS	103
MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET SPÉCIALISTES LIBÉRAUX	103
AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX	105
ACCESSIBILITÉ POTENTIELLE LOCALISÉE	109
OFFRE HOSPITALIÈRE	112
LES ATTENTES DES FUTURS PARTENAIRES DU CLS	116
RECOMMANDATIONS	123
GLOSSAIRE	124
CODIFICATION DES PATHOLOGIES	130



COMITÉ DE RÉDACTION

*S. Boutin, I. Serru, A. Guérin,
F. Géniteau, C. Chollet,
sous la direction de C. Leclerc
Observatoire régional de la santé
du Centre-Val de Loire*

DIRECTEUR DE PUBLICATION

*Agence régionale de santé
du Centre-Val de Loire*

Démarche et objectifs

Dans le cadre de la régionalisation des politiques de santé, l'agence régionale de santé (ARS) de la région Centre-Val de Loire accompagne, par le biais des contrats locaux de santé (CLS), les collectivités territoriales qui souhaitent mettre en place une dynamique de santé locale reposant sur des actions de promotion/prévention de la santé et d'accompagnement médico-social. À ce titre, la délégation territoriale ARS du Loiret et Orléans Métropole projettent d'établir entre eux un CLS. Afin d'orienter les choix stratégiques et d'apporter une base de connaissances à l'élaboration de ce CLS, un diagnostic territorial mettant en évidence la situation démographique, sociale, médico-sociale et sanitaire du territoire doit être réalisé au préalable.

Outils et méthode

L'observatoire régional de la santé (ORS) de la région Centre-Val de Loire, mandaté pour la réalisation de ce diagnostic en collaboration avec Orléans Métropole, s'est attaché à mettre en perspective l'état de santé de la population et l'offre de soins disponible sur le territoire avec les caractéristiques socio-démographiques du territoire. Les différents indicateurs proposés dans ce document ont été calculés le plus souvent possible à un échelon géographique fin. Par souci de lisibilité et autant de fois qu'il a été possible, les indicateurs formant ce diagnostic local ont fait l'objet d'une représentation cartographique.

Contenu du diagnostic

Le diagnostic sanitaire du territoire se structure autour de six grandes thématiques : le contexte général socio-démographique du territoire, l'état de santé de la population locale (ainsi que la santé de l'enfant et de la famille, la santé mentale, les maladies chroniques), le vieillissement de la population, les conduites à risque, la nutrition et l'offre et le recours aux soins.

Mais plus qu'un état des lieux descriptif, ce diagnostic s'est également employé à prendre en compte les réponses qui sont apportées aux différentes problématiques sanitaires qui touchent le territoire, en valorisant les initiatives portées par les acteurs locaux (associations, acteurs et actions de prévention, réseaux locaux de soins...). De plus, afin d'explorer des thématiques qui ne sont pas abordées dans les données quantitatives et d'affiner certaines informations issues des données chiffrées, des entretiens avec les professionnels du territoire et la population ont été réalisés. Cela présente l'avantage de faire émerger des problématiques spécifiques au territoire, du fait de sa configuration géographique (urbaine et rurale), de l'organisation des ressources, du profil et de l'histoire de la population. Le recueil des données qualitatives est fonction de l'expérience, du vécu et aussi des représentations des acteurs du territoire, professionnels et habitants rencontrés.

L'OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ DU CENTRE-VAL DE LOIRE tient à remercier ici toutes les personnes, institutions et structures qui ont contribué à la réalisation du présent «Diagnostic local de santé d'Orléans Métropole» et, tout particulièrement, l'équipe du syndicat d'Orléans Métropole (notamment Fatoumata Zagré, coordinatrice du contrat local de santé) pour l'appui local et l'excellente organisation des rencontres populationnelles et professionnelles.

L'ORS Centre-Val de Loire tient également à remercier les contributeurs de données qui, par leur transmission d'indicateurs, ont permis d'enrichir le diagnostic : la

protection maternelle et infantile du Conseil départemental du Loiret, l'Inspection académique du Loiret, Orléans Métropole, la Carsat du Centre-Val de Loire, l'Agence régionale de santé... ainsi que tous les acteurs et promoteurs d'actions qui ont répondu favorablement à l'enquête de recensement des acteurs et actions de prévention du territoire.

Enfin, un grand merci à tous les professionnels rencontrés en entretiens, pour leur disponibilité et leur excellente participation.

Le diagnostic local de santé d'Orléans Métropole se structure autour de différentes approches. Plusieurs sources d'information ont été mobilisées et utilisées:

- Des **INDICATEURS QUANTITATIFS** issus des principaux systèmes d'information (données démographiques et sociales issues des différents recensements de population de l'Insee et également d'autres systèmes d'information tels que les données Caf, MSA, France Travail (ex-Pôle emploi), Cnam...).

Des données sanitaires au travers des systèmes d'information de l'Inserm CépiDc (mortalité), du régime général d'assurance maladie, du régime agricole et du régime des indépendants (ALD), du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) pour les séjours hospitaliers, du fichier Adéli et du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) pour l'offre en matière de professionnels de santé...

Afin d'enrichir l'observation sur certaines thématiques, d'autres producteurs de données ont été sollicités (PMI et Inspection académique pour les données sur la santé de l'enfant et de la famille, Conseil départemental du Loiret, Carsat Centre-Val de Loire, Mission locale...).

Les données provenant de systèmes d'information nationaux ou régionaux ont été privilégiées afin de permettre une comparaison entre le territoire d'étude et les territoires de référence (département, région, France hexagonale). Chaque fois que possible, une cartographie est présentée afin d'illustrer les indicateurs. Par défaut, des tableaux ou diagrammes sont présentés, associés à un commentaire afin de faciliter la lecture et l'appropriation des données.

- **L'ENTRETIEN DES PERSONNES RESSOURCES DU TERRITOIRE.** Des entretiens en visioconférence ou en présentiel, d'une durée de 1 à 2 heures, se sont déroulées entre octobre et décembre 2025. Avec l'accord des participants et sous couvert d'anonymat, les entretiens ont été enregistrés afin d'en faciliter la retranscription et l'analyse. Une prise de notes a été effectuée en parallèle. Les entretiens avec les professionnels ressources du territoire ont permis d'échanger sur des questions et thématiques variées, autour de la santé au sens au large, leurs perceptions des habitants sur ce territoire, leurs attentes, leurs besoins et les problématiques qu'ils rencontrent au quotidien en matière de santé, d'accès aux soins et à la prévention, leur vision du partenariat entre professionnels...



Calendrier du diagnostic

De mai 2025 à septembre 2025 : réalisation de la phase quantitative de recueil, traitement et analyse des données statistiques.

D'octobre 2025 à décembre 2025 : réalisation de la phase qualitative de recueil et d'analyse de la parole des personnes ressources.

Démographie, cadre de vie et aspects socio-économiques

La métropole d'Orléans est située à l'ouest du Loiret en région Centre-Val de Loire. Elle regroupe 22 communes, soit 292 001 habitants au recensement de population de 2021. Les communes les plus importantes sont Orléans avec 116 617 habitants, Olivet avec 22 855 habitants, Saint-Jean-de-Braye avec 21 700 habitants et Fleury-les-Aubrais avec 21 438 habitants. La Métropole s'étend de part et d'autre de la Loire sur une superficie de 334,3 km², soit une densité de population de 873,4 habitants au km². À titre de comparaison, la densité de population du département du Loiret est de 101,0 hab/km², celle de la région Centre-Val de Loire de 65,7 hab/km² et celle de la France hexagonale de 106,5 hab/km².

La pyramide des âges d'Orléans Métropole présente une structure marquée par certains héritages historiques : classe creuse issue de la seconde guerre mondiale (déficit de naissances), puis un « baby-boom » et une baisse progressive de la fécondité après 1970. Le vieillissement de la génération du baby-boom va induire à moyen terme une augmentation du nombre de personnes âgées. On observe par ailleurs un pic des jeunes de 20-29 ans, qui peut s'expliquer par l'arrivée de jeunes réalisant leurs études supérieures, la commune d'Orléans ayant une université. Au recensement de la population 2021, la part des personnes âgées de 75 ans et plus sur le territoire, 8,6 %, était moins importante qu'aux niveaux départemental, régional et national (respectivement 9,6 %, 11,0 %, et 9,7 %). Si l'indice de vieillissement y est moins élevé que dans les territoires de référence, le nombre de personnes âgées reste important (53 166 avaient plus de 65 ans en 2021, soit 18,2 % de la population de la Métropole) et augmentera rapidement dans les prochaines années du fait de la transition démographique actuelle.

En 2021, les indicateurs socio-économiques montrent qu'il s'agit d'un territoire composé d'emplois rémunérateurs et moins précaires. Comparé aux territoires de référence, la Métropole d'Orléans compte en effet davantage de cadres et de professions intellectuelles supérieures (21,9 %) ainsi que de professions intermédiaires (27,8 %) ; à l'inverse, les ouvriers (19,4 %), les employés (25,8 %) et les agriculteurs (0,2 %) sont moins nombreux. Le taux de personnes de 15-64 ans sans qualification ou d'un faible niveau de formation sur le territoire, de 18,0 %, est inférieur à ceux du département (19,0 %) et de la région Centre-Val de Loire (18,2 %), mais reste légèrement supérieur à celui de la France hexagonale (17,2 %). Par ailleurs le taux des 15-64 ans non scolarisés titulaires d'au moins un bac +2, avec 42,5 %, est nettement supérieur à ceux observés dans le département (34,8 %), la région (32,9 %) ainsi qu'au niveau national (38,7 %). Le taux de scolarisation des 18-24 ans est de 57,9 % à l'échelle de la Métropole, contre 47,2 % dans le Loiret, 45,7 % en région et 52,5 % en France hexagonale, ce qu'on peut mettre en lien avec la mobilité des jeunes venus étudier sur le territoire.

Dans la Métropole orléanaise, le niveau de revenu moyen net imposable par foyer, de 29 693 euros en 2022, est supérieur à ceux du Loiret et du Centre-Val de Loire, avec respectivement 29 021 euros et 28 118 euros ; mais reste inférieur à celui de la France hexagonale, 30 656 euros. Le taux de chômeurs de longue durée (42,4 %) est légèrement inférieur à celui des territoires de référence (44,3 % dans le Loiret, 45,2 % en Centre Val de Loire et 43,4 % en France hexagonale) tandis que celui des femmes au chômage (49,9 %) est légèrement supérieur (respectivement 49,6 %, 48,4 % et 48,4 %). Le territoire présente un taux de jeunes de moins de 25 ans demandeurs d'emploi comparable à celui du département et de la région (respectivement 14, %, 15,0 % et 15,0 %) ; il est donc supérieur au niveau national (14,0 %). En revanche, les personnes de 50 ans et plus sont moins souvent en demande d'emploi (23,7 % sur le territoire contre 26,6 % au niveau départemental, 28,2 % au niveau régional et 27,8 % au niveau national).

Si les données concernant le revenu moyen, et dans une moindre mesure, celles concernant le chômage présentent des conditions économiques favorables, il faut garder à l'esprit qu'à une plus petite échelle, de grandes disparités sont observables au sein de la population de la Métropole d'Orléans, avec notamment une variabilité importante entre les communes. De fait, d'autres indicateurs socio-économiques témoignent des inégalités présentes sur le territoire. Ainsi, le taux de pauvreté de la Métropole, de 15,8 %, est supérieur à ceux du département (13,9 %), de la région (13,5 %) et au taux de pauvreté national (14,8 %). Le RSA concerne 6,0 % des ménages du territoire, ce qui est supérieur aux taux du Loiret (5,3 %), de la région Centre Val de Loire (5,1 %) et de la France hexagonale (5,5 %).

Les acteurs interrogés soulignent une bonne qualité de vie sur le territoire, fortement urbanisé, bénéficiant d'un bon tissu associatif et relié à la région parisienne et aux autres pôles urbains du Centre-Val de Loire par des axes ferroviaires. La centralité de la commune d'Orléans doit impliquer une attention particulière des acteurs du futur CLS pour permettre une action s'étendant sur l'ensemble du territoire, y compris les communes excentrées et moins peuplées comme Bou ou Chateau. Dans l'ensemble, la question de l'éloignement de certains habitants de l'accès à la santé (population en perte d'autonomie, foyers précaires, familles monoparentales) doit être prise en compte.

Santé environnement

Le moyen de transport le plus utilisé par la population active de 15 ans et plus de la Métropole d'Orléans pour les déplacements domicile-travail est la voiture, avec 68,3 % - taux plus modéré que sur les territoires de référence du fait de la présence de transports en communs utilisés par 15,8 % des actifs - contre 6,5 % pour la marche à pieds, 5,1 % pour le vélo, 3,3 % des actifs n'utilisent pas de transport, et 1,0 % utilisent un deux-roues motorisé. En 2024, la Métropole d'Orléans a enregistré des indices

de la qualité de l'air bons à moyens pendant 87,7 % des jours de l'année. En 2020, les cartes de modélisation haute résolution ne mettent pas en évidence de dépassement des valeurs cibles deux des principaux polluants à effets sanitaires (PM10, PM2,5), mais un dépassement du seuil de concentration en NO2 a eu lieu sur 0,2 % du territoire.

S'agissant de l'eau d'alimentation, il n'est relevé aucun dépassement des valeurs réglementaires pour les nitrates sur le territoire. La majorité des unités de distribution de la Métropole étaient conformes concernant la teneur maximale en pesticides en 2023. Deux des UDI restantes (Ormes et Ingré) ont fait l'objet de non-conformités récurrentes, mais il faut souligner que la substance principalement détectée dans ces communes est le Chlorothalonil R471811, reconnu non pertinent par l'avis de l'Anses du 29 avril 2024. Saint-Jean-de-la-Ruelle et La Chapelle-Saint-Mesmin ont quant à elles présenté des non-conformités ponctuelles.

La précarité énergétique concerne la Métropole d'Orléans à des niveaux légèrement inférieurs aux territoires de référence : ainsi, en 2021, 13,4 % des ménages étaient concernés du fait de leur logement (contre 15,4 % dans le Loiret, 16,3 % en Centre-Val de Loire et 14,0 % en France hexagonale), et 13,2 % du fait du carburant (contre respectivement 13,8 %, 14,7 % et 13,8 %).

Les professionnels interrogés sont nombreux à citer la thématique environnementale comme enjeu d'action du futur CLS mais le détail des actions possibles n'est pas bien connu en dehors d'une minorité d'acteurs spécialisés. Les thèmes les plus fréquemment évoqués sont la qualité de l'air, notamment de l'air intérieur, ainsi que l'urbanisme favorable à la santé, ou encore la lutte contre les espèces à enjeux pour la santé humaine (notamment le moustique-tigre qui fait déjà l'objet d'actions d'éradication).

État de santé

Mortalité générale et prématurée

La mortalité générale de la Métropole d'Orléans est inférieure aux taux départemental, régional et de la France hexagonale, ce qui vaut tant pour les femmes que pour les hommes. C'est également le cas de la mortalité prématurée (avant 65 ans) avec des taux dans l'ensemble inférieurs aux territoires de référence. Le taux comparatif relevé sur le territoire est nettement inférieur aux territoires de référence chez les hommes et non significativement différent de ceux du département et de la France hexagonale chez les femmes – qui restent cependant en dessous du taux régional.

Une grande part des décès prématurés aurait pu être évitée en agissant sur les facteurs de risques individuels ou grâce à une prise en charge plus performante des systèmes de soins. La prévention primaire constitue un levier permettant de diminuer l'incidence de cette mortalité évitable liée aux comportements à risque, notamment

la consommation d'alcool, de tabac, les accidents de la route, le suicide... Ainsi, de 2014 à 2022, sur le territoire de la Métropole d'Orléans, 37,6 % des décès auraient pu être évités par la prévention primaire, et 18,5 % auraient pu être évités par le soin sur le territoire. Ces chiffres sont comparables à ceux des territoires de référence, mais ils sont globalement inférieurs, en particulier en ce qui concerne les décès évitables par la prévention primaire (39,6 % dans le Loiret, 40,0 % en Centre-Val de Loire et 39,9 % en France hexagonale).

Santé de l'enfant et de la famille

Pour la période 2021-2023, l'indice conjoncturel de fécondité de la Métropole d'Orléans est de 1,8 enfants par femme de 15 à 49 ans, il est donc comparable aux territoires de référence (1,9 dans le Loiret, 1,8 en Centre Val de Loire et 1,7 en France hexagonale).

Les professionnels interrogés évoquent des besoins identifiés en matière de suivi pré- et postnatal. Des actions existent déjà en ce sens, comme en ce qui concerne l'accompagnement de la parentalité et le développement psychosocial des enfants. Dans l'ensemble, les entretiens soulignent qu'en matière de santé de l'enfant et de la famille, le maillage partenarial doit être renforcé afin d'étendre la réalisation des actions existantes et notamment de mieux atteindre les publics concernés les plus éloignés de la santé.

Santé mentale-bien-être

Après standardisation de la population par tranche d'âge, le taux d'admissions en ALD pour affections psychiatriques est de 171,3 pour 100 000 habitants dans la Métropole d'Orléans, de 2018 à 2023. Ce taux est comparable à celui de la région (174,1) mais est significativement supérieur à celui du Loiret (162,7) et significativement inférieur à celui de la France hexagonale (200,0). À structure d'âge comparable, le territoire présente une mortalité par suicide de 10,8 décès pour 100 000 habitants, soit un taux significativement plus bas que ceux observés aux niveaux départemental (13,8), régional (15,3) et national (13,4). La démographie des praticiens de santé mentale est plutôt favorable dans la Métropole, comparée aux territoires de référence : tous modes d'exercices confondus, on relève une densité de 24,7 psychiatres pour 100 000 habitants (contre 12,1 pour le Loiret, 15,3 pour le Centre-Val de Loire et 22,2 pour la France Hexagonale) et de 124,3 psychologues pour 100 000 habitants (79,9 dans le Loiret, 92,8 en Centre-Val de Loire et 107,7 en France hexagonale).

Néanmoins, les professionnels soulignent que l'accès aux soins en santé mentale peut encore être amélioré sur le territoire. Outre la question structurante de l'articulation du futur CLS et du CLSM, des entretiens ressortent des thématiques telles que la prise en compte de certains patients susceptibles de subir des discriminations dans l'accès aux soins (personnes en situation d'addiction,

personnes transgenres), ou encore la promotion de la qualité de vie et du lien social comme mesure permettant de prévenir le mal-être. Les professionnels insistent par ailleurs sur la nécessité de réaliser des actions de prévention s'articulant sur des partenariats élargis et durables, ainsi que sur la participation des usagers.

Maladies chroniques et autonomie (personnes âgées, personnes en situation de handicap)

Sur la période 2013-2021, les cancers sont la première cause de décès (27,8 %) dans la Métropole d'Orléans, tout comme sur les territoires de référence, qui présentent des niveaux comparables (respectivement 26,8, 26,6 et 26,4 pour le Loiret, le Centre-Val de Loire et la France hexagonale). Le cancer du poumon est la première cause de décès par cancer sur le territoire avec une moyenne de 107 décès par an, ce qui après standardisation revient à un taux inférieur à ceux des territoires de référence (la Métropole dénombre 41,7 décès pour 100 000 habitants, contre 45,3 dans le Loiret, 47,6 en Centre-Val de Loire et 47,7 en France hexagonale).

Durant les entretiens, les professionnels évoquent particulièrement les dépistages des cancers réalisés sur le territoire, qui pourraient encore être étendus pour mieux couvrir la population, dans un contexte de démographie médicale contrainte. Ils formulent des pistes de réflexion pour faciliter cette diffusion des dépistages : le fait de cibler des sous-populations spécifiquement à risque et/ou éloignées de l'accès à la santé (habitants des QPV, personnes en situation de handicap ou en ALD, santé des femmes) ; ou encore la nécessité de concevoir des actions « clé en main », c'est-à-dire facilitant au maximum la participation des habitants et, afin de rassurer ces derniers sur la dimension concrète des événements de dépistages, mobilisant des professionnels de santé.

Enfin, un aspect important de la prévention des maladies chroniques que rappellent les professionnels interrogés est la nutrition, thème qui rassemble la promotion d'une alimentation équilibrée et la pratique de l'activité physique. Ce dernier point a fait l'objet d'une insistance particulière de la part des acteurs qui évoquent la nécessité de sensibiliser la population et de l'accompagner vers de telles pratiques en s'appuyant sur diverses expérimentations des précédentes années et en renforçant l'interconnaissance des secteurs sanitaires et sociaux.

Offre de soins et prévention

Selon le répertoire partagé des professions de santé au 1^{er} octobre 2024, la région Centre-Val de Loire est la région de France la moins dotée en médecins généralistes (libéraux, salariés et mixtes). Le Loiret figure parmi les départements de France métropolitaine les moins bien dotés en médecins généralistes. Entre 2023 et 2024, le nombre de médecins généralistes en région Centre-Val de Loire a augmenté de 0,2 % et de 1,7 % dans le Loiret.

La Métropole d'Orléans présente toutefois un nombre de médecins généralistes stable.

Au nombre de 378 sur le territoire de la Métropole, les médecins généralistes (tous modes d'exercices confondus) présentent une densité de 129,5 pour 100 000 habitants, ce qui est supérieur à celles du département (93,6), de la région (101,8) et de la France hexagonale (126,3). Le territoire compte 196 médecins généralistes libéraux, soit une densité de 67,1 pour 100 000 habitants, inférieure à celle mesurée en France hexagonale (74,3), mais supérieure aux densités observées dans le Loiret (53,0) et en Centre-Val de Loire (58,4). Dans un contexte de démographie médicale d'ores et déjà problématique en région, le vieillissement des professionnels de santé, et en particulier des médecins généralistes libéraux, est à anticiper sur le territoire. En effet 48,5 % d'entre eux ont 55 ans ou plus (50,7 % dans le Loiret, 47,9 % en Centre-Val de Loire et 43,0 % en France métropolitaine) ; et 28,6 % des médecins généralistes libéraux de la Métropole d'Orléans ont 65 ans et plus (contre 20,9 % dans le Loiret, 16,8 % en Centre-Val de Loire et 15,8 % en France métropolitaine).

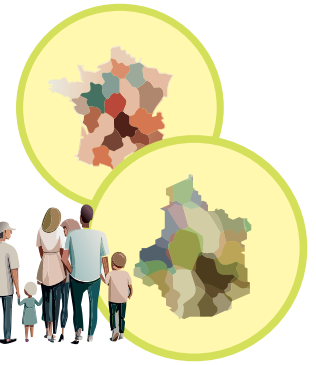
Au sein des professions médicales et paramédicales, la Métropole d'Orléans présente des densités de libéraux supérieures à celles observées dans le Loiret et le Centre-Val de Loire, mais comparables à celle de la France hexagonale : 51,1 chirurgiens-dentistes libéraux pour 100 000 habitants, contre 37,0 au niveau départemental, 36,9 au niveau régional et 52,2 au niveau hexagonal ; 120,9 masseurs-kinésithérapeutes libéraux pour 100 000 habitants, contre respectivement 85,6, 76,7 et 117,7. En revanche, la Métropole dispose d'une densité en infirmiers libéraux inférieure aux territoires de référence : on comptait, au 1^{er} octobre 2024, 66,8 professionnels pour 100 000 habitants contre 85,2 dans le Loiret, 97,3 en Centre Val de Loire et 128,6 en France hexagonale. Rapportée à la population de plus de 65 ans, qui consomme potentiellement plus de soins à domicile, la densité d'infirmiers libéraux du territoire est de 366,8 pour 100 000 habitants de 65 ans et plus, elle est donc inférieure à celles du département (414,8), de la région (422,7) et de la France hexagonale (622,2).

Les professionnels constatent des difficultés d'accès aux consultations des généralistes et spécialistes et appellent de leurs vœux une vision collectivement partagée de l'installation des professionnels de santé sur le territoire de la Métropole, pour éviter la concurrence entre les communes. L'attractivité des métiers de la santé pourrait, selon certains professionnels, faire l'objet d'actions au sein du futur CLS. Certaines initiatives existantes de la CPTS Orléanaise visant à favoriser l'accès aux soins sont citées, comme le Service d'Accès aux Soins. De manière générale, les actions de prévention présentes sur le territoire pourront être renforcées, démultipliées et mieux articulées par le futur CLS, afin de favoriser la santé de la population, dans une logique générale de décloisonnement des différents secteurs de la santé.

Au regard de tous ces constats, il est proposé les recommandations suivantes :

- ↵ La concertation partenariale est cruciale pour la vie du futur CLS : il est nécessaire que les acteurs se rencontrent et puissent échanger sur les thématiques de santé et les besoins prégnants identifiés sur le territoire. Le maillage partenarial est un atout du territoire, que le CLS doit être attentif à consolider.
- ↵ Pour permettre un travail en commun efficace, la communication et les modalités de sollicitation et de réunion des partenaires doivent être pensées d'une manière efficiente et qui convienne à chacun.
- ↵ Certaines thématiques ont été particulièrement citées dans les entretiens (santé mentale, enfance/parentalité/jeunesse, dépistages/maladies chroniques/nutrition, vieillissement/maintien de l'autonomie, santé environnementale...) – leur intégration au programme d'action doit être produite collégialement avec les acteurs, en anticipant les moyens de leur mise en œuvre opérationnelle.
- ↵ Le déploiement des actions doit être pensé à l'échelle du territoire pour atteindre au mieux la population au regard des enjeux de réduction des inégalités de santé.
- ↵ La santé communautaire, la participation des usagers, sont considérées importantes par l'ensemble des acteurs interrogés – l'intégration de ces notions au CLS pourrait être bénéfique pour la prise en compte des besoins de la population de la Métropole.

La communauté de communes de l'agglomération orléanaise est officiellement créée le 24 novembre 1998. La communauté de communes a été transformée en communauté d'agglomération en 2011. La structure obtient le statut de métropole en 2017, prenant ainsi le nom d'Orléans Métropole.

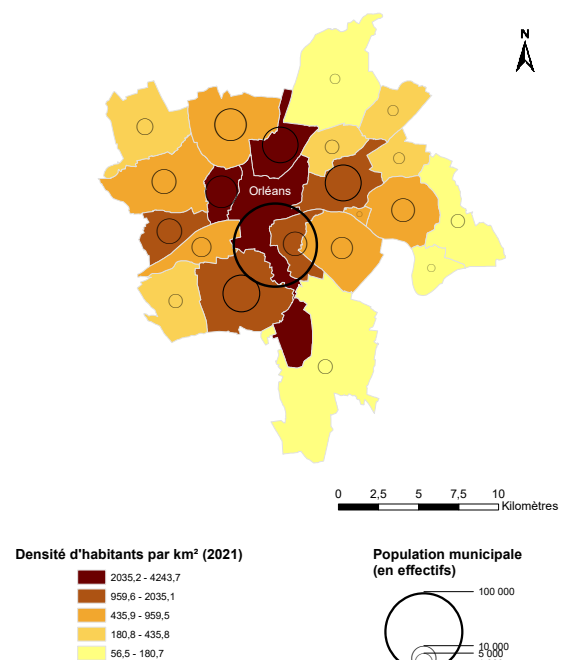


Le territoire et son peuplement

Orléans Métropole compte 22 communes rassemblant 292 001 habitants selon le recensement de la population de 2021. La ville d'Orléans, capitale régionale, est la principale commune d'Orléans Métropole. Avec près de 116 617 habitants en 2021, les Orléanais représentent 39,94 % de l'ensemble de la population d'Orléans Métropole. Suivent, par ordre d'importance en termes d'habitants, les villes d'Olivet, Saint-Jean-de-Braye et Fleury-les-Aubrais avec respectivement 22 855, 21 700 et 21 438 habitants. À l'inverse, Combleux et Bou sont les communes les moins peuplées et comptent respectivement 500 et 1 011 habitants.

Située de part et d'autre de la Loire, Orléans Métropole s'étend sur 334,3 km², soit une densité de population de 873,4 habitants au km². Il s'agit du territoire de la région Centre-Val de Loire le plus densément peuplé. À titre de comparaison, la densité de population du département du Loiret est de 101,0 hab/km², celle de la région Centre-Val de Loire de 65,7 hab/km² et celle de la France hexagonale de 106,5 hab/km².

POPULATION MUNICIPALE EN 2021

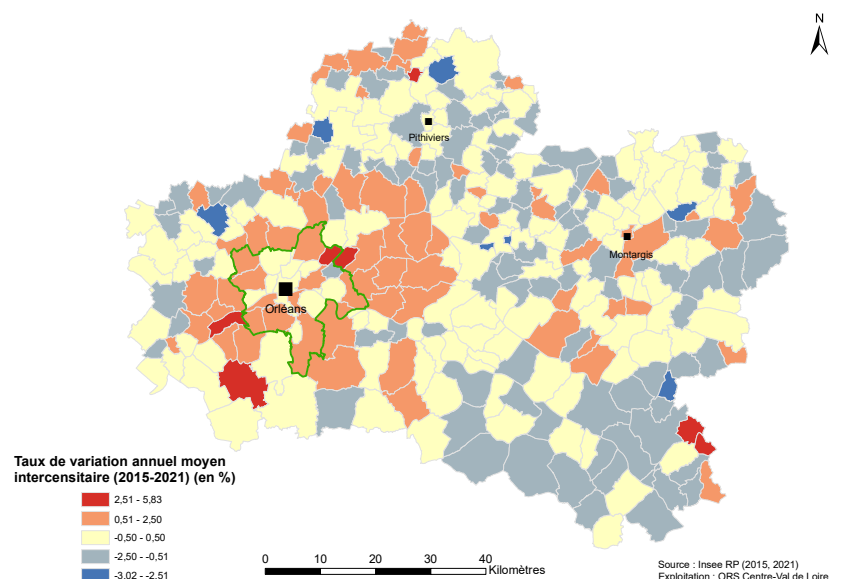


Source : Insee (RP 2021)
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

Variation de population intercensitaire 2015-2021

Sur la période 2015-2021, la population du territoire d'Orléans Métropole a augmenté de 10 102 habitants, soit un taux de variation annuel positif de 0,59 %, supérieur à celui du Loiret (+0,28 %), de la région Centre-Val de Loire (-0,03 %) et de la France hexagonale (+0,31 %).

Depuis 50 ans, la population d'Orléans Métropole a progressivement augmenté : 171 160 habitants en 1968, 210 796 en 1975, 222 870 en 1982, 245 849 en 1990, 266 446 en 1999, 273 047 en 2010, 281 899 en 2015 puis, le territoire a atteint son pic de population en 2021 avec 292 001 habitants.



Source : Insee RP (2015, 2021)
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

Les taux de variation intercensitaire 2015-2021 sont assez hétérogènes pour les communes du territoire. Les taux varient de -0,62 % pour la commune de Boigny-sur-Bionne à +4,11 % pour la commune de Marigny-les-Usages.

Structure de la population

En 2021, les jeunes de moins de 20 ans représentent 25,6 % de la population du territoire d'Orléans Métropole, soit une proportion supérieure à celles observées dans le département (25,0 %), dans la région (23,3 %) et au niveau national (23,6 %).

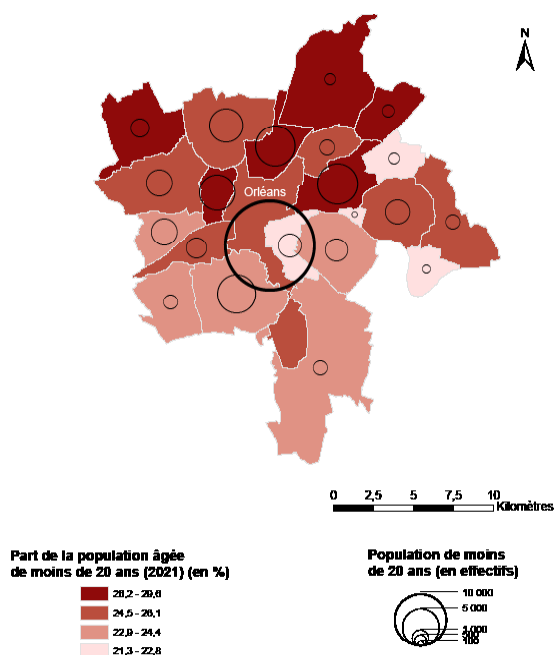
Le territoire compte, en proportion, moins de personnes âgées de 75 ans et plus (8,6 %) qu'aux niveaux départemental (9,6 %), régional (11,0 %) et national (9,7 %).

POPULATION PAR ÂGE EN 2021

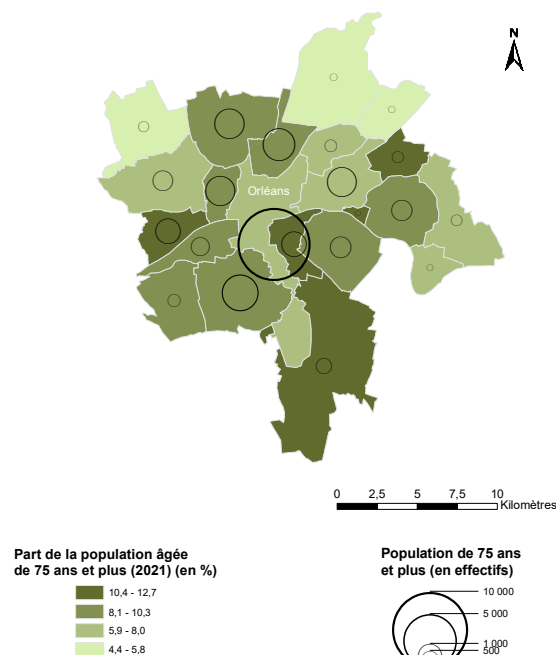
	Population totale		Population âgée de moins de 20 ans		Population âgée de 65 ans et plus		Population âgée de 75 ans et plus	
	Effectifs	% de la population	Effectifs	% de la population	Effectifs	% de la population	Effectifs	% de la population
Orléans Métropole	292 001	25,6	74 827	25,6	53 166	18,2	25 067	8,6
Loiret	684 561	25,0	171 199	25,0	140 544	20,5	65 905	9,6
Centre-Val de Loire	2 573 303	23,3	600 016	23,3	592 394	23,0	282 655	11,0
France hexagonale	65 505 213	23,6	15 462 070	23,6	13 535 896	20,7	6 356 672	9,7

Source : Insee (RP 2021)
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

STRUCTURE DE LA POPULATION EN 2021



Source : Insee (RP 2021)
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire



Source : Insee (RP 2021)
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

INDICE DE VIEILLISSEMENT EN 2021

L'indice de vieillissement, rapport du nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 individus de moins de 20 ans, est moins élevé dans le territoire d'Orléans Métropole (71,0) que dans le département (82,1), la région (98,7) et en France hexagonale (87,5).

	Indice de vieillissement
Orléans Métropole	71,0
Loiret	82,1
Centre-Val de Loire	98,7
France Hexagonale	87,5

Source : Insee (RP 2021)
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

Évolution de la structure de la population entre 2015 et 2021

Entre 2015 et 2021, le nombre de jeunes de moins de 20 ans du territoire est passé de 72 266 à 74 827 habitants, soit une augmentation annuelle de +0,58 %. Le nombre de jeunes de moins de 20 ans dans le Loiret est relativement stable (+0,04 %). Un déclin est cependant observé dans la région (-0,46 %) et en France hexagonale (-0,15 %).

Concernant la population des 75 ans et plus sur le territoire d'Orléans Métropole, il existe une nette augmentation de +1,61 % par an (comparativement, +0,79 % dans le département, + 0,46 % dans la région et +0,94 % en France hexagonale).

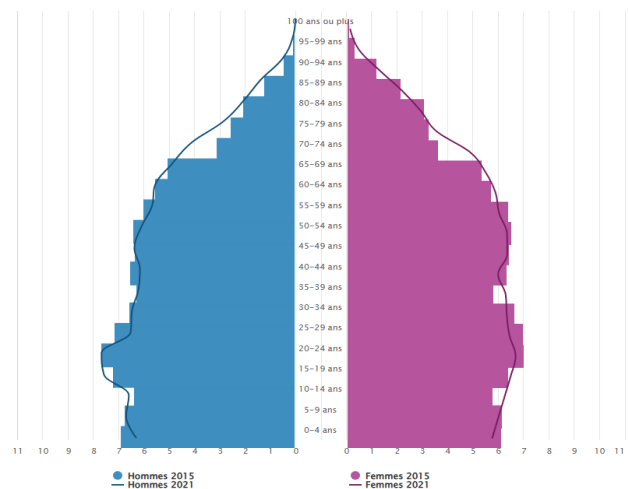
	Population de moins de 20 ans				Évolution annuelle (en %)	Population de 75 ans et plus				Évolution annuelle (en %)
	2015		2021			2015		2021		
	Effectifs	En %	Effectifs	En %		Effectifs	En %	Effectifs	En %	
Orléans Métropole	72 266	25,6	74 827	25,6	0,58	22 779	8,1	25 067	8,6	1,61
Loiret	170 747	25,3	171 199	25,0	0,04	62 857	9,3	65 905	9,6	0,79
Centre-Val de Loire	616 699	23,9	600 016	23,3	-0,46	274 996	10,7	282 655	11,0	0,46
France hexagonale	15 601 242	24,3	15 462 070	23,6	-0,15	6 009 177	9,3	6 356 672	9,7	0,94

Source : Insee (RP 2015 et 2021, exploitation principale)
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

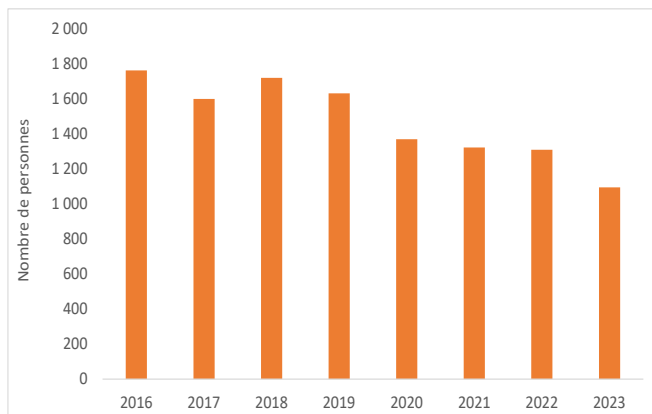
PYRAMIDE DES ÂGES (2015-2021)

Au recensement de la population 2021, la pyramide des âges du territoire d'Orléans Métropole présente une structure marquée par certains héritages historiques : classe creuse issue de la seconde guerre mondiale (déficit de naissance) suivi d'un « baby-boom » dans les années 1970. Le vieillissement de la génération du baby-boom va induire à moyen terme une augmentation du nombre de personnes âgées.

On observe un pic également chez les 20-29 ans pouvant s'expliquer par le fait que les jeunes passent en études supérieures, la commune d'Orléans ayant une université.



Source : Insee (RP 2015 et 2021)
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire



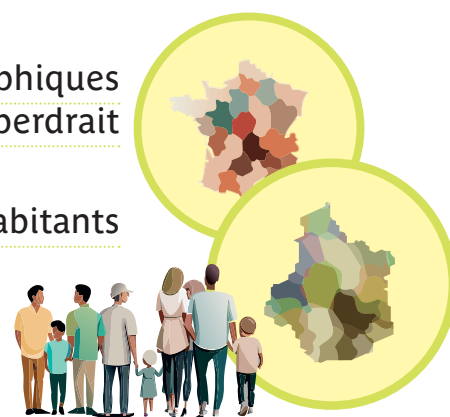
Source : Insee statistiques de l'État civil en géographie au 01/01/2024
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

Évolution du solde naturel entre 2014 et 2023

Au cours des 10 dernières années, entre 2014 et 2023, malgré une tendance à la baisse, le solde naturel est resté positif, suggérant un nombre de naissances supérieur au nombre de décès sur le territoire.

À l'horizon 2030, si les tendances démographiques se poursuivent, la région Centre-Val de Loire perdrait 6 300 habitants par rapport à l'année 2025.

Le Loiret quant à lui continuerait de gagner des habitants (+6 800 habitants).



Projection de la population à l'horizon 2030 en région Centre-Val de Loire et dans le Loiret

Sous l'effet de l'arrivée dans le 3^e âge des baby-boomers et de l'amélioration de l'espérance de vie, la population de la région va continuer de vieillir, modifiant ainsi la structure d'âge à l'horizon 2030.

En Centre-Val de Loire, les 65 ans et plus vont passer de 635 153 habitants en 2025 à 677 289 en 2030 (26,5 % de la population). La population âgée de 20 à 64 ans, correspondant majoritairement à la population professionnellement active, passerait de 1 348 154 habitants en 2025 à 1 325 444 en 2030. Ainsi son poids dans la population totale devrait diminuer pour se stabiliser autour de 51,8 % (contre 52,5 % en 2025).

Dans le Loiret, c'est également le cas avec une diminution de la population professionnellement active entre 2025 et 2030 (respectivement 53,6 % contre 53,1 %).

La population âgée de 65 ans et plus va également augmenter passant de 151 759 habitants en 2025 à 163 733 en 2030. Ils représenteraient 23,4 % de la population totale en 2030 contre 21,9 % en 2025. Les effectifs des plus de 85 ans devraient aussi augmenter et représenteraient, en 2030, 3,6 % de la population du Loiret (4,2 % en Centre-Val de Loire).

Face à ces différents constats, il apparaît donc nécessaire d'anticiper dès à présent la prise en charge de la dépendance. Cela passe par la création d'emplois et de services à la personne, la formation des professionnels œuvrant dans les champs de la dépendance, la gestion des aidants familiaux et le développement de l'offre d'accueil dans les établissements sociaux et médico-sociaux.

Le parc de logements

PARC DE LOGEMENTS (2015-2021)

	Nombre de logements		Évolution	Résidences principales		Évolution	Résidences secondaires et logements occasionnels		Évolution	Logements vacants		Évolution
	2015	2021	En %	2015	2021	En %	2015	2021	En %	2015	2021	En %
Orléans Métropole	137 267	146 553	6,8	123 768	131 932	6,6	2 488	3 405	36,9	11 011	11 216	1,9
Loiret	331 993	349 304	5,2	286 312	301 343	5,2	16 326	17 037	4,4	29 355	30 924	5,3
Centre-Val de Loire	1 340 106	1 395 797	4,2	1 126 638	1 168 465	3,7	84 725	88 464	4,4	128 743	138 868	7,9
France hexagonale	33 582 445	35 640 147	6,1	27 669 662	29 276 857	5,8	3 257 864	3 520 267	8,1	2 654 959	2 843 023	7,1

Source : Insee (RP 2015 et 2021, exploitation principale)
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

Au recensement de la population de 2021, le territoire d'Orléans Métropole compte 146 553 logements. Les résidences principales en représentent 90,0 %, les résidences secondaires et logements occasionnels 2,3 % et les logements vacants 7,7 %.

Entre 2015 et 2021, le nombre de résidences principales a augmenté de 6,6 % sur le territoire d'Orléans Métropole, passant de 123 768 à 131 932. Il a également augmenté dans le département (+ 5,2 %), en région (+ 3,7 %) et au niveau national (+ 5,8 %).

On constate également sur la même période que le nombre de logements vacants a augmenté de 1,9 % sur le territoire.

Cette hausse est plus faible que celle observée au niveau départemental (+ 5,3 %), au niveau régional (+ 7,9 %) et au niveau national (+ 7,1 %).

Concernant les résidences secondaires et les logements occasionnels, ils ont nettement augmenté sur le territoire d'Orléans Métropole (+ 36,9 %) avec une hausse demeurant moindre au niveau départemental (+ 4,4 %), régional (+ 7,9 %) et national (+ 7,1 %). Cette hausse est probablement liée au développement des locations de courte durée, activité touristique croissante...

PARC DE LOGEMENTS LOCATAIRES (2015-2021)

	Nombre de ménages en résidences locataires		Évolution	Nombre de ménages en logements HLM		Évolution	Part des ménages locataires	Part des ménages locataires en HLM
	2015	2021	En %	2015	2021	En %	2021 en %	
Orléans Métropole	59 168	62 980	6,4	23 572	24 407	3,5	47,1	18,2
Loiret	105 180	109 778	4,4	42 718	43 737	2,4	36,0	14,3
Centre-Val de Loire	393 118	405 303	3,1	166 451	168 229	1,1	34,3	14,2
France hexagonale	11 322 534	11 966 195	5,7	4 156 899	4 343 155	4,5	40,2	14,6

Source : Insee (RP 2015-2021)
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

Selon le recensement de population de l'Insee de 2021, 47,1 % des ménages du territoire d'Orléans Métropole sont locataires (36,0 % des ménages sont locataires dans le Loiret, 34,3 % en région et 40,2 % en France hexagonale). Parmi ces ménages, 18,2 % sont locataires en logement HLM sur le territoire d'Orléans Métropole (contre 14,3 % dans le département, 14,2 % en région et 14,6 % en France hexagonale).

Entre 2015 et 2021, le nombre de ménages vivant dans un logement locatif a augmenté, passant de 59 168 à 62 980, soit +6,4 %. L'évolution a été de +4,4 % dans le département, +3,1 % en région et +5,7 % en France hexagonale.

Le nombre de HLM a lui augmenté de 3,5 % entre 2015 et 2021 sur le territoire d'Orléans Métropole (+2,4 % dans le Loiret, +1,1 % en Centre-Val de Loire et +4,5 % en France hexagonale).

LES ALLOCATIONS LOGEMENTS AU 31.12.2023

	Nombre d'allocataires	Allocataires d'allocations logement		Taux de couverture des ménages par les allocations logements
	Effectifs	Effectifs	En %	En %
Orléans Métropole	68 165	32 659	47,9	24,4
Loiret	136 604	53 493	39,2	17,5
Centre-Val de Loire	512 108	200 207	39,1	16,9
France hexagonale	13 600 132	5 659 097	41,6	19,0

Sources : Cnaf au 31/12/2023, CCMSA au 31/12/2023, RP 2021
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

Fin 2023, 47,9 % des allocataires du territoire d'Orléans Métropole bénéficient d'une allocation logement (APL, ALS, ALF), soit une proportion supérieure à celles du département (39,2 %), de la région (39,1 %) et de la France hexagonale (41,6 %).

Au total, 24,4 % des ménages du territoire sont couverts par une allocation logement (17,5 % dans le département, 16,9 % en Centre-Val de Loire et 19,0 % en France hexagonale).

Composition des ménages

STRUCTURE DES MÉNAGES EN 2021

	Nombre de ménages	Population des ménages	Nombre de ménages isolés		Nombre de familles ou couples avec ou sans enfant(s)		Nombre de ménages monoparentaux		Nombre d'autres types de ménages		Nombre moyen de personnes par ménage
			Effectifs	En %	Effectifs	En %	Effectifs	En %	Effectifs	En %	
Orléans Métropole	133 808	286 706	56 060	41,9	63 070	47,1	13 505	10,1	2 187	1,6	2,1
Loiret	304 994	671 964	112 651	36,9	160 772	52,7	28 857	9,5	3 712	1,2	2,2
Centre-Val de Loire	1 181 700	2 514 623	449 813	38,1	615 342	52,1	103 975	8,8	14 438	1,2	2,1
France hexagonale	29 749 353	64 282 363	11 407 040	38,4	15 041 483	50,1	2 910 265	9,8	497 387	1,7	2,2

Source : Insee (RP 2021)
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

Au recensement de population de 2021, le territoire d'Orléans Métropole compte 133 808 ménages constitués par 286 706 habitants soit 2,14 personnes par ménage.

Les couples avec ou sans enfants(s) représentent la majorité des ménages (47,1 %), ce qui est inférieur aux niveaux départemental (52,7 %), régional (52,1 %) et national (50,1 %).

La proportion de ménages isolés du territoire d'Orléans Métropole (41,9 %) est supérieure à celles du département (36,9 %), de la région (38,1 %) et de la France hexagonale (38,4 %).

D'avantage de ménages monoparentaux sont retrouvés au niveau du territoire avec 10,1 % des ménages (contre 9,5 % dans le département, 8,8 % en Centre-Val de Loire et 9,8 % en France hexagonale).

Structures familiales des allocataires

Fin 2023, Orléans Métropole compte 68 165 allocataires Cnaf et CCMSA. L'analyse de la structure familiale des allocataires met en évidence que 49,0 % d'entre eux sont des personnes seules (contre 42,2 % dans le Loiret, 45,0 % en Centre-Val de Loire et 46,6 % en France hexagonale).

Les couples avec enfant(s) représentent 30,7 % des allocataires (37,0 % pour le département, 34,8 % au niveau régional et 33,6 % au niveau national).

La proportion de familles monoparentales parmi les allocataires du territoire d'Orléans Métropole est de 15,6 % soit une proportion supérieure aux niveaux régional (15,3 %) et national (15,1 %) mais demeurant inférieure à la proportion départementale (16,3 %).

Les couples sans enfant représentent, quant à eux, 4,5 % des allocataires du territoire, soit une proportion similaire à celles du Loiret (4,3 %) mais restant inférieure aux proportions régionale (4,7 %) et nationale (4,6 %).

STRUCTURE FAMILIALE DES ALLOCATAIRES AU 31.12.2023

	Nombre d'allocataires	Personnes seules (allocataires isolés)		Familles couples sans enfant		Familles couples avec enfant(s)		Familles monoparentales	
		Effectifs	En %	Effectifs	En %	Effectifs	En %	Effectifs	En %
Orléans Métropole	68 165	33 427	49,0	3 061	4,5	20 923	30,7	10 609	15,6
Loiret	136 604	57 660	42,2	5 902	4,3	50 500	37,0	22 323	16,3
Centre-Val de Loire	512 108	230 493	45,0	24 067	4,7	178 012	34,8	78 390	15,3
France hexagonale	13 600 132	6 338 500	46,6	625 894	4,6	4 560 392	33,6	2 048 512	15,1

Sources : Cnaf au 31/12/2023, CCMSA au 31/12/2023, Insee (RP 2021)
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

POPULATION PRÉCAIRE : MINIMA SOCIAUX ET SOINS

Minima sociaux

Au 31 décembre 2023, 3,9 % des ménages du territoire bénéficient de l'allocation adulte handicapé (AAH), soit une proportion supérieure de celle du Loiret (3,4 %) mais demeurant inférieure à celles des échelles régionale et nationale (respectivement 4,3 % et 4,4 %).

Le revenu de solidarité active, entré en vigueur le 1^{er} juin 2009 (et en 2011 dans les départements et certaines collectivités d'outre-mer), se substitue au revenu minimum d'insertion (RMI), à l'allocation de parent isolé (API) et aux dispositifs d'intéressement à la reprise d'activité qui leurs étaient associés.

Le RSA socle, filet de sécurité minimal pour les personnes sans ressources, est délivré, fin 2023, à 7 986 allocataires du territoire d'Orléans Métropole, soit 6,0 % des ménages ; proportion supérieure à celles du département (5,3 %), de la région (5,1 %) et de la France hexagonale (5,5 %).

Concernant les allocataires du territoire ayant de faibles revenus, 13 663 d'entre eux ont des ressources constituées à 50 % ou plus de prestations Cnaf ou CCMSA (soit 23,5 % des allocataires dont les ressources sont connues) et 7 278 voient leurs ressources intégralement constituées de ces prestations (soit 12,5 % des allocataires dont les ressources sont connues).

ALLOCATAIRES DE MINIMA SOCIAUX AU 31.12.2023

	Allocataires AAH		Allocataires RSA socle		Allocataires dont les ressources sont constituées à 50 % ou plus de prestations Cnaf ou CCMSA		Allocataires dont les ressources sont constituées à 100 % de prestations Cnaf ou CCMSA	
	Effectifs	% des ménages	Effectifs	% des ménages	Effectifs	% des allocataires	Effectifs	% des allocataires
Orléans Métropole	5 237	3,9	7 986	6,0	13 663	23,5	7 278	12,5
Loiret	10 494	3,4	16 146	5,3	26 343	21,6	14 266	11,7
Centre-Val de Loire	50 757	4,3	60 485	5,1	104 326	22,9	57 496	12,6
France hexagonale	1 300 283	4,4	1 649 803	5,5	2 857 452	24,1	1 633 909	13,8

Sources : Cnaf au 31/12/2023, CCMSA au 31/12/2023, Insee RP 2021
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

POPULATION PRÉCAIRE : MINIMA SOCIAUX ET SOINS

Complémentaire santé solidaire

Depuis le 1^{er} novembre 2019, la complémentaire santé solidaire remplace la CMU-C et l'ACS. La complémentaire santé solidaire est une aide permettant aux bénéficiaires de payer leurs dépenses de santé. Selon les ressources du bénéficiaire, elle peut être gratuite (CSS gratuite) ou coûter moins d'un euro par jour et par personne. Les frais médicaux sont payés par les organismes d'assurance maladie obligatoire ainsi que par l'organisme choisi par l'utilisateur pour gérer sa complémentaire santé solidaire. Depuis le 1^{er} janvier 2022, l'attribution de la complémentaire santé solidaire est automatique pour les allocataires du revenu de solidarité active (RSA).

Au cours de la période 2021-2023, 50 916 résidents d'Orléans Métropole sont bénéficiaires de la CSS gratuite, soit 16,6 % des personnes ayant eu au moins un remboursement de soin. Cette proportion est de 13,0 % dans le Loiret, de 11,7 % en Centre-Val de Loire et de 13,1 % en France hexagonale.

Taux de pauvreté

Le taux de pauvreté correspond à la proportion d'individus (ou de ménages) dont le niveau de vie est inférieur pour une année donnée à un seuil, dénommé seuil de pauvreté (exprimé en euros).

L'Insee, comme Eurostat et les autres pays européens, mesure la pauvreté monétaire de manière relative alors que d'autres pays (comme les États-Unis ou l'Australie) ont une approche absolue.

BÉNÉFICIAIRES DE LA CSS GRATUITE (2021-2023)

	Nombre de bénéficiaires de la CSS gratuite (ex CMU-C)	Nombre de bénéficiaires ayant eu un remboursement de soins	Taux de bénéficiaires de la CSS gratuite (ex CMU-C)
Orléans Métropole	50 916	307 370	16,6
Loiret	93 849	723 620	13,0
Centre-Val de Loire	314 553	2 699 144	11,7
France hexagonale	9 034 740	69 222 272	13,1

Sources : SNDS, DCIR
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

Dans l'approche en termes relatifs, le seuil de pauvreté est déterminé par rapport à la distribution des niveaux de vie de l'ensemble de la population. On privilégie, en Europe, le seuil de 60 % du niveau de vie médian.

En 2021, le taux de pauvreté du territoire d'Orléans Métropole est de 15,8 %. Ce dernier est supérieur à ceux du département (13,9 %), de la région (13,5 %) et de la France hexagonale (14,8 %).

TAUX DE PAUVRETÉ EN 2021 (EN %)

	Ensemble	Moins de 30 ans	De 30 à 39 ans	De 40 à 49 ans	De 50 à 59 ans	De 60 à 74 ans	75 ans et plus
Orléans Métropole	15,8	24,3	19,8	19,1	14,5	10,0	7,0
Loiret	13,9	21,0	17,4	16,5	12,8	9,4	7,8
Centre-Val de Loire	13,5	21,4	16,7	15,5	12,6	9,7	9,0
France hexagonale	14,8	22,6	17,0	16,4	14,0	11,4	11,3

Sources : Insee-DGFIP-CNAF-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

POPULATION PRÉCAIRE : MINIMA SOCIAUX ET SOINS

Emploi

En 2021, la catégorie socio-professionnelle la plus représentée sur le territoire d'Orléans Métropole est celle des professions intermédiaires (27,8 %) ainsi qu'à l'échelle du Loiret (27,1 %), ce qui diffère de la région Centre-Val de Loire et de la France hexagonale avec, comme catégorie la plus représentée, celle des employés (27,4 % et 26,4 %).

D'une manière générale, le territoire comporte une proportion supérieure de cadres et de professions intellectuelles supérieures (21,9 % contre 16,4 % dans le Loiret, 14,8 % en Centre-Val de Loire et 19,4 % en France hexagonale).

Le territoire compte 19,4 % d'ouvriers, soit une proportion inférieure à celles des autres territoires (23,2 % pour le Loiret, 23,1 % pour le Centre-Val de Loire et 19,6 % pour la France hexagonale). De même pour les artisans, commerçants et chefs d'entreprise qui représentent 4,9 % des actifs d'Orléans Métropole contre 6,0 % pour le département, 6,5 % pour la région et 6,9 % au niveau national.

Concernant la proportion d'agriculteurs, celle-ci est également inférieure à celles des territoires de référence (0,2 % sur le territoire contre 1,1 % pour le département, 1,8 % pour la région et 1,4 % pour la France hexagonale).

POPULATION ACTIVE AYANT UN EMPLOI PAR CSP EN 2021

	Population active ayant un emploi		Agriculteurs				Artisans, commerçants et chefs d'entreprise				Cadres et professions intellectuelles supérieures			
	Effectifs		Effectifs		% de la pop. active ayant un emploi		Effectifs		% de la pop. active ayant un emploi		Effectifs		% de la pop. active ayant un emploi	
	2015	2021	2015	2021	2015	2021	2015	2021	2015	2021	2015	2021	2015	2021
Orléans Métropole	117 382	122 363	257	226	0,2	0,2	4 915	6 036	4,2	4,9	24 619	26 808	21,0	21,9
Loiret	274 888	284 145	3 337	3 031	1,2	1,1	15 321	17 187	5,6	6,0	42 310	46 525	15,4	16,4
Centre-Val de Loire	1 035 301	1 046 691	21 057	18 926	2,0	1,8	63 663	67 683	6,1	6,5	139 761	154 867	13,5	14,8
France hexagonale	26 136 190	27 418 129	426 277	390 059	1,6	1,4	1 710 468	1 893 774	6,5	6,9	4 651 305	5 325 782	17,8	19,4

	Professions intermédiaires				Employés				Ouvriers			
	Effectifs		% de la pop. active ayant un emploi		Effectifs		% de la pop. active ayant un emploi		Effectifs		% de la pop. active ayant un emploi	
	2015	2021	2015	2021	2015	2021	2015	2021	2015	2021	2015	2021
Orléans Métropole	33 704	33 976	28,7	27,8	31 326	31 532	26,7	25,8	22 561	23 785	19,2	19,4
Loiret	74 143	77 032	27,0	27,1	74 438	74 346	27,1	26,2	65 338	66 023	23,8	23,2
Centre-Val de Loire	266 271	277 614	25,7	26,5	295 876	285 938	28,6	27,3	248 672	241 663	24,0	23,1
France hexagonale	6 760 811	7 194 999	25,9	26,2	7 254 073	7 241 266	27,8	26,4	5 333 256	5 372 248	20,4	19,6

Sources : Insee (RP 2015-2021)
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

POPULATION PRÉCAIRE : MINIMA SOCIAUX ET SOINS

Chômage

Fin 2023, 25 949 demandeurs d'emploi de catégorie ABC ont été recensés sur le territoire d'Orléans Métropole (dont 12 922 de catégorie A). Parmi eux, 10 995 sont des demandeurs d'emploi de longue durée, c'est-à-dire un an ou plus, soit 42,4 % de l'ensemble des demandeurs d'emploi de catégorie ABC (44,3 % dans le Loiret, 45,2 % en Centre-Val de Loire et 43,4 % en France hexagonale).

Le territoire compte, en proportion, davantage de jeunes de moins de 25 ans demandeurs d'emploi qu'en France hexagonale (14,7 % contre 14,0 %) mais en compte moins qu'aux niveaux départemental et régional (15,0 % tous les deux).

Le taux de femmes demandeuses d'emploi en fin de mois du territoire d'Orléans Métropole (49,9 %) est supérieur à ceux du département (49,6 %), de la région (48,4 %) et de la France hexagonale (48,4 %).

Concernant les séniors, le taux est plus faible pour le territoire d'étude (23,7 % contre 26,6 % dans le Loiret, 28,2 % en Centre-Val de Loire et 27,8 % en France hexagonale).

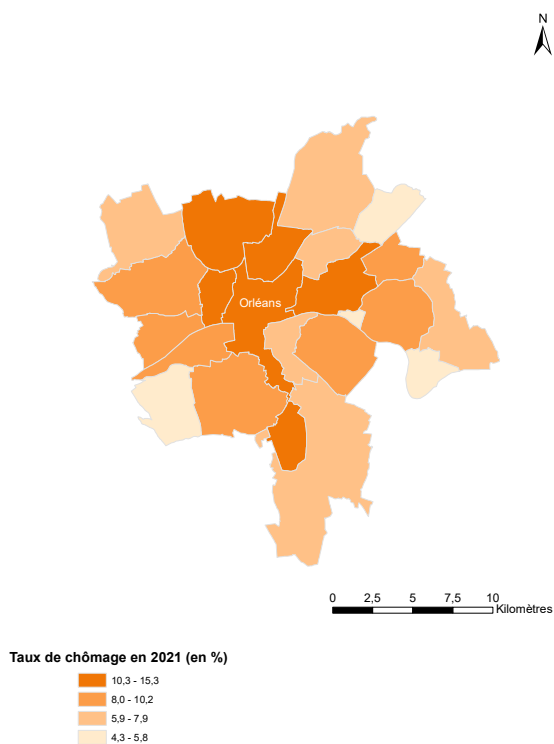
STRUCTURE DES DEMANDEURS D'EMPLOI EN FIN DE MOIS DE CATÉGORIE A AU 31.12.2023

	Nombre de DEFM	DEFM jeunes (moins de 25 ans)		DEFM femmes		DEFM séniors (50 ans et plus)		DEFM longue durée (catégories ABC)
		Effectifs	% total DEFM A	Effectifs	% total DEFM A	Effectifs	% total DEFM A	En %
Orléans Métropole	12 922	1 897	14,7	6 450	49,9	3 059	23,7	42,4
Loiret	28 261	4 238	15,0	14 008	49,6	7 508	26,6	44,3
Centre-Val de Loire	101 050	15 122	15,0	48 899	48,4	28 483	28,2	45,2
France hexagonale	2 885 157	405 303	14,0	1 397 308	48,4	801 485	27,8	43,4

Source : France travail Centre-Val de Loire/STMT (données brutes à fin décembre 2023)
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

POPULATION PRÉCAIRE : MINIMA SOCIAUX ET SOINS

TAUX DE CHÔMAGE DES 15-64 ANS EN 2021 (EN %)



Source : Insee (RP 2021)
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire



Au recensement de population de l'Insee de 2021, le taux de chômage des 15-64 ans d'Orléans Métropole était de 12,5 %, taux supérieur à ceux du département (11,7 %), de la région (11,5 %) et de la France hexagonale (11,5 %).

	Taux de chômage des 15-64 ans
	En %
Orléans Métropole	12,5
Loiret	11,7
Centre-Val de Loire	11,5
France hexagonale	11,7

Source : Insee (RP 2021)
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

Les niveaux de formation

Selon le recensement de la population de 2021, le taux de scolarisation des 16-24 ans d'Orléans Métropole atteint 64,8 %, soit un taux supérieur à ceux observés dans le département (58,8 %), la région (58,3 %) et en France hexagonale (62,3 %). Les taux de scolarisation des 15-17 ans montrent que 94,9 % des jeunes du territoire sont scolarisés, proportion comparable à l'échelle départementale (95,0 %) mais inférieure aux échelles régionale (95,4 %) et nationale (95,7 %). Concernant la classe d'âge des 18-24 ans : 57,9 % des 18-24 ans sont scolarisés sur le territoire d'étude, contre 47,2 % dans le département, 45,7 % en région et 52,5 % en France hexagonale.

TAUX DE SCOLARISATION EN 2021 (%)

	16-24 ans	18-24 ans	15-17 ans
Orléans Métropole	64,8	57,9	94,9
Loiret	58,8	47,2	95,0
Centre-Val de Loire	58,3	45,7	95,4
France hexagonale	62,3	52,5	95,7

Source : Insee (RP 2021)
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

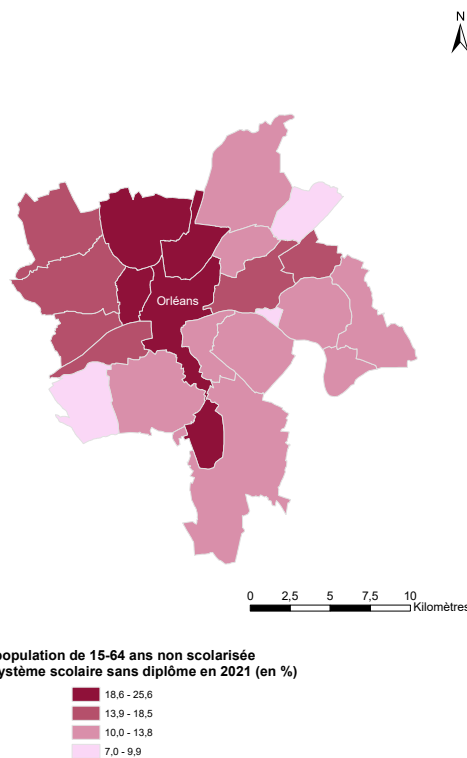
NIVEAUX DE FORMATION EN 2021

	Population de 15-64 ans et plus non scolarisée en 2021	Sans qualification ou de faibles niveaux de formation (aucun diplôme, CEP, BEPC, Brevet des collèges)				Titulaires d'un Bac +2 et plus			
		Effectifs		% de la population de 15-64 ans et plus non scolarisée		Effectifs		% de la population de 15-64 ans et plus non scolarisée	
		2015	2021	2015	2021	2015	2021	2015	2021
Orléans Métropole	152 568	31 252	27 464	20,6	18,0	58 764	64 915	38,7	42,5
Loiret	359 788	81 570	68 418	22,5	19,0	111 854	125 088	30,8	34,8
Centre-Val de Loire	1 339 361	307 981	244 276	22,3	18,2	393 995	441 282	28,5	32,9
France hexagonale	34 710 114	7 458 760	5 970 541	21,4	17,2	11 694 238	13 423 914	33,6	38,7

Source : Insee (RP 2015 et 2021)
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

En 2021, 27 464 individus âgés de 15 à 64 ans sans qualification ou avec de faibles niveaux de formation sont recensés sur le territoire d'Orléans Métropole. Ils représentent 18,0 % de la population de la classe d'âge non scolarisée, taux en baisse par rapport à 2015 (20,6 %), soit une baisse sur la période considérée de 2,6 points (3 788 personnes en moins). Cela traduit ainsi une amélioration de la situation depuis 2015 ; le constat est le même dans les territoires de référence. Le taux de personnes de 15-64 ans sans qualification ou d'un faible niveau de formation sur le territoire (18,0 %) est supérieur à l'échelle nationale (17,2 %), inférieur au taux du département (19,0 %) et similaire à celui de la région (18,2 %).

En 2021, 42,5 % des 15-64 ans non scolarisés sont titulaires d'un bac+2 et plus contre 38,7 % en 2015 (soit +3,8 points, soit 6 151 personnes en plus). En 2021, cette proportion est supérieure à celles des échelles départementale (34,8 %), régionale (32,9 %) et nationale (38,7 %). Ces deux tendances, baisse du nombre de personnes sans qualification et/ou de faibles niveaux de formation et hausse du nombre de titulaires d'un bac+2 et plus, sont également perçues dans le Loiret, la région Centre-Val de Loire et la France hexagonale.



Source : Insee (RP 2021)
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

Les revenus fiscaux par unités de consommation

D'après la DGFIP, le territoire d'Orléans Métropole compte 168 599 foyers en 2022 dont 86 259 foyers fiscaux non imposés, ce qui représente 51,2 % des foyers au cours de cette année. Cette proportion est inférieure à celles des territoires de référence, à savoir : 53,0 % pour le Loiret, 55,1 % pour le Centre-Val de Loire et 54,5 % pour la France hexagonale.

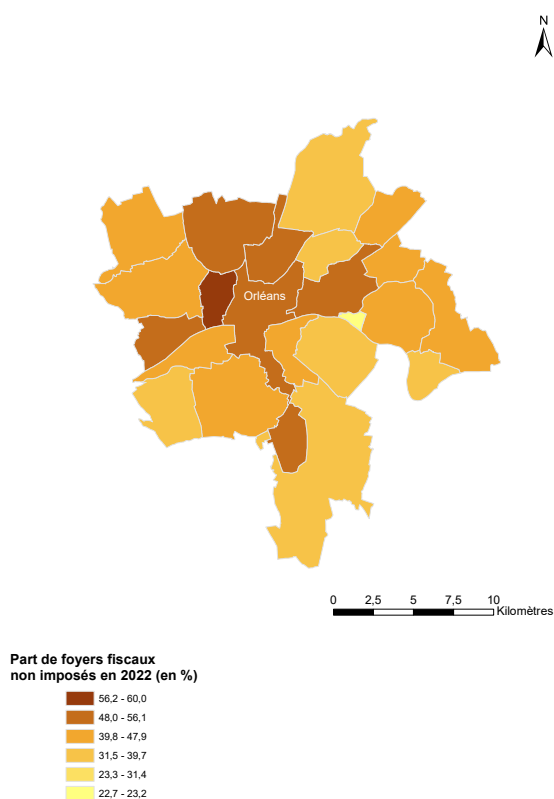
Le revenu net imposable moyen par foyer est de 29 693 euros pour le territoire en 2022. Ce montant est supérieur à ceux du département (29 021 euros) et de la région (28 118 euros) mais demeure inférieur à celui de la France hexagonale (30 656 euros).

REVENUS FISCAUX EN 2022

	Nombre de foyers fiscaux	Nombre de foyers fiscaux imposés	Nombre de foyers fiscaux non imposés	% de foyers fiscaux non imposés	Revenu net imposable moyen par foyer fiscal (en €)
Orléans Métropole	168 599	82 340	86 259	51,2	29 693
Loiret	397 630	186 775	210 855	53,0	29 021
Centre-Val de Loire	1 531 125	687 329	843 796	55,1	28 118
France hexagonale	39 191 111	17 819 962	21 371 149	54,5	30 656

Source : DGFIP 2022
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

PART DE FOYERS FISCAUX NON IMPOSÉS EN 2022

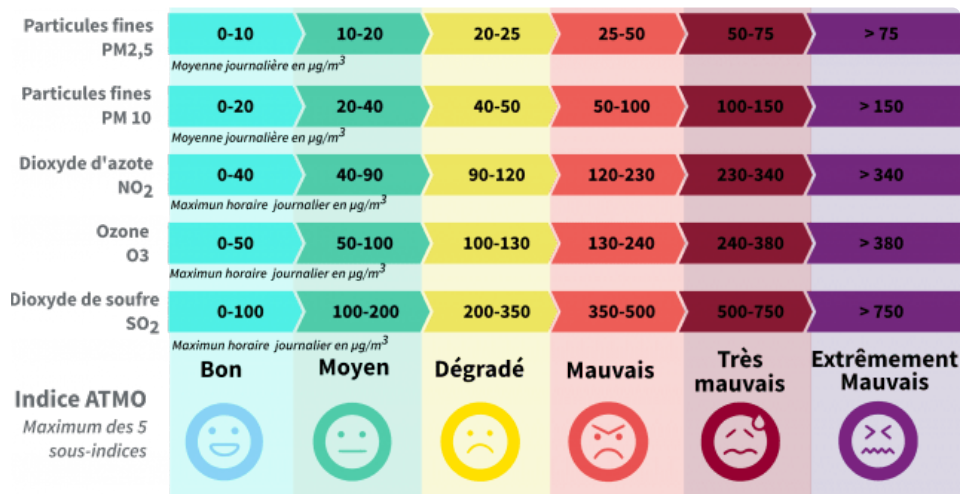


Source : DGFIP 2022
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

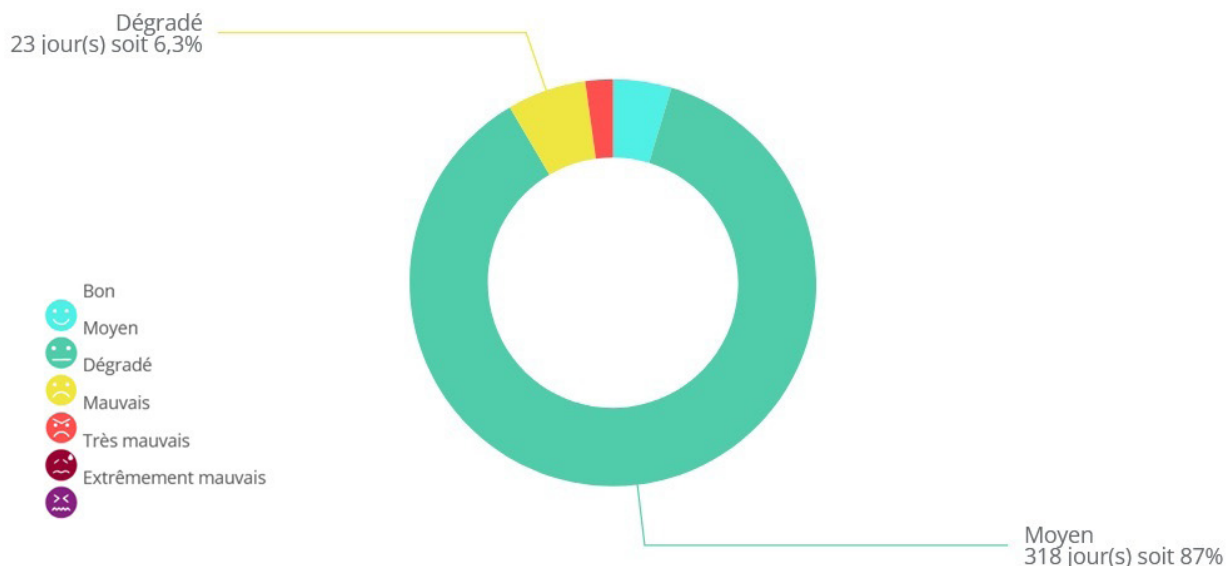
La qualité de l'air

L'indice de la qualité de l'air est calculé à la commune en prenant en compte : le dioxyde d'azote (NO₂), l'ozone (O₃), le dioxyde de soufre (SO₂) et les particules fines (PM₁₀) et très fines (PM_{2,5}). L'indice répond à l'arrêté ministériel du 10/07/2020 et est calculé suivant la notice technique nationale.

En 2024, Orléans Métropole a enregistré des indices de la qualité de l'air de bons à moyens pendant 91,5 % des jours de l'année.



Source : INTERqual'AIR (Lig'Air)
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire



Source : INTERqual'AIR (Lig'Air)
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

BILAN RÉGLEMENTAIRE DE LA QUALITÉ DE L'AIR SUR LE TERRITOIRE

		Orléans Métropole		Réglementation en vigueur
Ozone	Nombre de jours de dépassement du seuil de protection de la santé	26		Objectif de qualité : 120 µg/m³/8h à ne pas dépasser dans l'année
	Nombre de jours supérieur à 120 µg/m³ en moyenne sur 3 ans	9		Valeur cible : 120 µg/m³/8h (moyenne sur 3 ans) à ne pas dépasser plus de 25 jours/an
	Nombre de dépassement de la concentration supérieure à 180 µg/m³	1		Seuil d'information
	Nombre de dépassements de 240 µg/m³ au moins 3 heures consécutives	0		Seuil d'alerte
Dioxyde d'azote	Moyenne annuelle (Valeur limite)	18		"Valeur limite : 40 µg/m³ en moyenne annuelle"
	Nombre d'heures de dépassement de 200 µg/m³	0		Seuil d'information
Particules en suspension PM ₁₀	Moyenne annuelle (Valeur limite)	17		"Valeur limite : 40 µg/m³ en moyenne annuelle"
	Nombre de jours de dépassement de 50 µg/m³ (Valeur limite)	0		Valeur limite 50 µg/m³ en moyenne journalière à ne pas dépasser plus de 35 fois
	Nombre de jours de dépassement de 50 µg/m³ (informations)	0		Seuil d'information
	Nombre de jours de dépassement de 80 µg/m³ (alerte)	0		Seuil d'alerte
Particules en suspension PM _{2,5}	Moyenne annuelle (Valeur limite)	13		Valeur limite : 25 µg/m³
	Moyenne annuelle (Objectif de qualité)	13		Objectif de qualité : 10 µg/m³
	Moyenne annuelle (Valeur cible)	13		Valeur cible : 20 µg/m³

Source : Lig'Air
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

Un objectif de qualité est un niveau de concentration de substances polluantes dans l'atmosphère à atteindre à long terme, sauf lorsque cela n'est pas réalisable par des mesures proportionnées, afin d'assurer une protection efficace de la santé humaine et de l'environnement dans son ensemble.

Une valeur cible est un niveau de concentration de substances polluantes dans l'atmosphère fixé dans le but d'éviter, de prévenir ou de réduire les effets nocifs sur la santé humaine ou sur l'environnement dans son ensemble, à atteindre, dans la mesure du possible, dans un délai donné.

Un seuil d'information et de recommandation est le niveau de concentration de substances polluantes dans l'atmosphère au-delà duquel une exposition de courte durée présente un risque pour la santé humaine des groupes particulièrement sensibles de la population rendant nécessaires des informations immédiates et adéquates.

Un seuil d'alerte est le niveau de concentration de substances polluantes dans l'atmosphère au-delà duquel une exposition de courte durée présente un risque pour la santé de l'ensemble de la population ou de dégradation de l'environnement justifiant l'intervention de mesures d'urgence.

Une valeur limite est le niveau de concentration de substances polluantes dans l'atmosphère fixé sur la base des connaissances scientifiques à ne pas dépasser dans le but d'éviter, de prévenir ou de réduire les effets nocifs de ces substances sur la santé humaine ou sur l'environnement dans son ensemble.

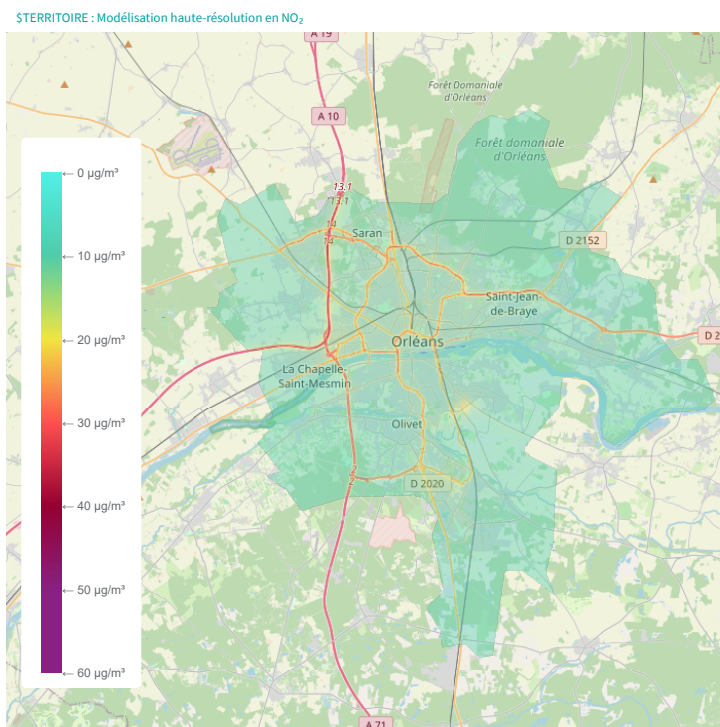
Les NO_x sont généralement émis en majorité par le trafic. Mais ils proviennent également d'activités nécessitant de la combustion. On les retrouve également à l'intérieur de locaux où fonctionnent des appareils à gaz. En 2020, les émissions en dioxyde d'azote d'Orléans Métropole sont de 4 009 tonnes, dont 49 % liées aux transports routiers.

Concernant les émissions de $\text{PM}_{2,5}$, le principal contributeur du territoire d'étude est également le secteur résidentiel qui représente 67 % des émissions, suivi des transports routiers (17 %) et du secteur industriel (10 %).

Le secteur principal d'émission de PM_{10} est le secteur résidentiel, notamment durant les mois d'hiver en lien avec le chauffage domestique au bois. Pour Orléans Métropole, le principal contributeur d'émissions de PM_{10} est le secteur résidentiel, représentant 54 % des émissions. Viennent ensuite les transports routiers (18 %), le secteur industriel (17 %), l'agriculture (6 %)...

Modélisation haute résolution en NO_2

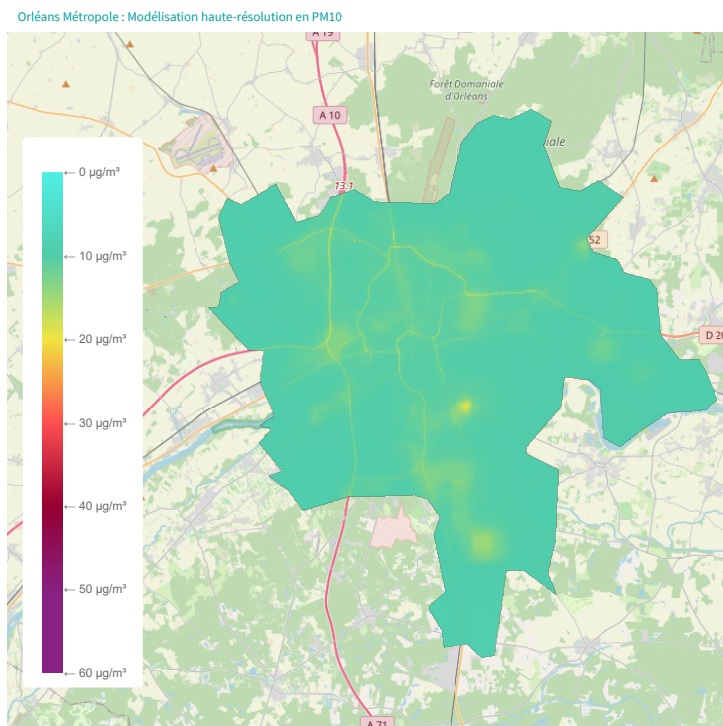
0,2 % du territoire d'Orléans Métropole a connu un dépassement du seuil de concentration en NO_2 en 2020.



Source : Lig'Air
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

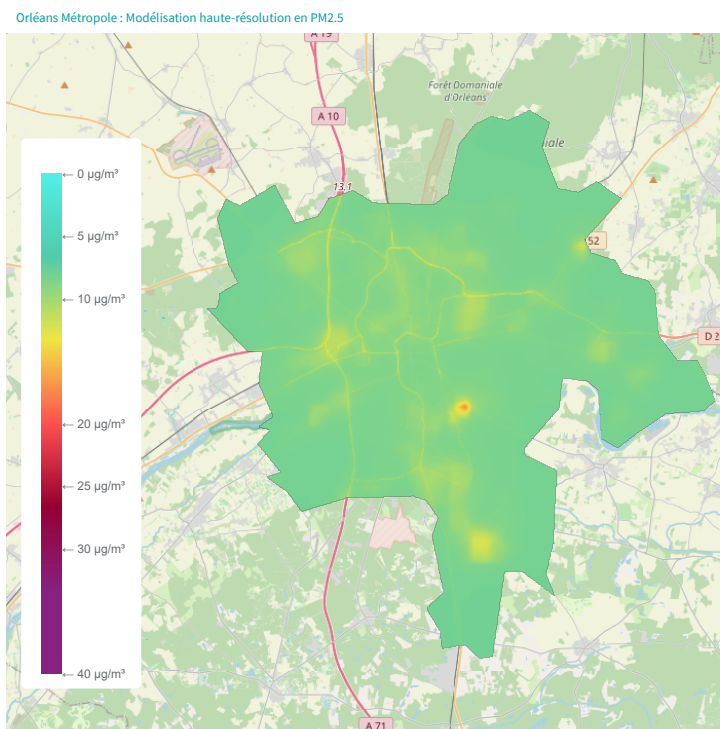
Modélisation haute résolution en PM₁₀

Aucun dépassement sur le territoire en 2020.



Modélisation haute résolution en PM_{2,5}

Aucun dépassement sur le territoire en 2020.



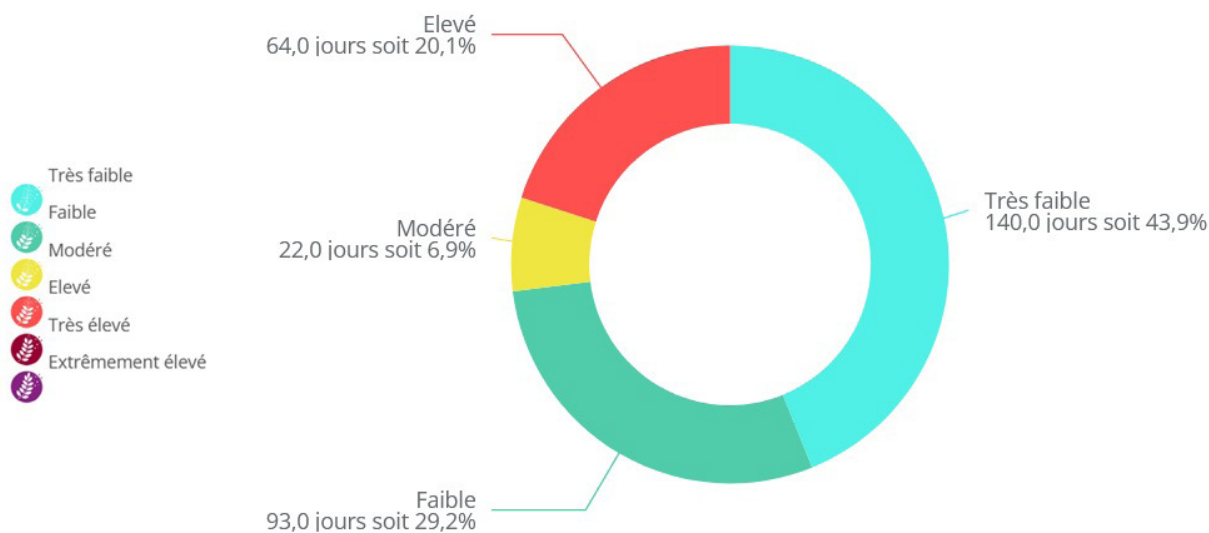
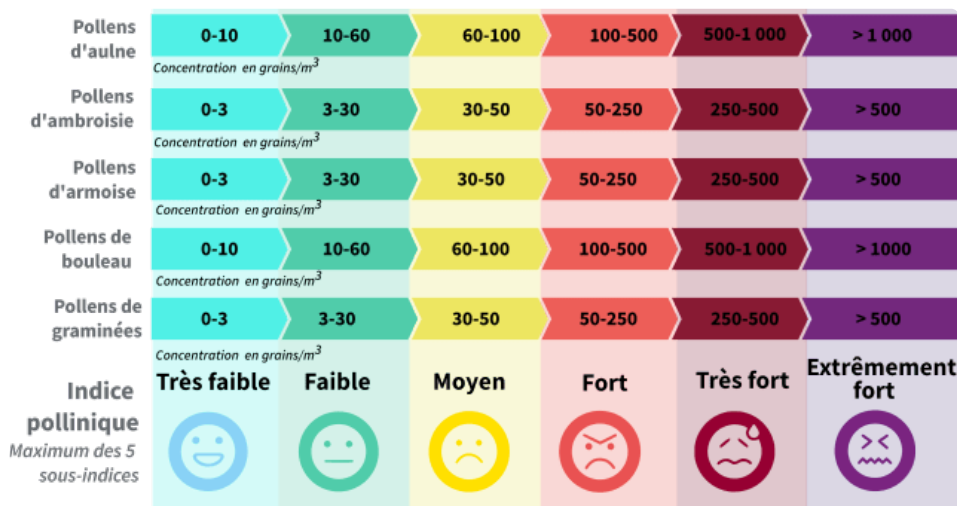
Pollens

L'échelle de l'indice pollinique est inspirée de celle de l'indice ATMO. Cet indice est basé sur les concentrations de 6 espèces : l'aulne, l'ambrosie, l'armoise, le bouleau, les graminées et depuis 2025 l'olivier (il n'y a donc pas encore de bilan annuel pour cette espèce).

Un sous-indice est calculé pour chaque espèce et le sous-indice le plus élevé est responsable de l'indice global.

Un indice pollinique est calculé à la commune pour le jour même, le lendemain et le surlendemain entre février et octobre.

En 2025, l'indice pollinique a été très faible pendant 43,9 % des jours de l'année sur le territoire d'Orléans Métropole.



Source : Lig'Air
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

Les intoxications au monoxyde de carbone

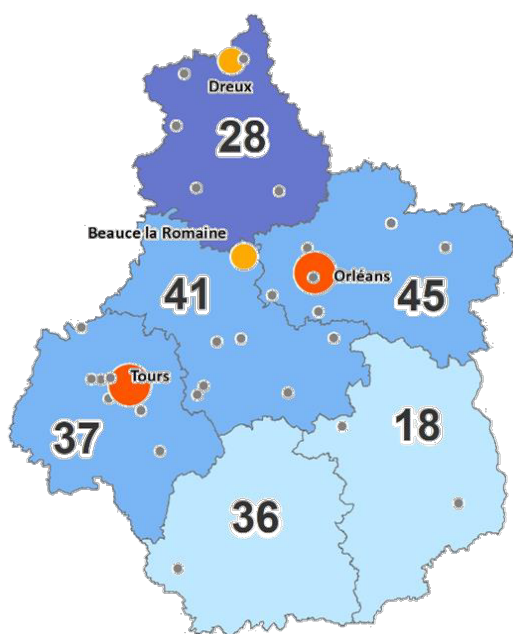
Les intoxications au monoxyde de carbone surviennent par l'inhalation de monoxyde de carbone, gaz incolore, inodore mais très toxique pour l'organisme, produit par une combustion incomplète.

Tous les appareils à combustion peuvent ainsi être une source potentielle de monoxyde de carbone : chaudières, poêles, chauffages d'appoint, brasero, chauffe-eau... lors d'usages inappropriés, d'entretien de matériel irréguliers, ou d'absence de ventilation dans la pièce où se trouve l'appareil.

En 2023, 9 signalements d'intoxication ont été recensés dans le Loiret avec 21 personnes intoxiquées. L'entière responsabilité des cas d'intoxication est survenue dans l'habitat. Les intoxications au CO concernent l'ensemble des territoires de la région mais sont inégalement réparties géographiquement.

Depuis 10 ans, le nombre de personnes intoxiquées au monoxyde de carbone a diminué, passant de 146 personnes en 2013 à 84 personnes en 2023, malgré un pic à 297 personnes en 2015 dû à un seul épisode impliquant 156 personnes.

LES INTOXICATIONS AU MONOXYDE DE CARBONE EN CENTRE-VAL DE LOIRE EN 2023



Comparaison du taux d'incidence départemental par rapport au taux d'incidence régional*

- <20% à l'incidence régionale
- compris entre -20 et +20% de l'incidence régionale
- >20% à l'incidence régionale

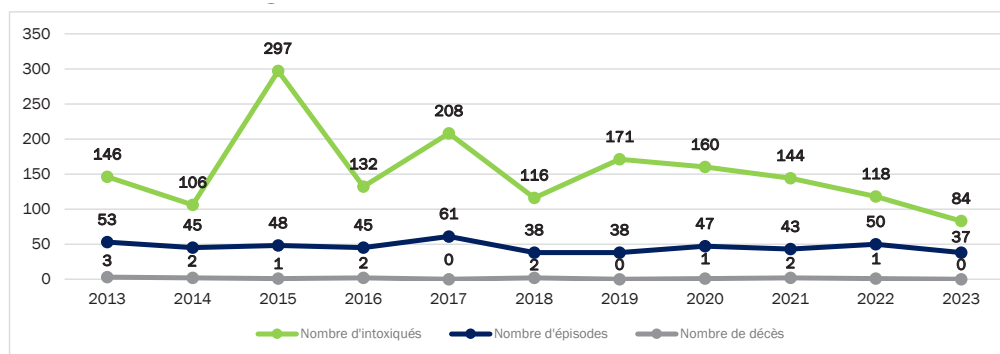
Nombre d'affaires d'intoxication par commune

- 1
- 2
- 3

* Taux d'incidence : nombre d'intoxiqués/100 000 habitants ;
moyenne d'incidence régionale : 3,3 intoxicés/100 000 habitants

Source : ARS Centre-Val de Loire
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

EVOLUTION DES SIGNALEMENTS D'INTOXICATIONS AU MONOXYDE DE CARBONE EN CENTRE-VAL DE LOIRE SUR 10 ANS



Source : ARS Centre-Val de Loire
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

Les eaux d'alimentation

De nombreux micro-organismes (bactéries, virus, parasites) sont présents dans les eaux, dont certains vecteurs de maladies pour l'homme. La qualité microbiologique des eaux demeure une préoccupation sanitaire essentielle. La réglementation sanitaire prévoit qu'une eau est conforme lorsqu'aucun germe témoin de contamination fécale (*Escherichia coli* et entérocoques) n'est retrouvé au robinet du consommateur.

En 2023, toutes les UDI (unités de distribution) du territoire d'Orléans Métropole ont un pourcentage de conformité bactériologique de 100 %. À noter cependant que dans le Loiret, une UDI avait un pourcentage de conformité bactériologique entre 95 et 100 %, 10 entre 80 et 95 % et une inférieure à 80 %. Deux UDI ont également fait l'objet de restriction de consommation d'eau pendant quelques jours du fait de la pollution microbiologique de l'eau.

Les nitrates transformés en nitrites dans l'organisme peuvent, par la modification des propriétés de l'hémoglobine, empêcher un transport correct de l'oxygène par les globules rouges. La directive européenne du 3 novembre 1998 relative à la qualité des eaux destinées à la consommation humaine a fixé à 50 mg/L la concentration maximale admissible en nitrates.

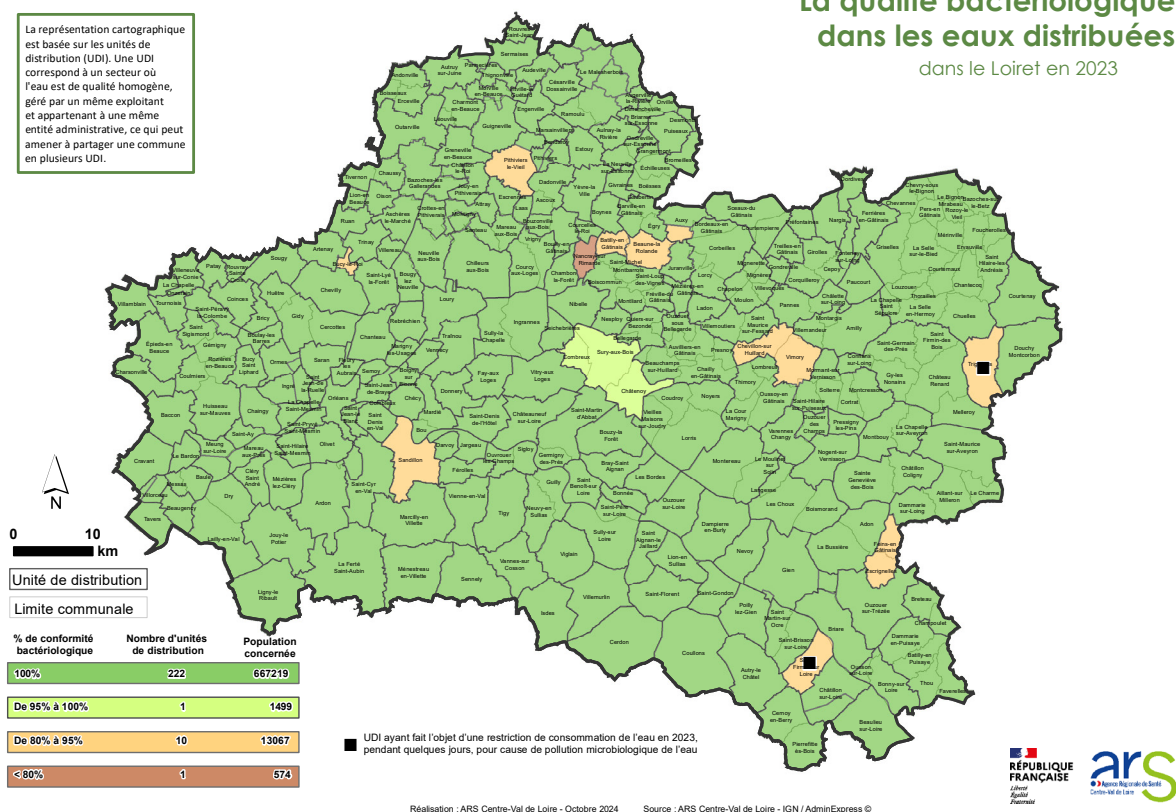
Cette limite a été reprise par le Code de la santé publique. En 2023, 2 UDI d'Orléans Métropole ont des teneurs moyennes entre 25 mg/L et 40 mg/L compris. Aucune UDI ne dépasse les 40 mg/L. Le reste des UDI a une teneur moyenne en nitrates inférieure à 25 mg/L.

Les effets des pesticides sur la santé sont surtout connus dans les cas d'intoxications professionnelles suite à l'exposition accidentelle à un produit concentré. À de très fortes doses, l'intoxication dite « aigue » se manifeste par des troubles nerveux, digestifs, respiratoires, cardiovasculaires ou musculaires. Le Code de la santé publique, basé sur la directive européenne n° 98/83/CE, fixe, pour les pesticides, les limites de qualité suivantes :

- 0,1 microgramme par litre ($\mu\text{g/L}$) par substance quelle que soit la matière active et la toxicité (sauf l'aldrine, la dieldrine, l'heptachlore et l'heptachlorépoxyde : 0,03 $\mu\text{g/L}$),
- 0,5 $\mu\text{g/L}$ pour la totalité des substances.

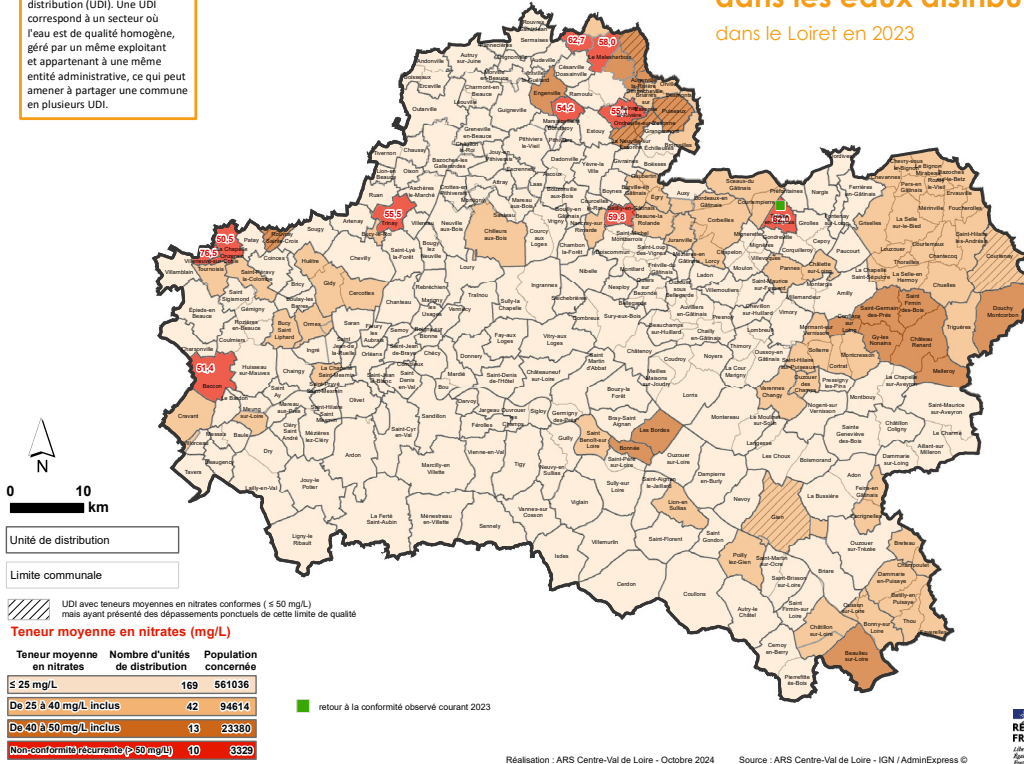
La majorité des UDI du territoire d'Orléans Métropole était conforme concernant la teneur maximale en pesticides en 2023. Cependant, deux UDI étaient non conformes de façon récurrente et deux UDI de façon ponctuelle.

La représentation cartographique est basée sur les unités de distribution (UDI). Une UDI correspond à un secteur où l'eau est de qualité homogène, géré par un même exploitant et appartenant à une même entité administrative, ce qui peut amener à partager une commune en plusieurs UDI.



La représentation cartographique est basée sur les unités de distribution (UDI). Une UDI correspond à un secteur où l'eau est de qualité homogène, géré par un même exploitant et appartenant à une même entité administrative, ce qui peut amener à partager une commune en plusieurs UDI.

Les teneurs moyennes en nitrates dans les eaux distribuées dans le Loiret en 2023

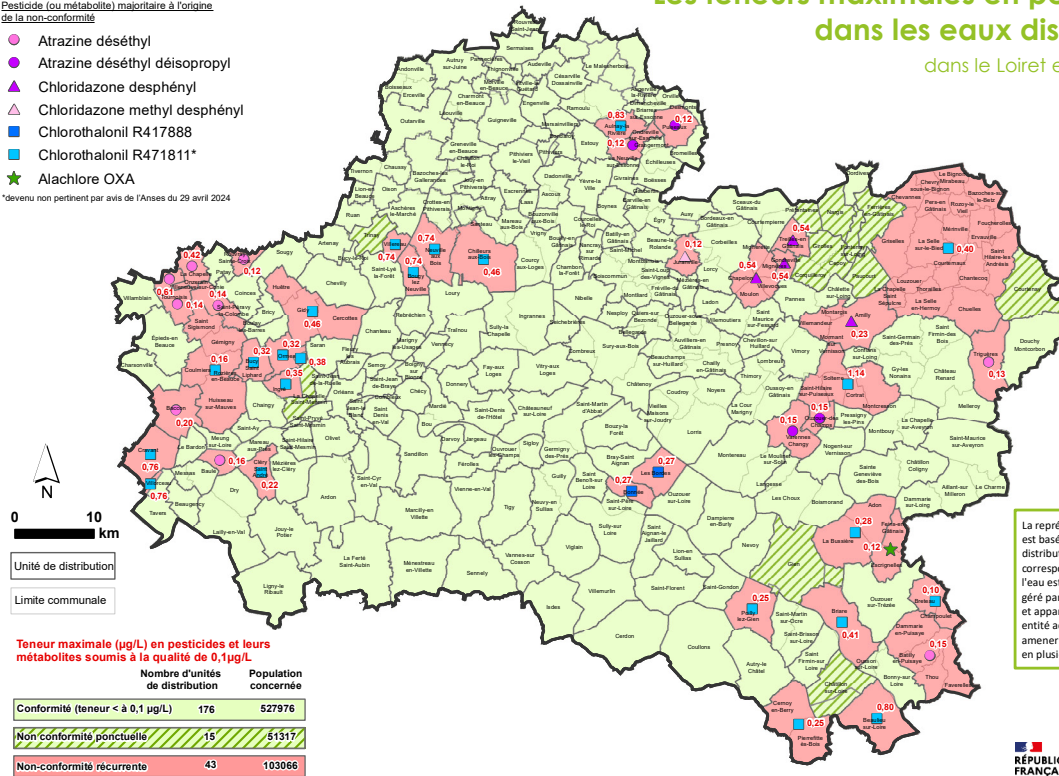


Les teneurs maximales en pesticides dans les eaux distribuées dans le Loiret en 2023

Pesticide (ou métabolite) majoritaire à l'origine de la non-conformité

- Atrazine déséthyl
- Atrazine déséthyl déisopropyl
- Chloridazone desphényl
- ▲ Chloridazone méthyl desphényl
- Chlorothalonil R417888
- Chlorothalonil R471811*
- ★ Alachlore OXA

*devenu non pertinent par avis de l'Anses du 29 avril 2024



La représentation cartographique est basée sur les unités de distribution (UDI). Une UDI correspond à un secteur où l'eau est de qualité homogène, géré par un même exploitant et appartenant à une même entité administrative, ce qui peut amener à partager une commune en plusieurs UDI.



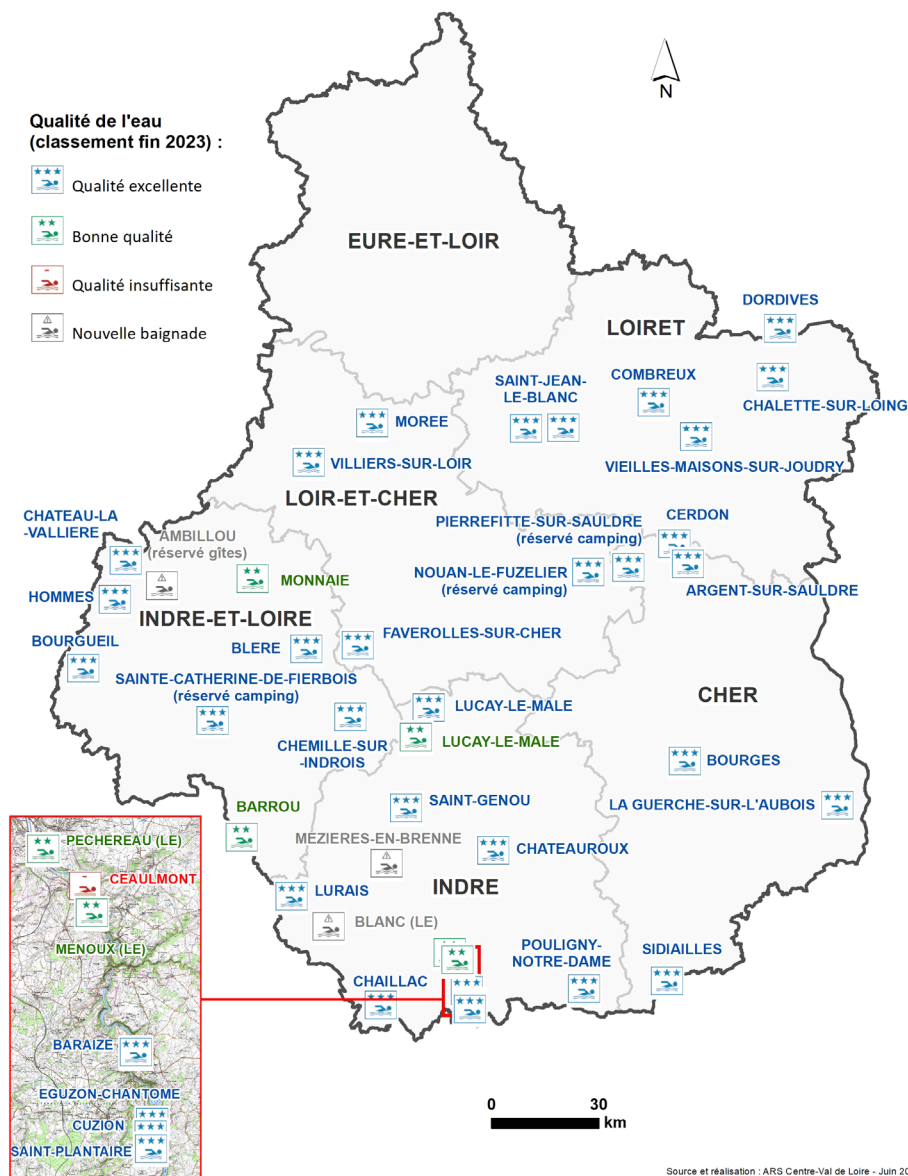
Les eaux de baignade

Diverses maladies peuvent être transmises par ingestion ou contact avec une eau contaminée par des microorganismes pathogènes tels que les salmonelles, staphylocoques ou encore entérovirus. Le contrôle des baignades porte uniquement sur l'évaluation de la qualité bactériologique des eaux de baignade. De la même manière que pour les eaux d'alimentation, les bactéries recherchées sont Escherichia Coli et entérocoques intestinaux, témoins de contamination fécale. Un examen visuel de l'eau (mousse, huiles minérales) peut aussi être réalisé en complément. La qualité des eaux est suivie dans le cadre d'une auto-surveillance permanente mise en place par le responsable de l'eau de baignade, ainsi que par les contrôles sanitaires réalisés par les délégations départementales de l'ARS plusieurs fois par saison balnéaire.

Un autre risque majeur d'une mauvaise qualité des eaux de baignade est le développement de cyanobactéries, libérant des toxines problématiques pour la santé publique (troubles dermatiques, gastriques, neurologiques). Ces bactéries se développent naturellement dans les eaux douces et peuvent proliférer de façon soudaine si les conditions météorologiques leurs sont favorables, d'où l'importance d'une surveillance constante des eaux de baignade.

En 2023, 39 points de baignade ouverts au public étaient recensés en région Centre-Val de Loire dont 7 dans le Loiret, tous suivis par un contrôle sanitaire assuré par les délégations départementales de l'ARS.

Baignades ouvertes en 2024 en région Centre-Val de Loire : qualité de l'eau



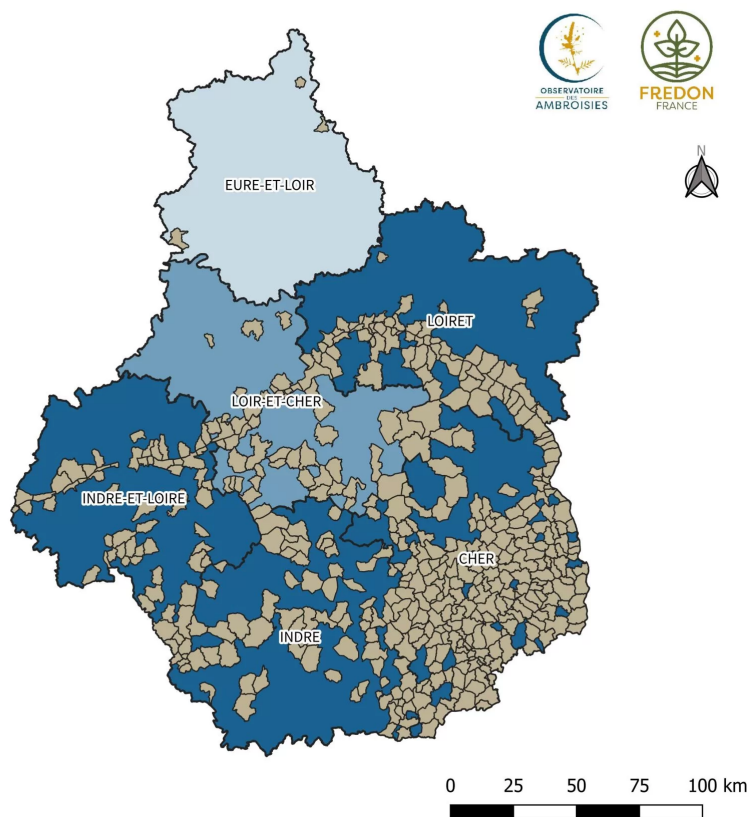
Source et réalisation : ARS Centre-Val de Loire - Juin 2024

L'ambroisie

L'ambroisie produit un pollen qui peut provoquer de graves allergies. L'allergie à l'ambroisie se déclare après plusieurs années d'exposition à son pollen, et peut entraîner l'apparition d'asthme ou provoquer son aggravation.

L'ambroisie à feuilles d'armoise (*Ambrosia artemisiifolia* L.) est la seule espèce d'ambroisie actuellement identifiée dans la région. Le département du Loiret fait partie des plus infestés avec plus de 51 communes dans lesquelles il y a eu au moins un signalement. L'ambroisie est principalement retrouvée et signalée le long de la Loire et dans le Cher.

Etat des connaissances sur la présence de l'Ambroisie à feuilles d'armoise (*Ambrosia artemisiifolia* L.) en Centre Val de Loire entre 2004 et 2024



- Communes dans lesquelles il y a eu au moins un signalement d'Ambrosie à feuilles d'armoise
- Nombre de communes dans lesquelles il y a eu au moins un signalement par département
- 0 - 10
- 11 - 50
- 51 et plus

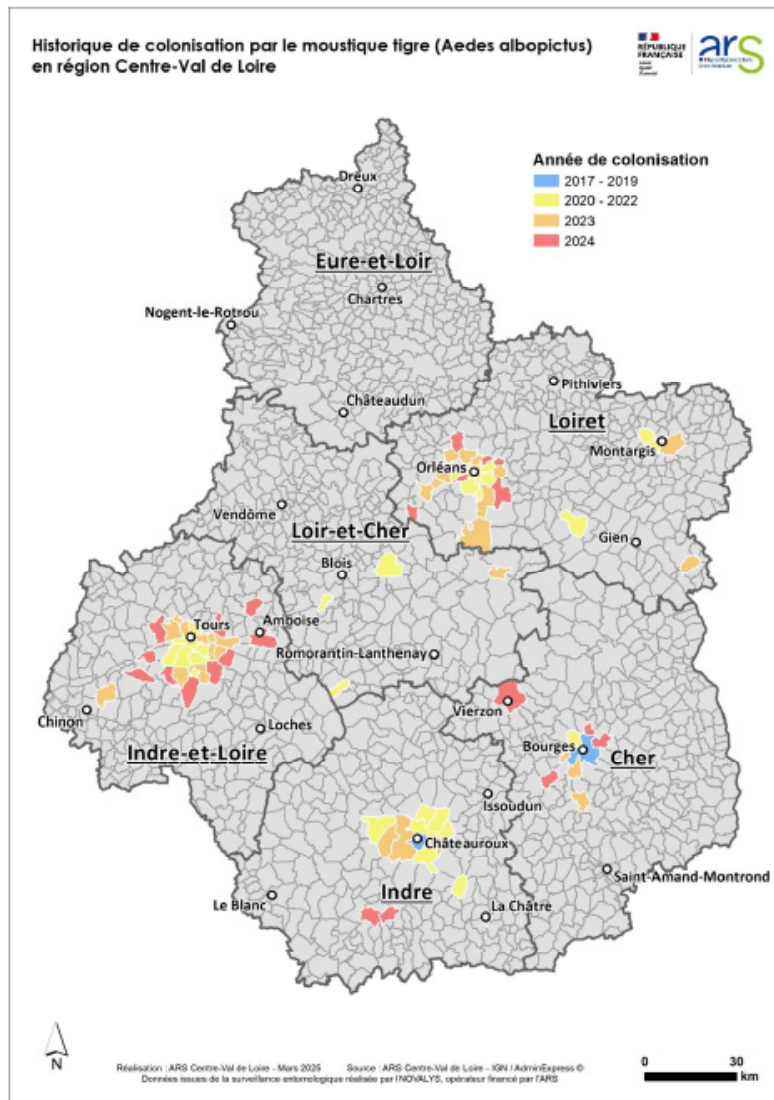
Carte réalisée par l'Observatoire des ambrosies - FREDON France - janvier 2025.

Sources des données : plateforme de signalement ambrosie Atlasanté, INPN-plateforme nationale du SINP, réseau des Conservatoires botaniques nationaux et partenaires, réseau FREDON France, réseau des CPIE.

La lutte antivectorielle

Le moustique tigre (*Aedes albopictus*) peut, dans certains cas, transmettre à l'humain les virus de la dengue, du chikungunya et du Zika. Tous les départements de la région Centre-Val de Loire sont plus ou moins colonisés. Dans le Loiret, on observe une augmentation du nombre de communes colonisées, 10 en 2022, 24 en 2023 et 30 en 2024.

En 2024, 17 cas importés de dengue ont été recensés dans le département du Loiret, contre 84 en région et 2 152 en France hexagonale. Ces chiffres sont en nette augmentation par rapport aux 5 dernières années (66 cas importés en région en 2023, 12 cas en 2022, 1 cas en 2021, 17 cas en 2020 et 1 cas en 2019).



Source : ARS Centre-Val de Loire - IGN / AdminExpress ©

La précarité énergétique

Plusieurs facteurs sont à l'origine des difficultés à faire face aux dépenses d'énergie : faibles revenus du ménage, mauvaise qualité thermique du logement occupé et coût élevé de l'énergie. La précarité énergétique a diverses conséquences sur la santé et agit selon différents mécanismes : effet direct du froid, de l'humidité, des moisissures se traduisant par la survenue d'allergies, de pathologies cardio-vasculaires et respiratoires, impact sur la santé mentale, adoption de comportements à risque (utilisation de chauffages d'appoint, calfeutrage et manque de ventilation, entretien insuffisant des appareils), arbitrage budgétaire au détriment de l'alimentation ou des recours aux soins, etc.

Dans la région, 16,3 % des ménages (soit 190 446) sont en situation de vulnérabilité énergétique liée au logement (13,4 % sur le territoire d'Orléans Métropole, 15,4 % dans le Loiret et 14 % en France hexagonale).

Concernant les ménages en précarité énergétique liée au carburant, la proportion s'élève à 13,2 % sur le territoire d'Orléans Métropole (contre 13,8 % à l'échelle départementale, 14,7 % à l'échelle régionale et 13,8 % à l'échelle nationale).

Année 2021	Nombre de ménages en précarité énergétique liée au logement	Part de ménages en précarité énergétique liée au logement (en %)	Nombre de ménages en précarité énergétique liée aux déplacements	Part de ménages en précarité énergétique liée aux déplacements (en %)
Orléans Métropole	17 617	13,4	17 380	13,2
Loiret	46 143	15,4	41 401	13,8
Centre-Val de Loire	190 446	16,3	171 224	14,7
France hexagonale	4 163 566	14,0	4 101 402	13,8

Source : GEODIP - ONPE
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

Habitat indigne

Un habitat indigne est caractérisé par un risque pour la santé ou la sécurité physique des personnes, du fait de son état, par les conditions dans lesquelles il est occupé, exploité ou utilisé. Associé à de faibles revenus, l'inconfort du logement permet d'estimer un parc privé potentiellement indigne (PPPI), occupé par des familles pouvant être en situation de pauvreté et de précarité.

Les logements datant d'avant 1949 peuvent présenter des risques de saturnisme chez les habitants. La part de logements indignes datant d'avant 1949 dans le territoire d'Orléans Métropole est de 46,4 % (soit 1 471 logements). En comparaison, le taux départemental est de 58,4 % et le taux régional est de 71,7 %.

En 2019, le territoire d'Orléans Métropole compte 3 172 logements indignes, soit 3,1 % de l'ensemble du parc de résidences principales privées, soit 6 471 personnes du territoire vivant dans un logement indigne. Ce taux est inférieur à ceux du département (3,7 %) et de la région (4,5 %).

Année 2019	Nombre de résidences du parc privé potentiellement indigne (PPPI)	Nombre de résidences principales du parc privé (RPP)	Part de PPPI dans l'ensemble des résidences principales du parc privé (en %)	Nombre d'habitants vivant dans une résidence PPPI	Nombre de résidences PPPI indigne datant d'avant 1949	Part des résidences PPPI datant d'avant 1949 dans l'ensemble du parc PPPI (en %)
Orléans Métropole	3 172	103 157	3,1	6 471	1 471	46,4
Loiret	9 410	254 293	3,7	14 733	5 500	58,4
Centre-Val de Loire	45 702	1 005 401	4,5	87 443	32 791	71,7

Source : Source : FILOCOM 2019 - MTEES d'après DGFIP, traitement PPPI, Anah
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

Résidences principales sans confort

Une résidence principale sans confort désigne un logement dépourvu d'équipements sanitaires de base tels qu'une douche ou une baignoire. Ce type d'habitat reflète les conditions de vie souvent précaires de l'habitant et met en exergue des enjeux de santé publique.

En 2021, 0,2 % des résidences principales du territoire d'Orléans Métropole sont sans confort (0,2 % également au niveau départemental contre 0,3 % à l'échelle régionale et 0,4 % à l'échelle nationale).

Année 2021	Nombre de résidences principales sans confort (ni douche, ni baignoire)	Part de résidences principales sans confort (ni douche, ni baignoire)
Orléans Métropole	226	0,2
Loiret	740	0,2
Centre-Val de Loire	3 892	0,3
France hexagonale	111 449	0,4

Source : Insee (RP 2021)
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

Le bruit

L'analyse des données des résumés non techniques relatives aux cartes de bruit stratégique de 4^e échéance permet d'estimer, dans la région Centre-Val de Loire, à plus de 51 000 habitants le nombre de personnes potentiellement exposées à des niveaux de bruit dépassant les valeurs limites durant 24 heures (routier et ferroviaire) et 26 000 habitants en période nocturne (respectivement 22 510 habitants et 12 992 habitants dans le Loiret).

Dans le Loiret, 26 établissements de santé sont exposés à un niveau sonore dépassant les seuils réglementaires

(21 pour le transport routier et 5 pour le transport ferroviaire), ce sont près de 100 établissements à l'échelle régionale.

Concernant les établissements d'enseignement exposés, on en dénombre, à l'échelle régionale, 170 exposés à un niveau sonore supérieur aux seuils (164 pour le transport routier et 6 pour le transport ferroviaire). Sur ces 170 établissements exposés, 84 sont situés dans le Loiret (83 pour le transport routier et 1 pour le transport ferroviaire).

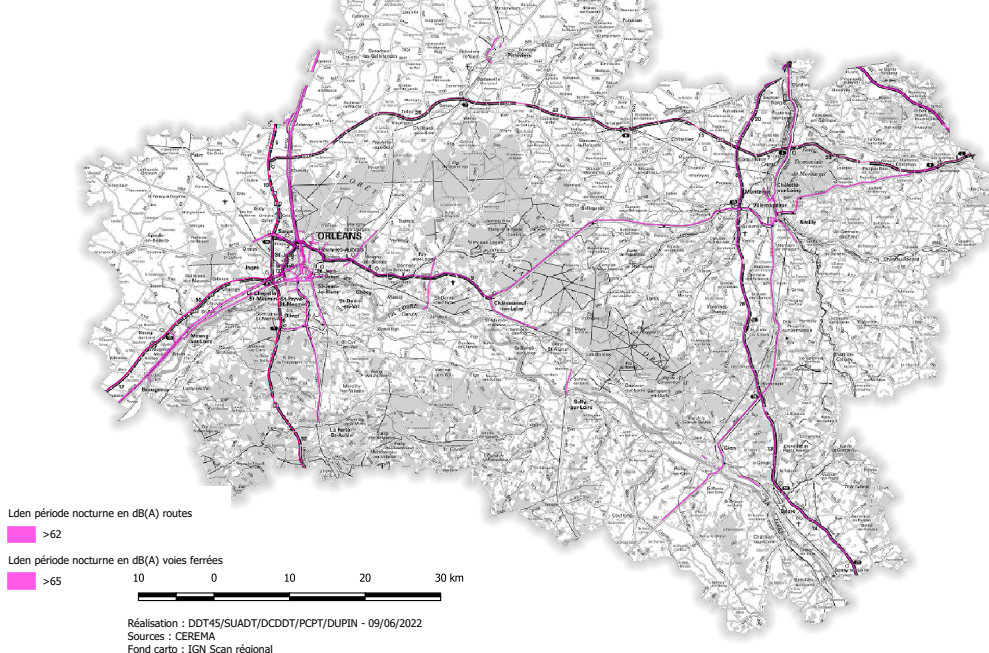
EXPOSITION AUX BRUITS DES TRANSPORTS ROUTIERS ET FERROVIAIRES

Transport routier	Population exposée		Nombre d'établissements de santé exposés		Nombre d'établissements d'enseignement exposés	
	> 68 Lden en dB (A)	> 62 Ln en dB (A)	> 68 Lden en dB (A)	> 62 Ln en dB (A)	> 68 Lden en dB (A)	> 62 Ln en dB (A)
Loiret	21 505	11 330	21	53	83	180
Centre-Val de Loire	49 040	22 777	93	91	164	431

Transport ferroviaire	> 73 Lden en dB (A) pour les voies ferrées conventionnelles et > 68 Lden dB (A) pour les lignes à grande vitesse	> 65 Lden en dB (A) pour les voies ferrées conventionnelles et > 62 Lden dB (A) pour les lignes à grande vitesse	> 73 Lden en dB (A) pour les voies ferrées conventionnelles et > 68 Lden dB (A) pour les lignes à grande vitesse	> 65 Lden en dB (A) pour les voies ferrées conventionnelles et > 62 Lden dB (A) pour les lignes à grande vitesse	> 73 Lden en dB (A) pour les voies ferrées conventionnelles et > 68 Lden dB (A) pour les lignes à grande vitesse	> 65 Lden en dB (A) pour les voies ferrées conventionnelles et > 62 Lden dB (A) pour les lignes à grande vitesse
	Loiret	1 005	1 662	5	16	1
Centre-Val de Loire	2 040	3 150	5	18	6	28

Source : Cartes de bruit stratégique 4^e échéance
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

Carte de bruit stratégique de type C des grandes infrastructures de transport selon l'indicateur Ln (période nocturne)



Carte de bruit stratégique des grandes infrastructures de transport Type C selon l'indicateur Lden (période de 24 heures)



Les déplacements domicile-travail selon le moyen de transport

Selon le recensement de population de 2021, le moyen de transport le plus utilisé par la population active de 15 ans et plus d'Orléans Métropole pour les trajets domicile-travail est la voiture avec cependant un usage moins important que dans le département et la région (respectivement 68,3 % sur le territoire contre 77,6 % dans le département, 78,9 % en Centre-Val de Loire et 69,5 % en France hexagonale).

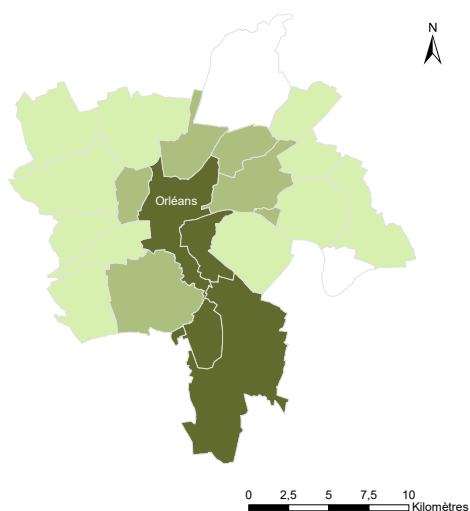
Sur le territoire, 15,8 % de la population active utilisent les transports en commun, 6,5 % utilisent la marche à pied pour les déplacements quotidiens, 5,1 % utilisent le vélo, 3,3 % n'utilisent pas de transport et 1,0 % utilise un deux-roues motorisé.

MODES DE TRANSPORT UTILISÉS PAR LA POPULATION ACTIVE AYANT UN EMPLOI POUR LES TRAJETS DOMICILE-TRAVAIL EN 2021

	Pop. active ayant un emploi	Aucun mode de transport		Marche à pied		Vélo		Deux-roues motorisé		Voiture, camionnette, fourgonnette		Transports en commun	
		Effectifs	Effectifs	En %	Effectifs	En %	Effectifs	En %	Effectifs	En %	Effectifs	En %	Effectifs
Orléans Métropole	122 363	4 006	3,3	7 988	6,5	6 213	5,1	1 216	1,0	83 592	68,3	19 349	15,8
Loiret	284 145	11 179	3,9	13 941	4,9	8 601	3,0	3 285	1,2	220 431	77,6	26 709	9,4
Centre-Val de Loire	1 046 691	46 332	4,4	54 821	5,2	28 216	2,7	12 322	1,2	826 121	78,9	78 879	7,5
France hexagonale	27 418 129	1 121 820	4,1	1 668 436	6,1	866 010	3,2	480 996	1,8	19 060 941	69,5	4 219 926	15,4

Source : Insee (RP 2021)
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

PART DE LA POPULATION ACTIVE UTILISANT LE VÉLO POUR LES TRAJETS DOMICILE-TRAVAIL EN 2021

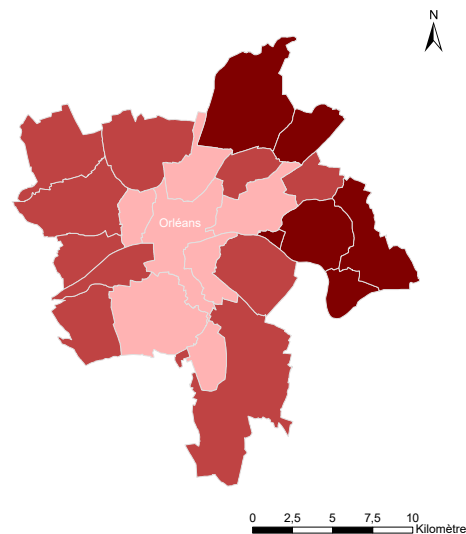


Part de la population active utilisant le vélo pour les déplacements domicile-travail en 2021 (en %)



Source : Insee (RP 2021)
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

PART DE LA POPULATION ACTIVE UTILISANT LA VOITURE POUR LES TRAJETS DOMICILE-TRAVAIL EN 2021



Part de la population active utilisant la voiture, la camionnette, le camion pour les déplacements domicile-travail en 2021 (en %)



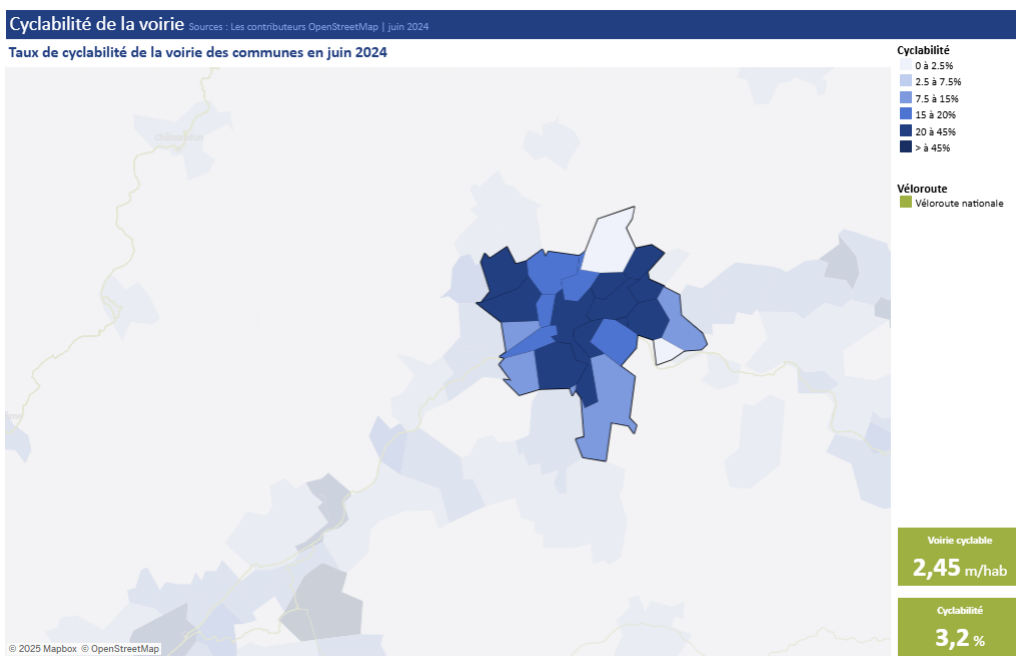
Source : Insee (RP 2021)
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

Le réseau cyclable

La région Centre-Val de Loire possède au total plus de 4 000 km d'aménagements cyclables tous types confondus (pistes cyclables, voie verte, bande cyclable, ...). Le département du Loiret dispose de 1 348 km d'aménagements cyclables dont 65,9 % de pistes cyclables, 16,5 % de voie verte et 10,9 % de bande cyclable.

Le taux de cyclabilité de la voirie des communes permet d'évaluer dans quelle mesure les infrastructures routières sont adaptées à la pratique du vélo. Il mesure le pourcentage de voirie propice à une utilisation confortable et sécurisée du cyclisme. En région Centre-Val de Loire, le taux de cyclabilité moyen de la voirie est de 3,2 %.

Dans le territoire d'Orléans Métropole, la moitié des communes a un taux de cyclabilité supérieur à 20,0 % avec, comme taux les plus élevés, les communes de Combleux et Saint-Jean-le-Blanc (respectivement 32,5 % et 32,3 % de taux de cyclabilité). À l'inverse, les communes de Saint-Hilaire-Saint-Mesmin, Bou et Chanteau ont des taux de cyclabilité respectivement à 7,9 %, 1,5 % et 1,5 %.



Sources : Observatoire vélo et territoires
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

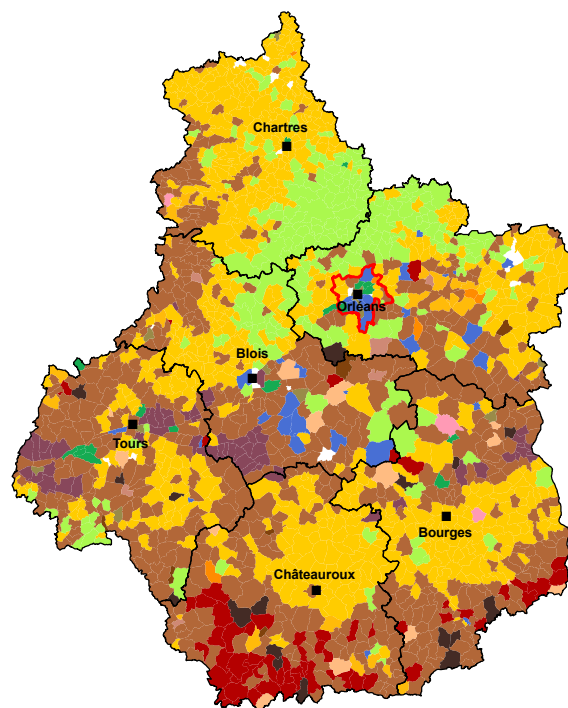
Orientation technico-économique des exploitations agricoles

Le territoire d'Orléans Métropole s'inscrit dans un département à exploitations variées : principalement polycultures et/ou polyélevages, ainsi que cultures de céréales et/ou d'oléoprotagineuses.

Une grande partie du territoire d'Orléans Métropole est orientée sur des exploitations de fleurs et/ou horticulture diverse, une autre grande partie est orientée vers la culture de céréales et/ou d'oléoprotagineuses.



ORIENTATION TECHNIQUE-ÉCONOMIQUE DES EXPLOITATIONS AGRICOLES EN 2020



Sources : Agreste (RA 2020)
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

Alimentation bio

L'agriculture biologique permet de réduire l'utilisation de produits chimiques dans les cultures, notamment les pesticides et insecticides, via l'utilisation de matières organiques végétales ou animales. Ainsi, l'exposition des populations aux risques sanitaires des produits chimiques est limitée.

En Centre-Val de Loire, 4,5 % de la surface agricole du territoire est bio (soit 106 546 ha), ce qui place la région au 15^e rang français en 2024 au regard de la part de surface agricole bio par rapport à la surface agricole totale du territoire.

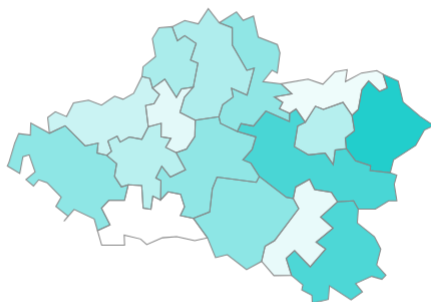
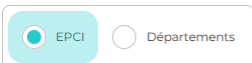
Le département du Loiret est classé au 5^e rang régional au regard de la part des surfaces bio dans la surface agricole totale de son territoire. Les surfaces bio représentent 3,4 % (soit 12 052 ha) de la surface agricole du département.

En 2024, Orléans Métropole et ses 6,4 % de surfaces agricoles bio se situe au 3^e rang départemental concernant la part des surfaces bio dans la surface agricole totale du territoire. Néanmoins, concernant le nombre d'hectares de surfaces bio, Orléans Métropole se place au 11^e rang départemental ce qui signifie que la part du bio y est relativement élevée malgré une surface agricole plus faible que les autres EPCI du département.

	Surface agricole bio (toutes productions végétales) (en ha)	Surface en conversion (toutes productions végétales) (en ha)	Part des surfaces agricoles bio dans toute la surface agricole (en %)	Part de fermes bio (en %)
Orléans Métropole	408,3	29,9	6,4	19,1
Loiret	11 218,1	833,8	3,4	7,7
Centre-Val de Loire	97 393,6	9 152,0	4,5	10,0

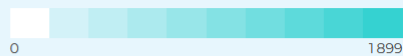
Source : Agence bio (2024)
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

SURFACES BIO ET EN CONVERSION DANS LES EPCI DU LOIRET

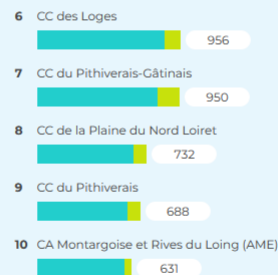


Source : Agence bio (2024)
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

Surface bio et en conversion



Classement des surfaces bio et en conversion



11 Orléans Métropole



Surfaces engagées en bio

■ Surfaces certifiées bio
 ■ Surfaces en conversion

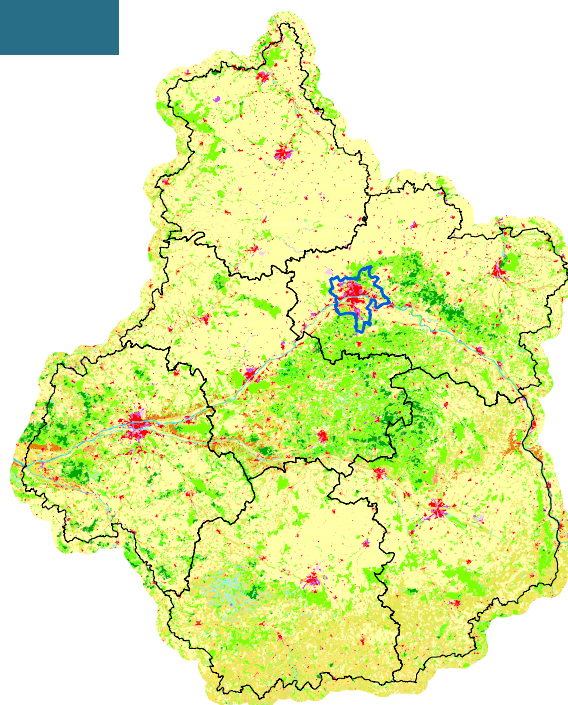
Occupation des sols

Le territoire d'Orléans Métropole est majoritairement constitué de terres agricoles (42,6 % du territoire). Viennent ensuite les territoires artificialisés (34,9 %), les forêts et milieux naturels (19,4 %) et les surfaces en eau (1,8 %).

Le département du Loiret et la région Centre-Val de Loire sont aussi majoritairement constitués de terres agricoles (respectivement 66,4 % et 72,6 %).

OCCUPATION DU SOL DE LA RÉGION CENTRE-VAL DE LOIRE (2018)

Occupation du sol



Source : corine land cover_2018
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

Sites et sols pollués

Le territoire d'Orléans Métropole compte, fin mai 2025, 53 sites et sols pollués ce qui représente une densité de 15,9 sites et sols pollués pour 100 km². En comparaison, les densités du département du Loiret, de la région Centre-Val de Loire et de la France hexagonale sont nettement inférieures : respectivement 2,4 sites et sols pollués pour 100 km², 1,2 et 1,3.

	Nombre de sites et sols pollués	Densité (nombre de sites et sols pollués/100km ²)
Orléans Métropole	53	15,9
Loiret	160	2,4
Centre-Val de Loire	478	1,2
France hexagonale	7 122	1,3

Source : GéoRisques (extraction du 26/05/2025)
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

Installations classées pour la protection de l'environnement (ICPE)

Les installations classées pour la protection de l'environnement (ICPE) sont des installations susceptibles de générer des nuisances ou des risques pour l'environnement et la santé humaine et qui sont, à ce titre, encadrées par une réglementation spécifique.

En mai 2025, Orléans Métropole compte 130 ICPE soumises à une autorisation ou à un enregistrement, soit une densité de 38,9 ICPE pour 100 km². Cette densité est nettement supérieure à celles des territoires de référence : 9,7 ICPE pour 100 km² dans le Loiret, 7,8 en Centre-Val de Loire et 10,7 en France hexagonale.

	Nombre d'ICPE (à autorisation + enregistrement)	Supercficie (km ²)	Densité (nombre d'ICPE/100km ²)
Orléans Métropole	130	334,3	38,9
Loiret	658	6 775,2	9,7
Centre-Val de Loire	3 073	39 151,0	7,8
France hexagonale	58 740	549 134,0	10,7

Source : GéoRisques (extraction du 26/05/2025)
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

Risques naturels

Plusieurs types de risques naturels peuvent se produire en France, notamment les inondations et les mouvements de terrains liés aux retrait-gonflement des sols argileux.

Au sein d'Orléans Métropole, 39 105 habitations sont exposées à l'aléa retrait-gonflement d'argiles fort ou moyen. Ce sont 136 274 habitations dans le Loiret, 461 935 en région et 4 278 087 en France hexagonale.

Le risque d'inondation par cours d'eau concerne 59 174 personnes sur le territoire soit près de 20,0 % de la population d'Orléans Métropole (près de 21,0 % dans le Loiret, 21,1 % en Centre-Val de Loire et 25,7 % en France hexagonale).

	Nombre de maisons exposées à l'aléa retrait-gonflement d'argiles fort ou moyen	Population communale dans l'enveloppe approchée des inondations potentielles par cours d'eau
Orléans Métropole	39 105	59 174
Loiret	136 274	144 276
Centre-Val de Loire	461 935	542 811
France hexagonale	4 278 087	16 802 606

Source : Observatoire national des risques naturels
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

Santé et climat

Le changement climatique induit la recherche de mesures d'adaptation pour que la santé publique en soit la moins impactée. D'ici 2030, le réchauffement en France atteindra +2°C par rapport à la valeur de référence correspondant à l'ère préindustrielle.

Les vagues de chaleur peuvent avoir des impacts sanitaires importants, notamment sur les personnes âgées et les jeunes enfants qui représentent les populations les plus à risque. Lors de chaudes températures, le corps peut ne pas réussir à se réguler, entraînant des maux de tête, nausées, déshydratation ou encore des coups de chaleur pouvant être suivis d'un décès dans les cas les plus extrêmes.

De même, les vagues de froid constituent un danger pour la santé de tous, et particulièrement pour les plus vulnérables. Parmi les risques sont retrouvées l'hypothermie, des gelures ou l'aggravation d'éventuels problèmes cardio-vasculaires ou respiratoires déjà existants.

Îlots de chaleur

Le projet MAPUCE est coordonné par le CNRM (Centre national de recherche météorologique). Il vise à intégrer dans les politiques urbaines et les documents juridiques les plus pertinents des données quantitatives de micro-climat urbain, climat et énergie, dans une démarche applicable à toutes les villes de France. Ces données proviennent des simulations du micro-climat urbain et de consommation d'énergie du bâti, réalisées à partir de données climatiques, architecturales, urbaines et sociales, en tenant compte des comportements des usagers des bâtiments.

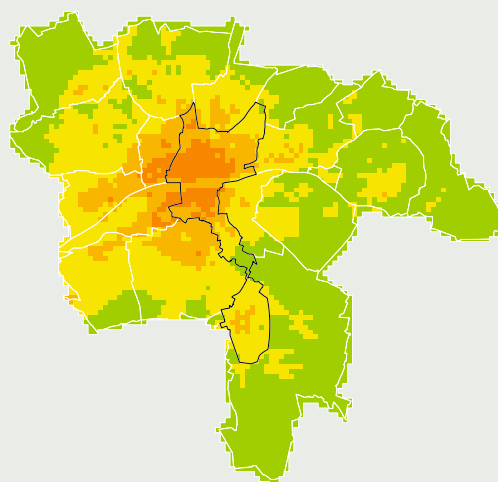
Un jour est considéré comme en vague de chaleur s'il s'inscrit dans un épisode d'au moins cinq jours consécutifs pour lesquels la température maximale quotidienne excède la normale de plus de cinq degrés. D'après les projections du service « Climadiag commune » développé par Météo France, en 2030, le territoire d'Orléans Métropole connaîtra une augmentation des jours de vague de chaleur, passant de 1 jour par an pour la valeur de référence à 8 jours annuels d'après la projection médiane de 2030.

Un jour de vague de froid est défini de la même manière qu'un jour en vague de chaleur. À l'inverse de ces derniers, les jours annuels en vague de froid vont diminuer d'ici 2030 sur le territoire passant de 4 jours annuels à 3 d'après les prédictions médianes à l'horizon 2030.



Îlot de chaleur urbain sur Orléans et ses environs

Valeurs typiques après une journée d'été fortement ensoleillée



Le phénomène d'îlot de chaleur urbain (ICU) se manifeste par des températures nocturnes plus élevées en milieu urbain que dans les zones rurales voisines.

À Orléans et dans ses environs, l'ICU maximal après une journée d'été fortement ensoleillée atteint 4°C, ce qui signifie que la température nocturne en ville peut dépasser de 4°C celle de la campagne alentour. L'intensité de l'ICU peut être amplifiée en cas de situation caniculaire.



Source des données : projet MAPUCE

Mené de 2015 à 2019, le projet MAPUCE (Modélisation Appliquée et Urbanisme Climatique Énergétique) visait à mieux comprendre l'impact de l'urbanisation sur le climat local et la consommation énergétique des villes. Financé par l'Agence nationale de la recherche (ANR) et coordonné par le Centre National de Recherches Météorologiques (Météo-France/CNRM), il calcule l'îlot de chaleur urbain (ICU) en modélisant, à l'aide d'un modèle atmosphérique tenant compte d'indicateurs caractérisant les villes (hauteur des bâtiments, nombre d'habitants, occupation du sol, etc.), la température de l'air par mailles de 250 m et son écart entre zones urbaines et rurales.



→ www.umr-cnrm.fr/ville.climat/spip.php?rubrique120

Traitements et cartographie : Météo-France – juillet 2025

Source : <https://www.umr-cnrm.fr/ville.climat/spip.php?rubrique120>
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

Synthèse des échanges avec les professionnels

Bien qu'elles soient souvent citées en tant que thématique globale, dans l'ensemble les thématiques environnementales ne sont pas bien connues de la plupart des partenaires, en particulier dans le détail de leurs enjeux locaux. Les acteurs les plus renseignés parmi ceux que nous avons interrogés travaillent sur la prise en compte des sujets environnementaux à l'échelle territoriale (métropole et département).

« On est vraiment aux prémices de la réflexion, mais on veut mettre en place et on va mettre en place un outil de centralisation de tous les indicateurs disponibles sur la métropole, sur toutes les thématiques, mais déjà sur les thématiques de la transition écologique ; pour justement suivre l'amélioration de la situation, ou la dégradation, en tout cas l'évolution des différentes situations sur les cinq enjeux de la transition écologique. On a décliné toute notre politique de transition écologique selon les cinq enjeux de la planification écologique de l'État : Climat, ressources, biodiversité, santé et adaptation. Et on va essayer de quantifier ou d'ausculter toutes les actions de la métropole vis-à-vis de ces cinq enjeux, avec les indicateurs et un suivi centralisé, et annuel, au moins annuel, de tous ces indicateurs-là. Avec une plateforme de reporting automatique, avec des rapports. »

« Pour l'instant, il y a [...] le plan de prévention du bruit dans l'environnement, le plan de protection de l'atmosphère qui est piloté lui par l'État, par la DDT et la DREAL, et le fonds air-bois qui est un plan de subvention des habitants de la métropole pour remplacer les poêles à bois non performants par des poêles plus performants, toujours dans l'optique de limiter la pollution de l'atmosphère. Notamment sur les PM 2.5 et les poussières fines. »

La santé environnementale a en effet vocation à être inscrite dans de nombreuses politiques publiques, bien qu'il faille souligner que cette prise en compte est encore en évolution, ce qui participe à expliquer que tous les acteurs interrogés non spécialistes n'ont pas une connaissance précise de ces thématiques.

« La santé, c'est aussi mettre en place des vraies politiques publiques sur la question de l'environnement, de la pollution de l'air, la pollution par le bruit, etc. Ça, c'est des axes qui sont... intégrés dans nos politiques publiques, mais elles ne sont pas forcément... systématisées. »

Un premier enjeu évoqué dans les entretiens est la qualité de l'air, qui a des impacts sur la santé des habitants de la métropole. La qualité de l'air extérieur n'est pas considérée comme un sujet se prêtant aux interventions les plus simples, du fait de la complexité de la pollution qui l'affecte et du recours à des seuils réglementaires dont l'observation ne correspond pas à une vision ambitieuse de l'action préventive en la matière.

« Je pense à la pollution de l'air parce qu'on n'est pas très bons en termes de lutte contre la pollution de l'air, et que moi je vois beaucoup de personnes âgées en insuffisance respiratoire ou ayant des problèmes respiratoires, enfin je ne pourrais pas vous dire les noms, mais on en a beaucoup ; beaucoup de jeunes aussi. »

« Au-delà de la réglementation, il y a l'OMS qui a défini des valeurs plus restrictives, qui ne sont que des valeurs de référence, mais qui sont en fait des valeurs vers quoi il faut tendre. Et donc, même si les valeurs réglementaires sont respectées, ça ne veut pas dire que la collectivité n'a plus rien à faire et qu'il ne faut pas essayer de poursuivre les efforts pour tendre vers ces valeurs de l'OMS. Parce que je sais que parfois, dans certains diagnostics, il est dit que la valeur réglementaire est respectée, donc c'est OK. Mais en fait, on peut continuer à faire des choses et toujours aller plus loin »

La qualité de l'air intérieur est également à prendre en compte, notamment pour les enfants en bas âge : les lieux d'accueils sont soumis à une réglementation dont l'application serait à améliorer. L'entretien évoquant ce sujet mentionne le label Écolo Crèche, actuellement associé à au moins une crèche de la métropole et qui a fait l'objet d'un soutien via appel à projet de la CAF en 2025.

« Il y a tout ce qui est enjeux aussi de qualité de l'air intérieur, notamment dans les établissements qui accueillent des publics sensibles, donc notamment tout ce qui va être petite enfance et puis scolaires. Il y a une réglementation qui a été mise en place qui rend obligatoire la surveillance de la qualité de l'air dans ces établissements-là, mais qui, je pense, n'est pas mise en œuvre. Mais donc du fait que les environnements intérieurs sont source d'exposition à des polluants de par les matériaux de fabrication, les matériaux de décoration, d'aménagement, il y a des composés volatils qui sont émis et qui peuvent générer des allergies. Il peut même y avoir des substances cancérigènes. D'où l'importance d'aérer régulièrement ces espaces-là. Et donc, normalement, les collectivités doivent assurer une surveillance, il y a tout un protocole de surveillance à réaliser. Et donc, c'est pareil, à l'échelle de la métropole orléanaise, je pense qu'il y a beaucoup d'établissements de ce type-là, donc beaucoup de publics accueillis dans ces établissements. »

L'autre sujet de santé environnementale le plus mentionné dans les entretiens est l'urbanisme favorable à la santé, avec notamment la désimperméabilisation des sols et la lutte contre les îlots de chaleur, qui peut s'appuyer sur la végétalisation des espaces extérieurs. On peut également relier cette thématique à la question de la rénovation thermique des logements, notamment pour les populations les plus vulnérables.

« Après, on a tout ce qui est enjeux autour de l'urbanisme

favorable à la santé. Donc là, on va être sur des enjeux, notamment de désimperméabilisation des sols pour éviter le ruissellement et laisser l'eau s'infiltrer pour limiter le risque d'inondation. De végétalisation des espaces, ça permet de désimperméabiliser, ça permet aussi de créer des îlots de fraîcheur et de limiter les îlots de chaleur qui en été sont des lieux où la température va monter très fortement. Et donc, ça va générer du mal-être pour la population, voire des vrais problèmes sanitaires. »

« Il faut aussi corriger et améliorer la situation existante. Donc on a l'aspect aussi amélioratif aussi qui doit apparaître. Je pense sur l'aspect arbre, couverture végétale, qui sert sur plein de sujets, par exemple, aussi bien sur la santé mentale que sur les îlots de fraîcheur, que sur le déplacement, la mobilité. Il y a des choses sur lesquelles il faut qu'on s'améliore. »

« Quand on a des gens qui vivent dans des passoires thermiques, qui ont froid l'hiver et chaud l'été, quand on voit les incidences de la température sur le cardiaque – et sur les accidents cardiaques, rien que cardiaques, je ne parle même pas du reste, ça veut dire que tant qu'on ne remettra pas des arbres dans la ville, des lieux de fraîcheur au pied des immeubles – remarquez, ça va solutionner une partie du problème. Les gens vont mourir plus vite, mais c'est un choix. »

Ces questions font d'ores et déjà l'objet d'initiatives de la part des acteurs locaux – l'engagement des élus de certaines communes de la métropole est notamment évoqué comme une piste de promotion de l'action en santé environnementale.

« Je pense quand même à l'action de Loiret Nature Environnement sur l'urbanisme favorable à la santé. C'est plus adaptation au changement climatique dans les QPV. Ça peut être intéressant, puisqu'à l'échelle de l'agglomération, il y a quand même pas mal de quartiers prioritaires aussi. Oui, après, des exemples d'actions que va promouvoir le CAUE 45, donc tout ce qui va être l'adaptation des cours d'école, la végétalisation des cours d'école, ça aussi. Je crois qu'il y en a une sur Olivet et Boigny. Parce que le maire de Boigny, il promeut beaucoup ce qui a été fait au niveau de son école. Ça peut peut-être être aussi un acteur qui va permettre de mettre en avant ce sujet-là. »

L'urbanisme favorable à la santé est par ailleurs plus largement lié à la question de la qualité de vie : la création d'îlots de fraîcheur, et plus généralement d'espaces extérieurs conviviaux, permettant à la fois le repos et l'activité physique pour l'ensemble des habitants, sont citées comme un exemple d'une réflexion transversale sur le vivre-ensemble.

« Nous, on a travaillé sur cette question des espaces partagés par le prisme du genre, puisque les espaces partagés sont majoritairement pour les hommes, et en démontrant que, comme ça s'était fait dans d'autres pays, le fait de

travailler des espaces partagés non genrés, en fait, ça bénéficiait à tout le monde au niveau des âges, et le fait de pouvoir créer des environnements où on va pouvoir se protéger des hausses des températures, tout ça, c'est aussi un gain sur la santé, mais aussi quand les espaces en question permettent de bouger. Il y a plusieurs expérimentations dans le monde. Donc, en fait, c'est à la fois, je réponds à un lieu de mixité sociale générationnelle, mais aussi, c'est un lieu où je peux bouger. C'est-à-dire, la personne âgée, elle peut s'asseoir. Les bancs, il n'y en a plus. Elle n'ose même plus aller chercher son pain parce qu'elle a trop peur de ne pas pouvoir le faire dans la durée. Et puis, en même temps, les enfants, ils peuvent sauter, courir. Les parents aussi, d'ailleurs. Mais ça, ce sont des choix politiques. Ce n'est pas la petite association locale qui peut porter ça. »

Les acteurs évoquent également, mais dans une moindre mesure, la lutte contre les espèces invasives et plus spécifiquement la lutte antivectorielle. Notamment, la présence du moustique-tigre fait déjà l'objet d'actions de démoustication dans la métropole Orléanaise, et requiert une sensibilisation accrue de l'ensemble des habitants. La nécessité de réguler la présence de plantes allergènes en milieu urbain est également évoquée dans un entretien.

« Récemment, on a entendu parler beaucoup du moustique-tigre. Ça, c'est un enjeu qui me semble très très important parce que c'est un moustique qui peut transmettre plusieurs maladies, que le moustique est de plus en plus présent sur le territoire national, mais aussi dans le Loiret et encore plus au niveau de la métropole. On a quand même beaucoup de communes de la métropole qui sont colonisées par le moustique-tigre ; plus le moustique est présent, plus on a un risque que des épidémies surviennent. Donc il y a vraiment des actions de communication à mettre en place pour que la population sache quels gestes adopter pour limiter la présence des eaux stagnantes, savoir repérer où peut se situer cette eau stagnante parce que le moustique-tigre peut vraiment se développer dans des tout petits réservoirs d'eau. Donc faut vraiment chercher partout. Au-delà de la population générale, il y a aussi des actions à mener au niveau des acteurs publics, au niveau des jardins publics, même au niveau des cours d'école, des extérieurs des crèches puisqu'il peut y avoir des jouets qui restent à l'extérieur et ça peut être aussi des gîtes larvaires. Donc, il y a aussi des actions à mettre en place par la collectivité. Et on peut aller même plus loin aussi en promouvant des actions dans des entreprises qui ont du stockage en extérieur. »

Enfin, un acteur rappelle qu'agir pour la qualité de l'alimentation n'est pas uniquement une partie des initiatives préventives en nutrition, mais relève aussi d'enjeux écologiques au niveau de la production – ce qui peut présenter une occasion de sensibiliser les habitants de la métropole au lien entre santé et environnement.

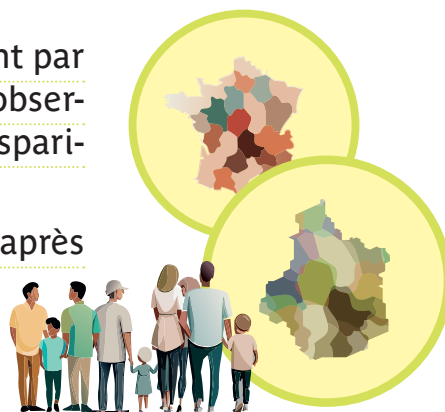
« Ça me semble quand même important, ce volet alimentation, mais qui intègre les aspects de nutrition, de qualité

nutritionnelle, mais aussi d'alimentation biologique, parce que ça préserve la qualité de la ressource en eau, mais aussi ça préserve quand même la santé des gens. C'est-à-dire qu'il y a deux effets positifs au fait de manger biologique. À la fois, ça va préserver l'environnement, mais aussi on sait que quand même, moins on est exposé à des pesticides, même dans l'alimentation, mieux on se porte. »

ÉTAT DE SANTÉ MORTALITÉ

La région Centre-Val de Loire se caractérise globalement par des taux de mortalité générale plus élevés que ceux observés en France hexagonale. Cette situation voile des disparités infrarégionales voire même au niveau d'un pays.

Tous les taux pour 100 000 habitants sont donnés après standardisation par tranche d'âge avec, pour population de référence, la France hexagonale du recensement de population de 2018.



Mortalité générale

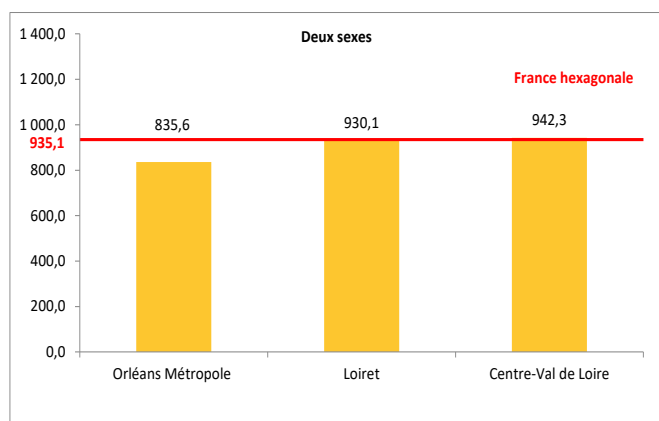
Entre 2014 et 2022, 27 221 décès par année ont été enregistrés en moyenne en région Centre-Val de Loire, toutes causes et tous genres confondus, soit un taux comparatif de mortalité (TCM) de 942,3 décès pour 100 000 habitants.

Sur le territoire d'Orléans Métropole, 19 078 décès ont été recensés entre 2014 et 2022 ce qui représente une moyenne de 2 120 décès par an. Le taux comparatif y est de 836 décès pour 100 000 habitants, ce qui est inférieur aux taux des échelles départementale, régionale et nationale.

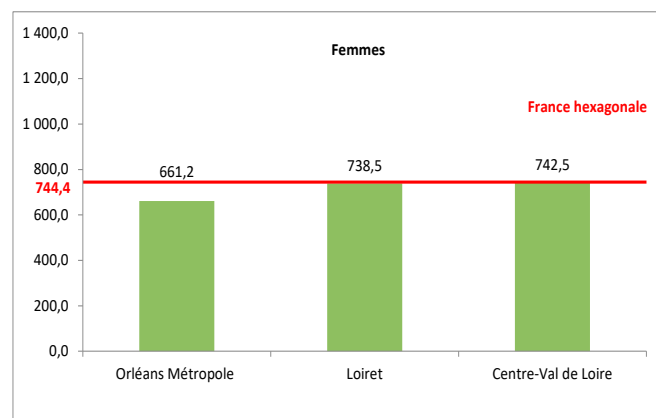
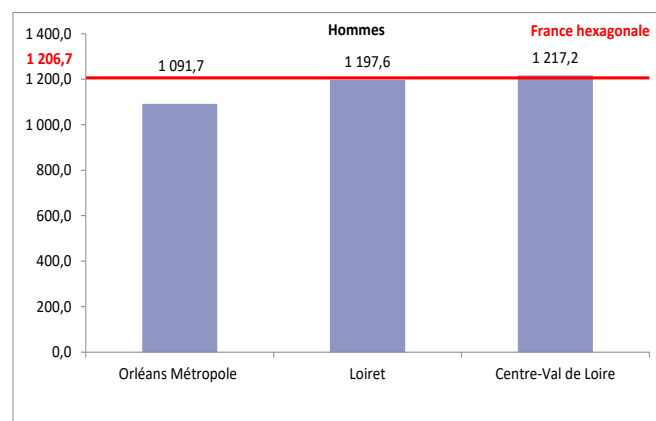
Sur le territoire étudié, les hommes représentent 50,5 % des décès toutes causes confondues. Avec 1 072 décès annuels en moyenne, le taux après standardisation est de 1 091,7 décès masculins pour 100 000 habitants soit un taux inférieur à ceux du département (1 197,6), de la région (1 217,2) et de la France hexagonale (1 206,7).

Chez les femmes, 1 048 décèdent annuellement en moyenne, soit un TCM de 661,2 demeurant inférieur aux taux du département (738,5), de la région (743,5) et de la France hexagonale (744,4).

TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ GÉNÉRALE (2014-2022)



Sources : Inserm CépiDC, Insee
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire
Référence France hexagonale (RP 2018)
Taux pour 100 000 habitants



Méthodologie

La mortalité demeure actuellement le seul indicateur de l'état de santé faisant l'objet d'un recueil systématique et continu quelle que soit l'aire géographique et la pathologie. Ce recueil est matérialisé par les certificats de décès, remplis via une application ou en format papier par les médecins en activité et retraités, internes, praticiens à diplôme étrangers et infirmiers. Ces certificats sont exploités par l'Insee (pour les variables démographiques et sociales) et par l'Inserm (pour les causes médicales de décès).

Grandes causes de décès

La première cause de décès en France hexagonale, en Centre-Val de Loire et dans le Loiret est le cancer avec respectivement 26,4 %, 26,6 % et 26,8 % des parts de l'ensemble des décès. Viennent en second plan les maladies de l'appareil circulatoire, représentant 22,8 % de l'ensemble des décès en France hexagonale, 23,5 % en Centre-Val de Loire et 23,3 % dans le Loiret.

Sur le territoire d'Orléans Métropole, la première cause de décès est également le cancer avec 27,8 % des parts dans l'ensemble des décès. Les maladies de l'appareil circulatoire sont la seconde avec 22,0 % des décès, suivies des causes externes de morbidité et mortalité, des maladies du système nerveux et des maladies de l'appareil respiratoire.

Des disparités sont observées entre les territoires de référence. Le département, la région et le territoire d'Orléans Métropole ont pour 3^e cause de décès les causes externes de morbidité et mortalité, qui sont en 4^e position en France hexagonale. Concernant les causes de décès par pathologies du système respiratoire, elles sont en 5^e position sur le territoire d'Orléans Métropole et dans le Loiret, en 4^e position en Centre-Val de Loire et en 3^e position à l'échelle nationale. Au sujet des maladies du système nerveux, ces dernières sont la 4^e cause de décès sur le territoire d'Orléans Métropole et dans le Loiret et la 5^e cause aux échelles régionale et nationale.

Entre 2014 et 2022, 31,4 % des décès masculins recensés au sein d'Orléans Métropole sont dus à un cancer (30,6 % dans le Loiret, 30,4 % en Centre-Val de Loire et 30,0 % en France hexagonale). Les principales autres causes de décès masculins sont les maladies de l'appareil circulatoire qui représentent 21,4 % des décès du territoire d'Orléans Métropole (22,3 % dans le Loiret, 22,2 % en Centre-Val de Loire et 21,2 % en France hexagonale). Viennent ensuite les causes extérieures de traumatismes et empoisonnements (principalement les suicides et les accidents de la circulation) qui représentent 7,6 % des décès masculins du territoire d'Orléans Métropole soit un taux relativement similaire à ceux du département (7,7 %), de la région (7,4 %) et de la France hexagonale (7,5 %).

La description de l'état de santé présentée dans ce diagnostic a été réalisée au moyen d'une analyse statistique des causes médicales de décès sur 9 années s'échelonnant depuis 2014 jusqu'à 2022. Le choix d'étudier une période de 9 ans est dicté par la nécessité de disposer d'un nombre suffisant de décès pour obtenir une signification statistique par rapport à la faible population concernée à l'échelon communal.

Concernant les femmes d'Orléans Métropole, les causes de décès sont par ordre de fréquence : les cancers (24,1 % contre 22,8 % dans le Loiret, 22,7 % en Centre-Val de Loire et 22,8 % en France hexagonale), les maladies de l'appareil circulatoire (principalement les maladies cérébrovasculaires et les cardiopathies ischémiques), les causes extérieures de traumatismes et d'empoisonnements et les maladies de l'appareil respiratoire.

La première cause de décès féminin sur le territoire d'Orléans Métropole est donc le cancer à l'inverse du département, de la région et de la France hexagonale pour lesquels la première cause de décès féminin est représentée par les pathologies de l'appareil circulatoire avec les cancers en seconde position.

Les causes extérieures de traumatismes et empoisonnements sont en 3^e position et représentent 6,5 % des décès féminins sur le territoire ce qui est supérieur aux taux retrouvés aux échelles départementale (5,6 %), régionale (5,2 %) et nationale (5,3 %).

GRANDES CAUSES DE DÉCÈS 2014-2022

Hommes	Nombre annuels de décès - Orléans Métropole	Part dans l'ensemble des décès (en %)		
		Orléans Métropole	Loiret	Centre-Val de Loire
Cancers :	336	31,4	30,6	30,4
<i>Trachées, bronches, poumons</i>	75	7,0	6,7	6,8
<i>Prostate</i>	32	3,0	3,0	3,4
<i>Côlon-rectum</i>	33	3,1	3,1	3,2
Maladies de l'appareil circulatoire :	229	21,4	22,3	22,2
<i>Cardiopathies ischémiques</i>	76	7,1	7,2	6,7
<i>Maladies cérébrovasculaires</i>	47	4,4	4,6	4,5
Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements :	81	7,6	7,7	7,4
<i>Suicides</i>	20	1,9	2,2	2,3
<i>Accidents de la circulation</i>	6	0,6	0,7	0,7
Maladies de l'appareil respiratoire	57	5,3	5,6	6,3
Autres causes	368	34,4	33,8	33,8
Toutes causes	1 071	100,0	100,0	100,0

Femmes	Nombre annuels de décès - Orléans Métropole	Part dans l'ensemble des décès (en %)		
		Orléans Métropole	Loiret	Centre-Val de Loire
Maladies de l'appareil circulatoire :	238	22,7	24,2	24,9
<i>Maladies cérébrovasculaires</i>	63	6,0	6,3	6,3
<i>Cardiopathies ischémiques</i>	45	4,3	4,7	4,8
Cancers :	253	24,1	22,8	22,7
<i>Sein</i>	42	4,0	4,0	4,1
<i>Côlon-rectum</i>	28	2,7	2,6	2,7
<i>Trachée, bronches, poumons</i>	33	3,1	3,0	2,9
Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements	68	6,5	5,6	5,2
<i>Suicides</i>	9	0,9	0,7	0,7
<i>Accidents de la circulation</i>	nd	nd	0,2	0,2
Maladies de l'appareil respiratoire	60	5,7	5,5	6,1
Autres causes	429	40,9	41,9	41,2
Toutes causes	1 048	100,0	100,0	100,0

Source : Inserm CépiDC
Exploitation ORS Centre-Val de Loire
ND : non disponible en raison d'effectifs inférieurs à 5

Mortalité prématurée

L'allongement de la durée de vie et le vieillissement de la population conduisent à une augmentation sensible de l'âge moyen au décès. Entre 2014 et 2022, plus de la moitié des personnes décédées en France avaient plus de 80 ans. Conséquences de cette évolution, les statistiques des causes de décès sont de plus en plus le reflet de la mortalité aux grands âges, limitant ainsi leur utilisation pour évaluer les besoins de prévention.

Au 1^{er} janvier 2021, l'espérance de vie à la naissance en France hexagonale était de 79,2 ans pour les hommes et de 85,3 ans pour les femmes (pour le Loiret et le Centre-Val de Loire, les espérances de vie à la naissance étaient de 79,3 et 78,9 ans pour les hommes et de 85,6 et 85,2 ans pour les femmes). Si la mortalité prématurée est en constante diminution en France, elle demeure l'une des plus élevées comparativement aux pays européens voisins. Ainsi, le paradoxe français est de présenter, parmi les pays de l'Union européenne, pour les hommes comme pour les femmes, la meilleure espérance de vie à 65 ans et une mortalité prématurée défavorable.

Jusqu'au début des années 2000, la situation en région Centre-Val de Loire semblait globalement moins défavorable qu'en moyenne en France hexagonale avec des taux comparatifs de mortalité prématurée inférieurs à ceux observés nationalement. Toutefois, la tendance semble s'inverser depuis, avec des taux comparatifs de mortalité prématurée supérieurs aux taux nationaux. À structure d'âge comparable, 167,4 décès de personnes de moins de 65 ans pour 100 000 habitants ont été recensés en moyenne sur le territoire d'Orléans Métropole entre 2014 et 2022, soit un taux comparatif de mortalité inférieur à ceux observés aux niveaux départemental (181,3), régional (194,2) et national (185,9).

L'analyse par sexe permet de mettre en exergue que les hommes sont davantage touchés par cette mortalité prématurée avec un taux de 219,9 décès prématurés pour 100 000 habitants, taux demeurant comme pour les 2 sexes, inférieur aux taux départemental, régional et national (respectivement 242,3 décès pour 100 000 habitants, 262,1 et 251,9). Chez les femmes, on retrouve un taux de 119,2 décès prématurés pour 100 000 habitants, taux significativement inférieur à celui du Centre-Val de Loire (129,0 décès pour 100 000 habitants) mais similaire à ceux du Loiret (122,9) et de la France hexagonale (123,4).

Une grande part des décès prématurés aurait pu être évitée en agissant sur les facteurs de risques individuels ou par exemple avec une prise en charge plus performante des systèmes de soins. La prévention primaire constitue un levier permettant de diminuer l'incidence de cette mortalité évitable liée aux comportements à risque. Cela inclut notamment la consommation d'alcool, de tabac, les accidents de la route et le suicide.

Ainsi pour la période 2014-2022 sur le territoire d'Orléans Métropole, parmi les 686 décès annuels prématurés chez les personnes de moins de 75 ans, on peut considérer que 258 décès prématurés auraient pu être évités par la prévention primaire, soit 37,6 % (39,6 % dans le Loiret, 40,0 % en Centre-Val de Loire et 39,9 % en France hexagonale). De même, 126 décès prématurés auraient pu être évités par le soin sur le territoire, soit 18,4 % (18,6 % dans le Loiret, 18,8 % en Centre-Val de Loire et 18,7 % en France hexagonale).

TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ PRÉMATURÉE (2014-2022)



Sources : Inserm CépiDc, Insee
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire
Référence France hexagonale (RP 2018)
Taux pour 100 000 habitants

Admissions en affection de longue durée (ALD)

Entre 2018 et 2023, sont recensés chaque année, en moyenne, 61 106 admissions en affection longue durée (ALD) en région Centre-Val de Loire (un peu plus de 31 600 chez les hommes et près de 29 500 chez les femmes). Dans le département, cela représente 15 337 nouvelles admissions par an. Pour le territoire d'Orléans Métropole, ce sont plus de 6 000 admissions en ALD par an dont 3 049 chez les hommes et près de 3 000 chez les femmes.

À l'échelle du territoire, les principaux motifs d'ALD chez les hommes sont, par ordre de fréquence : les maladies cardiovasculaires avec 31,3 % des ALD (contre 32,5 % dans le Loiret, 32,2 % en Centre-Val de Loire et 30,5 % en France hexagonale), les tumeurs malignes avec 25,5 % des ALD (taux supérieur à ceux des niveaux départemental : 23,8 %, régional : 25,0 % et national : 24,5 %) puis le diabète tous types confondus avec 18,4 % des ALD (contre 19,1 % dans le Loiret, 18,2 % en Centre-Val de Loire et 17,9 % en France hexagonale).

Concernant les femmes, le classement est le même avec 24,3 % des ALD représentées par les maladies cardiovasculaires (contre 24,8 % dans le Loiret, 25,0 % en Centre-Val de Loire et 23,5 % en France hexagonale), les tumeurs malignes représentant 23,4 % des ALD (avec respectivement 24,3 %, 23,4 % et 23,5 % aux niveaux départemental, régional et national) et le diabète tous types confondus avec 17,3 %.

En éliminant l'effet de la structure par âge, le taux d'admission en ALD sur le territoire d'Orléans Métropole est de 2 323,4 pour 100 000 habitants entre 2018 et 2023. Ce taux est similaire à ceux du département (2 326,6) et de la France hexagonale (2 321,8) mais supérieur à celui de la région (2 292,5).

Au total, en 2023, 67 241 personnes du territoire Orléans Métropole bénéficiaient d'une prise en charge en ALD, soit 1 personne sur 4. Ce chiffre s'élève à 167 879 pour le Loiret, 663 588 en Centre-Val de Loire et 16 119 627 en France hexagonale, soit 1 personne sur 4 également pour ces 3 territoires.

PRINCIPALES ADMISSIONS EN AFFECTION DE LONGUE DURÉE (2017-2022)

		Nombre moyen de nouvelles admissions en ALD par an - Orléans Métropole	Part dans l'ensemble des ALD (en %)		
			Orléans Métropole	Loiret	Centre-Val de Loire
Hommes	Maladies cardiovasculaires	955	31,3	32,5	32,2
	Tumeurs malignes	687	25,5	23,8	25,0
	Diabète	568	18,4	19,1	18,2
	Affections psychiatriques	221	7,2	6,2	6,1
	Alzheimer et autres démences	103	3,4	3,2	3,2
	Insuffisance respiratoire chronique	48	1,6	1,7	1,7
	Autres	467	15,3	53,9	13,5
	Total	3 049	100,0	100,0	100,0
Femmes	Maladies cardiovasculaires	725	24,3	24,8	25,0
	Tumeurs malignes	700	23,4	24,4	24,4
	Diabète	517	17,3	17,4	16,1
	Affections psychiatriques	258	8,6	7,7	7,9
	Alzheimer et autres démences	204	6,8	7,4	7,6
	Insuffisance respiratoire chronique	46	1,5	1,7	1,7
	Autres	538	18,0	16,6	17,4
	Total	2 988	100,0	100,0	100,0

Sources : CNAMTS, CCMSA, CNRSI, Insee
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

Synthèse des échanges avec les professionnels

À travers notre corpus d'entretiens, peu de professionnels évoquent les personnes en situation de handicap – néanmoins c'est un sujet identifié au sein du territoire de la métropole, notamment par certaines communes ayant nommé des référents handicap chargés de l'orientation des usagers vers les différentes ressources disponibles. Un enjeu plus spécifique, et qui concerne également ces référents, réside dans la reconnaissance du handicap, qui n'est pas systématique selon les situations, en particulier en ce qui concerne les troubles de l'apprentissage et autres difficultés comportementales : aussi l'accompagnement des familles concernées pourrait être renforcé par le CLS.

« Il y a des collectivités qui ont aussi désigné des référents handicap. Je ne sais pas si vous en avez entendu parler, mais ce sont des référents parfois dans des collectivités qui du coup sont chargés de faire un lien entre les services par exemple d'accueil, les agents qui interviennent sur un centre aéré, sur tous les services de la ville et qui sont en contact avec une difficulté particulière sur le handicap. Eux peuvent permettre d'aider à prendre du recul, à trouver justement des liens. Donc les référents handicap, il y en a quand même quelques-uns sur les collectivités d'Orléans. Et ils peuvent aussi organiser souvent quand il y a un besoin de formation notamment par exemple, ne serait-ce qu'avoir des bases sur la notion de handicap en tant que telle. »

« La question du handicap revient très souvent, à la fois le handicap reconnu, c'est-à-dire que la dernière reconnaissance MDPH, mais aussi je pense que ce qui pose le plus de problèmes, c'est lorsqu'il n'y a pas de reconnaissance, que le handicap potentiel, en tout cas existe ou existerait, mais il n'a pas été diagnostiqué, pour plein de raisons, déni peut-être des parents, une difficulté parce que c'est pas simple. Et ça, c'est à tout âge. En fait, on a beaucoup de collectivités qui nous disent qu'ils ont de plus en plus d'enfants assez jeunes qui présentent des troubles. Alors, voilà, dans les troubles on y met plein de choses, ça peut être trouble de l'attention, ça peut être trouble dyslexique ou de difficulté de comportement et que, du coup, les institutions, les collectivités se trouvent très démunies ; et que les parents aussi se trouvent très démunis. [...] En fait, plus l'enfant est plus petit, plus c'est difficile de diagnostiquer le handicap. Après, encore une fois, qu'est-ce qu'on y met dedans ? »

Naissances

Pour la période 2021-2023, l'indice conjoncturel de fécondité du territoire d'Orléans Métropole est de 1,8 enfant par femmes âgées de 15 à 49 ans (1,9 dans le Loiret, 1,8 en Centre-Val de Loire et 1,7 en France hexagonale).

Lieu de naissance

Les données extraites des certificats de santé du 8^e jour de l'enfant ne sont pas disponibles en raison d'un nombre de données manquantes trop important.

Prise en charge libérale des mères

Au 1^{er} octobre 2024, le territoire d'Orléans Métropole compte 20 sages-femmes ayant un mode d'exercice libéral, soit une densité de 23,6 professionnels pour 100 000 femmes âgées de 15 à 59 ans. Sur les territoires de référence, la densité de sages-femmes libérales pour 100 000 femmes de 15-59 ans est de 20,3 pour le département, 26,1 pour la région et 31,9 au niveau national (tous modes d'exercices confondus, les densités sont de : 200,7 pour Orléans Métropole, 127,9 pour le département, 122,8 pour la région et 128,4 pour la France hexagonale).

Suivi de la grossesse

Les données extraites des certificats de santé du 8^e jour de l'enfant ne sont pas disponibles en raison d'un nombre de données manquantes trop important.

Macrosomie fœtale

Les données extraites des certificats de santé du 8^e jour de l'enfant ne sont pas disponibles en raison d'un nombre de données manquantes trop important.

INDICE CONJONCTUREL DE FÉCONDITÉ (2021-2023)

	Nombre d'enfant par femme
Orléans Métropole	1,8
Loiret	1,9
Centre-Val de Loire	1,8
France hexagonale	1,7

Sources : Insee (RP 2019 et 2021), état civil
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

Âge moyen de la mère à l'accouchement

Les données extraites des certificats de santé du 8^e jour de l'enfant ne sont pas disponibles en raison d'un nombre de données manquantes trop important.

Au 1^{er} octobre 2024, 36 gynécologues sont implantés sur le territoire d'Orléans Métropole (quel que soit le mode d'exercice) soit une densité de 42,5 professionnels pour 100 000 habitantes. Tous modes d'exercices confondus, les densités sont de 19,8 gynécologues pour 100 000 femmes de 15 ans et plus dans le département, 17,5 en région et 21,2 au niveau national. La densité de gynécologues libéraux est de 16,5 professionnels pour 100 000 femmes de 15 ans et plus pour Orléans Métropole, 7,3 dans le Loiret, 6,6 en Centre-Val de Loire et 8,5 en France hexagonale.

Premiers jours d'allaitement

Les données extraites des certificats de santé du 8^e jour de l'enfant ne sont pas disponibles en raison d'un nombre de données manquantes trop important.

Mortalité infantile

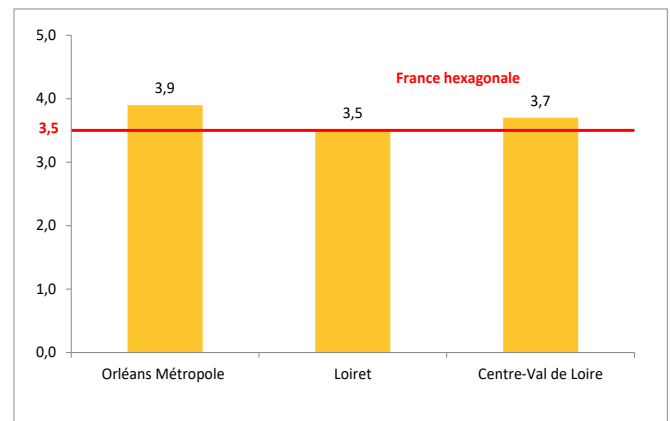
Autrefois très fréquents, les décès d'enfants de moins d'un an sont devenus rares en France principalement en raison des progrès médicaux (amélioration des techniques d'accouchement, lutte contre les maladies infectieuses par le biais de la vaccination systématique...). En 2022, la France entière se retrouve, d'après Eurostat, au 22^e rang des pays européens (sur 27) concernant la mortalité infantile.

Pour la période 2015-2023, le taux de mortalité infantile du territoire d'Orléans Métropole est de 3,9 décès annuels moyens pour 1 000 enfants nés vivants. Sur la même période, le taux de mortalité infantile du département et de la France hexagonale est de 3,5 décès pour 1 000 naissances vivantes, et celui de la région est de 3,7.

Il faut considérer deux composantes de la mortalité infantile qui sont bien distinctes de par leur signification : la mortalité néonatale (moins de 28 jours) est liée aux pathologies et incidents de la grossesse et périnataux (anomalies congénitales, souffrance fœtale, prématurité, infections materno-fœtales), alors que la 1^{ère} cause de décès post-néonatal (28 jours à 1 an) est la mort subite du nourrisson.

Le taux de mortalité néonatale du territoire d'Orléans Métropole est proche des taux des territoires de référence : 2,3 ‰ pour Orléans Métropole, 2,2 ‰ pour le Loiret, 2,5 ‰ pour la région ainsi que 2,6 ‰ pour la France hexagonale. Le taux de mortalité post-néonatale est, quant à lui, de 1,6 ‰ au niveau du territoire étudié, 1,3 ‰ au niveau départemental, 1,2 ‰ au niveau régional et 1,0 ‰ au niveau national.

TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE 2015-2023



Sources : Insee Etat civil, Inserm CépiDC
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

Prématurité et enfants de petit poids

La prématurité est définie par un terme inférieur à 37 semaines d'aménorrhée et un nouveau-né est considéré en petit poids en-dessous de 2 500 g.

Les progrès en matière de prise en charge des prématurés ont permis de développer la pratique d'extraction précoce du fœtus présentant un risque de mort in-utero d'où l'augmentation, depuis plus de vingt ans, du nombre de naissances prématurées et de faibles poids.

Les grossesses multiples se sont également développées avec la procréation médicale assistée (PMA) ; grossesses multiples qui entraînent plus souvent prématurité et/ou petit poids.

Les données extraites des certificats de santé du 8^e jour de l'enfant ne sont pas disponibles en raison d'un nombre de données manquantes trop important.

Suivi médical post-natal des enfants

Afin de surveiller le bon développement physiologique de l'enfant après sa naissance, des bilans de santé sont réalisés à différentes périodes de sa croissance. Dans un premier temps, à l'âge de 3-4 ans, des bilans de santé sont établis par les services départementaux de protection maternelle et infantile (PMI) dans le but de dépister d'éventuels troubles de la vision, de l'audition, du langage, de la motricité, du développement staturo-pondéral et de surveiller le niveau de vaccination.

Plus tard, à l'âge de 5-6 ans, d'autres bilans de santé sont établis par le service santé de l'Inspection académique afin de détecter là-aussi des troubles physiologiques dans le développement de l'enfant.

Synthèse des échanges avec les professionnels

Comme pour l'ensemble des thématiques de santé, les professionnels relèvent des besoins au niveau de l'accès aux soins des femmes enceintes et nouvellement mères. L'amplification du maillage des structures, et notamment la communication vers et via les professionnels libéraux sont identifiés comme des sujets à développer sur le territoire de la métropole.

« À mon échelle, c'est vraiment l'accès aux soins. Mais dès le périnatal, c'est-à-dire aussi les soins de la femme enceinte, trouver un gynéco, c'est hyper compliqué. »

« On aimerait pouvoir présenter la maison des 1 000 premiers jours dans toutes les MSP, par exemple. Après, on a des rendez-vous avec la maternité. Le partenariat qu'on aimerait développer et qui est un petit peu plus difficile, c'est les écoles, pour faire du lien. [...] jusque-là, on a du mal à échanger avec l'Education nationale. On n'a pas le contact. Après, nous, on a les liens internes qui sont toutes les structures petite enfance, on va dire, les centres sociaux de la mairie d'Orléans. [...] Après, nous on aimerait par exemple pouvoir travailler aussi avec Oréliance, mais on n'a pas le bon contact pour le moment. [...] Et puis après, c'est tout ce qui est sages-femmes, corps libéraux, en fait, pour qui c'est difficile d'avoir du lien [...] on a besoin, par exemple, que les sages-femmes puissent parler de nos actions. Et ça, c'est difficile, de toucher les sages-femmes libérales. Pareil, les pédiatres, etc. qui pourraient parler des actions qui sont mises en place pour les enfants de moins de 3 ans et qui sont gratuites. Ça c'est difficile pour nous en fait, il faut presque aller à chaque porte de chaque pédiatre. »

Néanmoins, sur le territoire de la métropole, quelques actions de prévention existent déjà au sujet des thématiques pré- et périnatales, bien qu'elles soient jugées encore trop peu nombreuses malgré des besoins réels.

« Sur la maison des mille jours, c'est plutôt des actions de prévention, je dirais primaire, autour de l'alimentation, du sommeil ; les gestes qui sauvent spécial nourrisson, des ateliers femmes enceintes, des ateliers pour les futurs papas, il n'y en a pas beaucoup et ça c'est quelque chose qu'il nous semble important de développer. Parce qu'on les oublie un petit peu dans toutes ces actions. »

« Au niveau de la périnatalité, l'action repérage des vulnérabilités. L'année dernière, ils ont travaillé sur les problématiques post-accouchement. Et là, il y a deux semaines, ils ont travaillé sur le deuil parental. Donc ça, c'est des faits de société où on en parle très peu. Mais pour autant, les professionnels de santé sont démunis dans la prise en charge des parents qui perdent leur bébé avant la naissance, voire même après. »

Les professionnels citent également des actions concernant le lien parents-enfants plus largement, c'est-à-dire

au-delà de la petite enfance, tout en soulignant qu'actuellement elles restent à l'initiative des communes. Le futur CLS pourrait donc participer à rendre leur déploiement plus cohérent sur le territoire de la métropole.

« Par exemple, les semaines de la parentalité qui sont mises en avant par la CAF et qui sont sur le département. Après, il y a des actions, le forum de parentalité, etc. Mais c'est plus à échelle de chaque commune. »

« Le truc tout con, c'est à Saint-Jean-de-la-Ruelle, où ils organisent des parties de foot parents-enfants. Donc là, on est dans la prévention aussi, on est dans le lien familial. »

Dans le prolongement de cette thématique, le développement de l'enfant s'inscrit dans un environnement social qui peut également être étayé par des actions de prévention, sur des thématiques comme l'acquisition du langage, les loisirs (culture, activité physique). On remarque que les professionnels citent de ce point de vue le rôle déterminant du développement des compétences psychosociales, qui doivent permettre l'amélioration des comportements, notamment ceux liés à la santé et au vivre-ensemble, tout au long de la vie.

« Là, on met par exemple une grosse action qui a été financée en partie par la CPTS sur l'accompagnement du développement du langage pour les parents. Mes référents qui sont sur le terrain sont partis du constat qu'il y avait des grosses problématiques au niveau de l'acquisition du langage, avec tout ce que ça peut comporter après au niveau des comportements psychosociaux inadaptés à l'école, etc. même dans la famille. Et donc, on a mis en place un atelier de trois séances d'une heure et demie qui ont lieu une fois tous les 15 jours et qui sont montées et encadrées par des orthophonistes. »

« Je trouve que les associations sportives, les associations en général, sont délaissées des politiques publiques. Alors qu'elles sont un vrai levier de développement des compétences psychosociales. Et je trouverais même intéressant que les publics les plus vulnérables aient des chèques associatifs, pour inscrire leurs enfants au club de foot ou – pour participer à la vie associative. »

Dans le prolongement de ces considérations, un sujet récurrent qui concerne les jeunes est leur consommation d'écrans et de réseaux sociaux, pour lequel des actions sont déjà mises en place. Du point de vue des structures spécialisées dans la prévention des addictions, en faire un enjeu sanitaire à proprement parler interroge sur la posture adoptée par les parents en matière d'éducation.

« On est de plus en plus sollicités sur la problématique des écrans aujourd'hui, sauf que nos services sont un petit peu embolisés par ces questions-là. Nous on peut accompa-

gner sur la question des addictions aux jeux de hasard et d'argent, jeux vidéo, mais c'est vrai qu'aujourd'hui on a de plus en plus de demandes des fois de parents, d'enfants ou de pré-ados sur la question de tout écran, téléphone, etc. et quid de la part de l'éducatif, de la question vraiment de l'accès aux soins ou pas. Donc c'est vrai qu'on a beaucoup de demandes parce qu'on manque d'acteurs aussi sur le territoire, pour accompagner les personnes sur ces questions-là. [...] soit des parents, soit des professionnels qui s'inquiètent, et parfois à juste titre, parce qu'il y a une surconsommation des écrans, téléphone ou même réseaux sociaux, etc. Et que ça vient avoir un impact sur la scolarité et tout ça. Sauf que nous, on ne peut pas prendre en soin toutes ces situations-là et parfois en réajustant le cadre éducatif, ça vient réguler aussi les consommations d'écran. »

Si les compétences psychosociales pourraient favoriser le recours aux soins par des personnes plus à même de reconnaître leurs besoins en santé, un des problèmes identifiés par les professionnels est, à l'opposé, l'isolement social de certains jeunes et de certaines familles. Aussi, un enjeu particulièrement discuté à travers les entretiens est la nécessité de pratiquer l'aller-vers.

« Un axe qui pourrait être intéressant à réfléchir ça pourrait être l'aller-vers même si on est sur l'agglomération parce qu'en fait on a une représentation qui dit que les jeunes qui habitent dans l'agglomération, ils peuvent se déplacer facilement. Mais en fait, potentiellement, il y en a beaucoup d'autres qui auraient besoin aussi, et qui soit ne savent pas, soit n'osent pas pousser la porte, ou bien, tout simplement, ont vraiment du mal à se déplacer. Un jeune de Fleury, il ne va peut-être pas venir à Orléans, en fait. [...] Nous, on rencontre de plus en plus de jeunes qui sont recroquevillés et avec une forme de retrait social. Comment on peut faire pour permettre l'accès aux soins à tous ceux qui ont du mal à envisager le déplacement même au sein de l'agglomération ? »

« De petits enjeux de mon point de vue, c'est plutôt peut-être l'isolement de certaines familles dans la parentalité ; où du coup, les familles se retrouvent seules, beaucoup de familles qui sont parfois issues de l'immigration, qui se retrouvent ici sans famille, sans soutien et du coup qui sont très isolées. Et du coup, c'est peut-être ces enjeux-là aussi de prévention pour aller chercher les familles. Nous, notre point de vue, c'est peut-être aussi aller chercher les familles des quartiers. »

Manifestement, le choix des modalités les plus adaptées pour aller à la rencontre des populations éloignées de la santé font l'objet de réflexions diverses, et pas toujours concordantes entre les différents acteurs impliqués sur le territoire, si l'on en croit les entretiens.

« En fait, le vrai lieu où on peut rencontrer les jeunes, c'est soit dans leur établissement scolaire, soit dans leur chambre. Or, le contrat de ville, la préfecture, elle pense qu'il faut qu'on aille faire des maraudes et qu'on aille en bas des immeubles. Il n'y a pas de jeunes en bas des

immeubles, il n'y a plus de jeunes en bas des immeubles. Ça, c'est une représentation des adultes, mais il n'y en a pas. Et pour rencontrer leurs parents, c'est pareil. C'est soit on va sur des temps qui sont organisés avec l'établissement scolaire du jeune ou son établissement de formation, si c'est autre chose. Soit on va chez les gens, mais en fait, il n'y a pas d'entre-deux aujourd'hui. Et donc, moi, là, je suis assez critique parce que forcément, en fait, on est plein à avoir perdu les financements. Mais parce que ce qu'on nous demande n'a aucun intérêt. Donc là, par exemple, le dernier truc qui va se rapprocher de la santé mentale, c'est que les préfets ont tous eu comme instruction de mettre en place des maisons de l'enfant et de la réussite éducative, je crois. [...] Il suffirait qu'on ait une antenne [de la Maison des adolescents] dans le quartier prioritaire qu'on serait aidés à financer. »

Dans le même ordre d'idées, des professionnels observent que les actions existantes sont souvent très localisées, et que les conditions ne sont pas réunies pour les déployer plus largement. La mutualisation des moyens pour améliorer la visibilité et la mise en œuvre de ces actions pourrait donc être un enjeu du travail partenarial du CLS.

« La fiche action sur l'interaction parent-enfant aux Chaises. Donc, c'est des ateliers où il y a un atelier sur comment apprendre à lire une histoire, que faire à la place de l'écran, comment stimuler son enfant, etc. Il y a une orthophoniste et une psychologue qui animent ces ateliers parce qu'elles exercent au sein de la MSP des Chaises. Ces actions-là, on ne pourrait pas les faire à la Chapelle. Parce qu'on n'a ni psy ni orthophoniste. Après, ça n'empêche pas que des patients hors MSP concernés viennent aux ateliers, mais en tout cas, ça reste local. »

« Nous, ce qu'on nous demande beaucoup, c'est par exemple de mettre en place ces actions, mais le premier jour, à La Source, de délocaliser. Et en fait, pour le moment, on nous demande de localiser au sein des Blossières, mais on a beaucoup de demandes à La Source parce que, par exemple, c'est un territoire éloigné. Donc, peut-être que c'est aussi réfléchir à des points géographiques stratégiques pour permettre aux familles d'accéder à ces différents services. »

Ainsi, la question des moyens à disposition des actions reste déterminante : au-delà des limites évoquées ci-dessus, plusieurs professionnels imaginent des solutions permettant une intervention itinérante en soins ou prévention, qui impliquerait la mise à disposition d'un véhicule dédié.

« Dans le rêve, il faudrait aménager – je ne sais pas si vous avez déjà vu – c'est des camions qui se déploient en salles d'atelier. Et qui passent de commune en commune. Je me dis, dans le rêve, ce serait d'avoir quelque chose qui soit bien identifié et qui passe partout. »

« Après, si, par exemple, il y a un bus avec de quoi faire des

mammographies à l'intérieur qui veut venir sur le parking de la maison de santé, on sera d'accord. Vous voyez, c'est aussi ça, c'est vraiment une question de ressources. »

Un dernier aspect de la coordination des acteurs en santé de l'enfant et de la famille qui ressort des entretiens est l'existence de difficultés de communication qui attestent du caractère perfectible du maillage sur la métropole d'Orléans. Un autre passage de l'entretien cité ci-dessous évoque un référencement erroné de la structure sur le site internet de la ville d'Orléans, qui ne semble plus être d'actualité.

« On a du mal à communiquer entre différents secteurs. C'est-à-dire que nous, on est vraiment sur la petite enfance et on a du mal à décroiser vers d'autres secteurs. Et je dirais que quand on fait des réunions avec du personnel, par exemple, médical, de santé, etc. on ne parle pas le même langage non plus. Donc il y a des codes de langage qui ne sont pas communs. Par exemple, ils utilisent des termes médicaux qu'on ne connaît pas. Et nous, à l'inverse, on utilise des sigles qu'ils ne connaissent pas. Et ça, des fois, c'est un peu un frein pour échanger. Nous, on a été confrontés aussi à du personnel, par exemple, médical, qui ferme la porte parce qu'on n'est pas du domaine médical, donc on n'a pas forcément notre place dans la prévention. Donc je dirais que les freins, c'est plutôt peut-être ces sectorisations. »

Mortalité par suicide

Le suicide constitue un réel problème de santé publique tant par les pertes en vies humaines qu'il provoque que par les problèmes psychologiques et sociaux dont il témoigne.

Lors de la période 2014-2022, 409 personnes sont décédées, en moyenne, chaque année, d'un suicide en région Centre-Val de Loire, soit 1,5 % de l'ensemble des décès de la région. Les études sur le sujet s'accordent à dire que ce nombre est sous-estimé et reste un sujet tabou. Le suicide est une priorité définie dans le cadre du programme régional de santé de l'ARS du Centre-Val de Loire et la santé mentale en 2025 sera la grande cause nationale.

À l'échelle d'Orléans Métropole, 29 décès par suicide sont recensés par an, en moyenne, au cours de la période 2014-2022 (soit 1,4 % des décès). À structure d'âge comparable, le territoire présente une mortalité par suicide de 10,8 décès pour 100 000 habitants, soit un taux significativement plus bas que ceux du département (13,8), de la région (15,3) et de la France hexagonale (13,4).

Chez les femmes du territoire d'Orléans Métropole, ce taux est de 6,2 décès par suicide pour 100 000 habitantes, ce qui n'est pas significativement différent des taux des territoires de référence (6,1 pour le Loiret, 6,4 pour le Centre-Val de Loire et 6,2 en France hexagonale).

Admissions en affection de longue durée pour affections psychiatriques

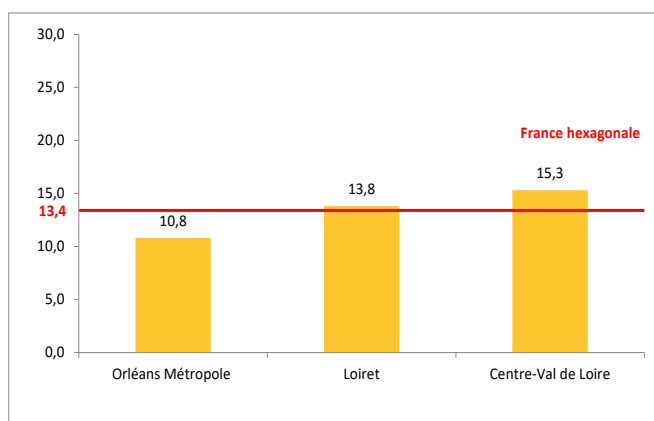
Au total, en 2023, sur le territoire d'Orléans Métropole, 6 881 habitants bénéficient d'une prise en charge ALD pour affections psychiatriques (14 162 sur le département, 57 142 sur la région et 1 671 854 en France hexagonale).

En matière d'incidence, le territoire compte, en moyenne, 479 nouvelles ALD pour affections psychiatriques par an sur la période 2018-2023 (221 pour les hommes et 258 pour les femmes). Ceci représente 7,9 % de l'ensemble des nouvelles admissions en ALD (7,0 % dans le Loiret et en Centre-Val de Loire et 8,6 % en France hexagonale). Elles constituent un des principaux motifs d'admission en ALD, derrière les pathologies cardiovasculaires, les tumeurs malignes et le diabète tous types confondus.

Après standardisation de la population par tranche d'âge, le taux d'admissions en ALD pour affections psychiatriques est de 171,3 pour 100 000 habitants du territoire étudié soit un taux comparable à celui de la région (174,1) mais significativement inférieur au taux national (200,0) et significativement supérieur au taux du Loiret (162,7).

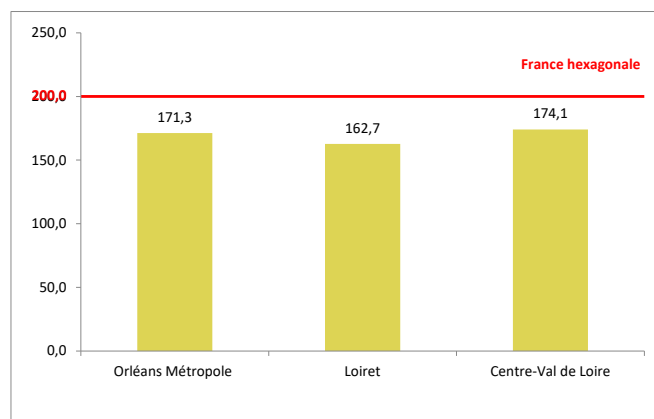
Concernant les hommes, ce taux est de 17,0 décès par suicide pour 100 000 habitants ce qui est significativement inférieur aux taux des territoires de référence (23,2 pour le Loiret, 26,1 en Centre-Val de Loire et 22,2 en France hexagonale). Sur le territoire étudié, les décès par suicide surviennent majoritairement après 45 ans (34,6 % entre 45 et 64 ans et 34,6 % également après 65 ans). Les personnes de moins de 35 ans représentent 15,2 % des suicides et les 35-44 ans représentent 15,6 %.

TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ PAR SUICIDE EN 2014-2022



Sources : Inserm CépiDc, Insee
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

TAUX COMPARATIF D'ADMISSIONS EN ALD POUR AFFECTIONS PSYCHIATRIQUES (2018-2023)



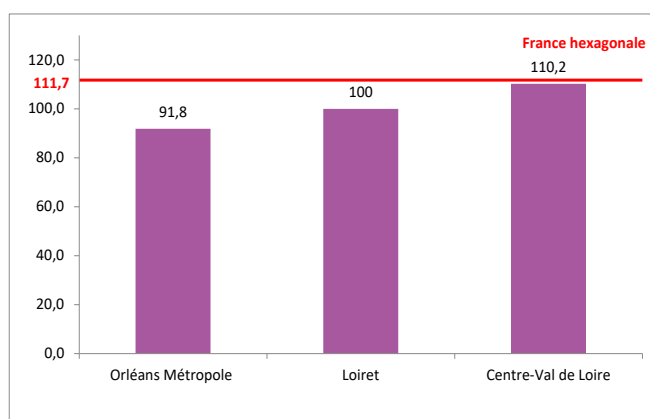
Sources : CNAMTS, CCMSA, RSI, Insee
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire
Taux pour 100 000 habitants

Patients hospitalisés pour tentative de suicide certaine

En Centre-Val de Loire, au cours de la période 2021-2023, 2 787 patients ont été hospitalisés pour tentative de suicide certaine, en moyenne, par an. Le Loiret compte, en moyenne, 680 patients par an et le territoire d'Orléans Métropole en dénombre 274.

Le taux standardisé du territoire est de 91,8 patients hospitalisés pour tentative de suicide certaine pour 100 000 habitants, soit un taux significativement inférieur à ceux observés dans le Loiret (100,0 pour 100 000 habitants), en Centre-Val de Loire (110,2 pour 100 000 habitants) et en France hexagonale (111,7 pour 100 000 habitants).

TAUX COMPARATIF DE PATIENTS HOSPITALISÉS POUR TENTATIVE DE SUICIDE CERTAINE (2021-2023)



Sources : Inserm CépiDC, Insee
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire
Taux pour 100 000 habitants

Prise en charge de la santé mentale et offre de soins en psychiatrie

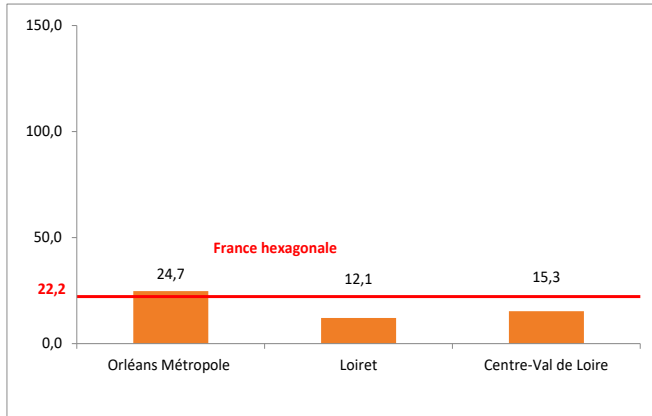
Depuis les années 60, la politique de santé mentale a profondément évolué. L'évolution de la psychiatrie hospitalière a été marquée par une diminution de la capacité d'accueil et un développement des traitements ambulatoires et de l'hospitalisation partielle. Aujourd'hui, l'offre de soins spécialisés en santé mentale repose sur un dispositif diversifié tant au niveau des établissements publics et privés que des professionnels.

La région Centre-Val de Loire, à l'instar de nombreuses autres régions, présente un déficit important concernant l'offre de soins libérale psychiatrique. Au 1^{er} octobre 2024, la densité de la région en matière de psychiatres libéraux est de 4,4 professionnels pour 100 000 habitants. En comparaison, celle de la France hexagonale est de 6,9 professionnels libéraux pour 100 000 habitants, de 2,9 pour 100 000 habitants dans le Loiret et de 6,5 psychiatres libéraux pour 100 000 habitants sur le territoire d'Orléans Métropole (soit 19 praticiens).

En revanche, la densité de psychiatres tous modes d'exercices confondus (libéral/salarié/mixte) est de 24,7 pour 100 000 habitants du territoire (12,1 pour le Loiret, 15,3 pour le Centre-Val de Loire et 22,2 pour la France hexagonale), soit 72 psychiatres sur tout le territoire d'Orléans Métropole.

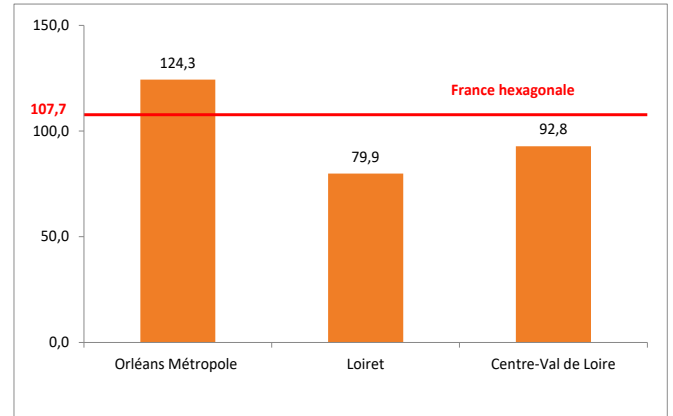
Au 1^{er} octobre 2024, 92 psychologues libéraux sont installés au sein d'Orléans Métropole, soit une densité de 31,5 professionnels pour 100 000 habitants. Cette densité est supérieure à celles observées dans le Loiret (20 praticiens pour 100 000 habitants) et en région Centre-Val de Loire (26,7) mais est inférieure à celle observée à l'échelle nationale (37,7 psychologues pour 100 000 habitants). À l'offre libérale s'ajoutent les professionnels ayant des activités mixtes ou salariées, ce qui engendre une densité totale de 124,3 psychologues pour 100 000 habitants du territoire d'Orléans Métropole (79,9 dans le Loiret, 92,8 en Centre-Val de Loire et 107,7 en France hexagonale).

DENSITÉ DES PSYCHIATRES (LIBÉRAUX, SALARIÉS, MIXTES) AU 1^{ER} OCTOBRE 2024



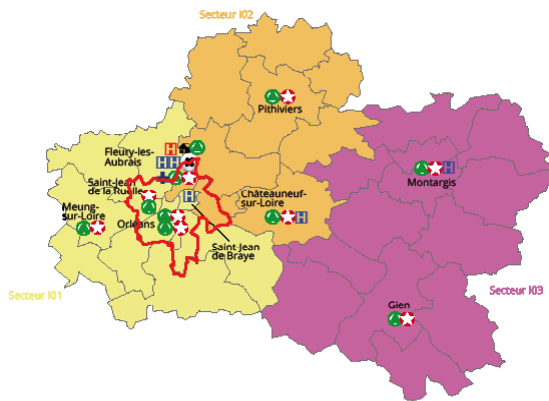
Sources : RPPS 2024, Insee RP 2021
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

DENSITÉ DES PSYCHOLOGUES LIBÉRAUX AU 1^{ER} OCTOBRE 2024



Sources : RPPS 2024, Insee RP 2021
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

OFFRE HOSPITALIÈRE PSYCHIATRIQUE POUR ENFANTS

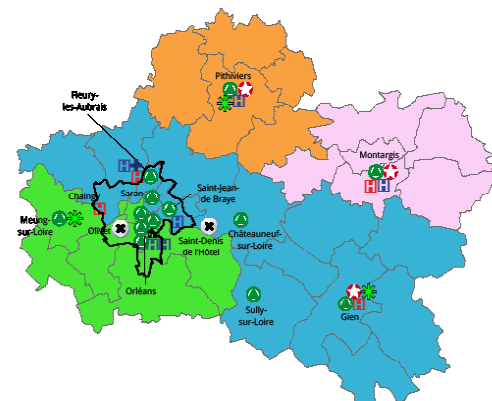


Offre de soins en psychiatrie infanto-juvénile :

- Hôpital de jour
- Centre médico-psychologique
- Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
- Centre d'accueil et de crise
- Accueil familial thérapeutique
- Unité hospitalisation temps complet adolescents
- Equipe mobile d'intervention et de crise pour enfant et adolescent

Sources : EPSM Georges Daumézou, CH de l'agglomération montargoise
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

OFFRE HOSPITALIÈRE PSYCHIATRIQUE POUR ADULTES



Offre de soins en psychiatrie générale :

- Hôpital de jour
- Centre médico-psychologique
- Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
- Urgences psychiatriques
- Centre de soins gérontopsychiatriques
- Unité hospitalisation temps complet
- Equipe mobile psychiatrie précairté
- Equipe mobile géronto-psychiatrie

Sources : EPSM Georges Daumézou, CH de l'agglomération montargoise
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

Synthèse des échanges avec les professionnels

Comme nous l'avons expliqué plus haut, la santé mentale est une thématique de santé largement citée au sein des entretiens réalisés. Le fait de préciser des sous-thèmes, des questions spécifiques en son sein est toutefois moins fréquent. Outre la médiatisation accrue des sujets relatifs à la santé mentale depuis la crise sanitaire, on peut relier les préoccupations des acteurs interrogés à une certaine conscience des contraintes pesant sur la démographie des professionnels de la santé mentale sur le territoire de la métropole. Seul un entretien précise des besoins spécifiques en la matière : la prise en compte des personnes sans droits ouverts par une PASS psy.

« Nous [AMARA], on a déjà un tel gros souci avec la psychiatrie, d'essayer de mieux fonctionner avec la psychiatrie que comme ça ne va pas rentrer dans le CLS, enfin pas directement. Peut-être qu'on aurait un truc à penser mieux avec la CPTS et les maisons de santé de notre côté, qui serait plus santé directe. »

« On n'a pas créé encore de permanence d'accès aux soins psy. Il y a une PASS sur le CHU pour tout ce qui est les maladies chroniques, mais il n'y a pas de PASS psy. Ça, c'est déjà sur notre territoire quelque chose qui manque. »

Un autre constat pouvant expliquer le caractère restreint des propos tenus sur la santé mentale dans le territoire du futur CLS est une mauvaise communication de la part du dispositif local existant, le CLSM, ou du moins une mauvaise réception, puisque son action, voire son existence comme dans les verbatims suivants, semblent imparfaitement identifiés.

« La ressource psychiatrique est quand même fragile sur la métropole. On a beaucoup perdu au niveau des équipes mobiles de gérontopsychiatrie. La réponse n'est pas complètement opérationnelle, on va dire. Je pense que la psychiatrie souffre. Le CLSM, c'était une très bonne structure. Et c'est dommage, ça n'existe plus aujourd'hui. Il n'y a plus de conseil local de santé mentale. »

« C'est vrai que le CLSM, c'est pareil, avait disparu ces dernières années, donc reprend place, c'est bien que ça se passe parallèlement CLSM-CLS en même temps parce qu'effectivement ça va permettre de poser les choses tout de suite, et de pouvoir faire la différence entre les deux et pas forcément cumuler la même chose partout. »

Il faut en effet ajouter que la question du découpage des actions entre les deux dispositifs, CLS et CLSM, reste ouverte – et interrogée d'autant plus que le CLSM actuel ne concerne que dix communes de la métropole, contrairement au CLS qui rassemblera l'ensemble des 22 communes.

Un autre besoin identifié concerne la prise en compte des patients en situation d'addiction, qui font l'objet de refus

de prise en charge par les professionnels qu'ils contactent du fait de leurs consommations de substances. Ce constat appelle la recherche de solutions innovantes pour prendre en charge ce public, ce qui requiert un travail commun des professionnels du somatique et de la psychiatrie. Similairement, il est rapporté les difficultés des personnes transgenres à être prises en charge dans certains CMP.

« Systématiquement, les usagers qu'on peut orienter présentant des conditions addictives et en situation de précarité sont refoulés des urgences psychiatriques, sont renvoyés vers le somatique, qui le somatique les renvoie vers le psychiatrique et que au final, il ne se passe jamais rien. [...] ce qu'on aperçoit, c'est une perte de chance pour cette population, juste pour des faits de discrimination au final. Il faut quand même poser le mot qui doit être posé. Alors oui, c'est pas les gens des fois les plus simples, ce ne sont pas les plus compliants. Pour autant, les besoins restent les mêmes pour tout un chacun. Et pour le coup, déjà la pénurie de médecins psychiatres rend compliqué l'accès à l'offre de santé mentale. Bon, alors, après, l'hôpital Georges Daumézon s'adapte aussi comme tout un chacun. Mais il y a un vrai sujet de coopération entre le sanitaire somatique et le sanitaire psychiatrique. Et puis pareil, encore une fois, les établissements médico-sociaux ont tout à fait leur rôle à jouer là-dessus. Et d'une, c'est ce qu'on fait, on essaye d'adapter nos offres de services parce qu'il y a ce besoin qui est nouveau. [...] Et il y a des choses toutes bêtes qui n'exigent pas en plus des financements monumentaux, des lieux de répit par exemple. Ça existe, ça ne demande pas des financements colossaux. Et puis in fine, ça fait forcément des économies. Parce que quand on évite le recours aux urgences, c'est forcément rentable d'une manière ou d'une autre. »

« Avec certains CMP, ça se passe très bien, avec d'autres, ça se passe très mal ; où on a des refus de prise en charge de personnes trans, parce que « la transidentité, ça n'existe pas, monsieur ». On a des choses comme ça. Donc on aimerait que Daumézon prenne un peu plus la main là-dessus sur le pilotage des CMP. »

Une perspective, mentionnée dans les entretiens comme concernant notamment les jeunes, est la prise en compte de la qualité de vie : en favorisant le lien social, le développement du mal-être, voire de certains troubles peut être prévenu. Cela rejoint le plaidoyer pour l'enseignement des compétences psychosociales que nous avons rapporté au chapitre « Santé de l'enfant et de la famille » – notamment, le manque de vivre-ensemble mentionné dans le premier verbatim est directement relié par le professionnel à la question du décrochage scolaire.

« Le sujet majeur, c'est... le vivre ensemble qui n'existe plus et qui crée des troubles. Si on écarte le fait que les gens n'ont plus accès à du soin somatique... en fait là, nous,

on observe un repli des gens qui n'arrivent plus à sortir. Des gamins qui ne sortent pas parce que les parents ont la trouille que leurs enfants sortent, mais en fait les parents eux-mêmes ne parlent plus à leurs voisins, et ne sortent plus et font du télétravail au maximum. Beaucoup de retrait social globalement. Et du coup, il n'y a plus d'activités sportives, il n'y a plus d'activités culturelles, il n'y a pas de fêtes de voisinage. Il n'y a pas de jeux de société ou d'activités partagées en famille, etc. Ça s'appauvrit. Donc si on est vraiment sur de la prév santé, je suis désolée, c'est plutôt santé mentale moi que je vais penser. C'est comment on fait en sorte d'organiser des temps de vivre ensemble, d'inciter les gens à reparler à leurs voisins, à arrêter d'avoir peur de sortir, à ne plus géolocaliser leurs enfants, à leur faire confiance pour qu'ils sortent, eux-mêmes à sortir, revoir du monde. »

« Mais cette question des compétences psychosociales, que ce soit par rapport à la prévention du harcèlement, à la prévention même tout ce qui est vie relationnelle, affective et sexuelle, prévention des addictions, etc. C'est le levier qui fonctionne. La question de savoir se positionner dans un groupe, savoir identifier, exprimer ses émotions.

- prendre des décisions, résoudre des problèmes, faire face

- ...savoir dire non, savoir faire des choix éclairés, développer son esprit critique, qu'on parle d'un joint, qu'on parle d'un site porno, qu'on parle d'une relation sexuelle ou de se moquer de quelqu'un, finalement, si j'ai ces compétences-là, je saurais faire des choix éclairés et qui sont bons pour moi et bons pour les autres. »

Certains entretiens mentionnent des besoins de prévention spécifiques, pour la prise en compte desquels l'implication de plusieurs acteurs et professionnels de santé est requise afin de sensibiliser ceux qui ne sont pas spécialistes de ces questions et ainsi d'améliorer les prises en charge, comme en ce qui concerne la prescription de traitements psychiatriques ou le suicide.

« La santé mentale, autant des jeunes que des adultes, c'est un problème important aussi. Les professionnels cette année ont voulu travailler sur la sensibilisation à l'utilisation des benzodiazépines et des hypnotiques. Parce que justement, ils se sont rendu compte qu'au niveau de leur patientèle, c'était presque courant et banal d'être sous benzodiazépines alors qu'il y a d'autres alternatives pour faire face à un état d'angoisse, de stress ou autre chose. Ça on pourrait l'ajouter aussi. »

« La prévention sur le suicide quand même est en train de se développer. Bon on a beaucoup à l'EPSM d'hospitalisations dans le cas d'idées suicidaires ou de passages à l'acte suicidaire ; du coup effectivement il y a quand même un diagnostic sur le territoire qui fait que certainement il y a un maillage, en amont, qui peut aussi se faire pour permettre à des personnes d'éviter d'être hospitalisées. [...] mais aussi je fais face beaucoup souvent à des professionnels de santé en

libéral qui me disent qu'ils ne savent pas toujours comment faire et vers qui orienter des personnes ayant des idées suicidaires en fait, comment l'évaluer, est-ce que ça relève d'une hospitalisation d'un accompagnement CMP ? »

Ces initiatives sont considérées importantes car suivies d'effets lorsqu'elles sont aptes à déstigmatiser des questions de santé mentale souvent associées à des représentations négatives dans la population générale. Le second verbatim mentionne ainsi un faible engouement pour de telles actions de prévention sur le territoire de la métropole, qui peut être en partie – c'est-à-dire au-delà de la question du choix des meilleures modalités de communication et des limites du maillage existant – relié à ces appréhensions.

« Sur la prévention autour de la santé mentale, on sait que déjà en parler plus, on permet effectivement de lutter contre la stigmatisation et de lever certains freins. Faire cette première consultation, ou en tout cas en parler à un professionnel de santé, du coup chaque information, chaque action, elle a un effet immédiat. Tout pareil pour la violence, pour la prévention des violences en fait, de diffuser les numéros, le 3919 ou le 119 ou autre. On sait que faire une action dans ce sens-là, vous êtes sûrs qu'il y a forcément une victime dans la salle qui viendra vous voir et vous demander de l'aide à la fin et de savoir vers qui on peut l'orienter. C'est un effet immédiat sur la population qui peut être quantifiable parce que dans les différents services, on va avoir une augmentation des files actives. »

« Nous, ce qu'on a mis en place, c'est les formations premiers secours en santé mentale. On voit bien que quand il n'y a pas de relais aussi du CLS, c'est plus compliqué. [...] Sur d'autres territoires, j'ai le coordinateur de CLS qui me dit « Tu peux t'adresser à telle association, moi je fais un relais. Et puis ensuite, je prends contact avec telle association et on arrive à construire quelque chose pour leur public. » Là, sur la métropole, c'est moi qui appelle : « Oui, on se connaît un peu ou on ne se connaît pas », mais voilà ce que je fais. Je propose une formation gratuite et tout. Et du coup, ça... Pour l'instant, ça n'aboutit pas. Les formations, je les ai annulées parce qu'il n'y avait pas d'inscrits ou un ou deux inscrits, quoi. Donc pour toucher les publics les plus vulnérables, je pense qu'il faut des relais auprès d'associations. Et ça, si ça peut être appuyé par un CLS, c'est quand même beaucoup plus intéressant et beaucoup plus efficace. Et puis on le construit ensemble du coup. On a une thématique, on se réunit tous, on discute et sur la mise en place, après ça roule. Quand c'est moi qui contacte individuellement... ça perd en efficacité. »

Un biais qui pourrait permettre de mieux mobiliser le public serait d'intégrer des usagers à la conception et à la mise en œuvre des actions sur la santé mentale, ce qui est déjà pratique et/ou envisagé par certains acteurs, bien qu'ils reconnaissent que cela soit relativement difficile à organiser.

« Par rapport au CLSM, ça se met tout juste en place aussi, le choix a été attiré sur les groupes d'entraide mutuelle, qui sont des associations avec des adhérents. Le principe c'est que les habitants individuellement, les personnes concernées individuellement, c'est difficile de les mobiliser, mais en passant par des associations, des groupements, des collectifs existants, ça peut être un moyen de faire venir quoi. Après, ça veut dire aussi beaucoup de communication, beaucoup d'explications pour qu'elles en comprennent le sens, qu'elles osent venir, qu'elles osent demander leur avis. Ça ne va pas être simple. »

« Moi je suis sur la santé mentale. On a les acteurs, bien sûr, toutes les assos des proches aidants qui existent. Mais, dans les groupes de travail, on a peu d'usagers, de personnes concernées par un trouble. Et je trouve qu'il faudrait vraiment qu'on aille vers aussi cette population. Si on fait des actions vers les jeunes, ce serait bien d'avoir des jeunes qui donnent leur avis aussi sur ce qui peut être proposé à leur tranche d'âge, par exemple. Pour aller les chercher, il faut soit des associations de jeunes sur le territoire, la Maison des Ados par exemple, ou d'autres structures associatives, la Maison des Jeunes, je ne sais pas ce qu'il y a sur le territoire orléanais, je ne le connais pas bien. Là, on peut aller chercher, un peu comme dans le conseil municipal des jeunes, vraiment chercher dans la population générale les gens qui seraient concernés par les actions qu'on voudrait mettre en place, ou par les actions qu'il serait nécessaire de mettre en place dans le cadre du CLS. »

Mortalité par cancers

Sur la période 2014-2022, le cancer est la première cause de décès aux échelles nationale (26,4 % des décès), régionale (26,6 %) et départementale (26,8 %) ainsi qu'à l'échelle du territoire d'Orléans Métropole (27,8 %), ce qui représente à l'échelle du territoire étudié 589 décès par an. À structure d'âge égal, le nombre de décès par cancer sur le territoire d'Orléans Métropole, tous sexes confondus, est de 230,6 pour 100 000 habitants, soit un taux significativement inférieur aux taux des territoires de référence : 249,5 pour 100 000 habitants pour le Loiret, 255,0 en Centre-Val de Loire et 246,3 en France hexagonale.

Chez les femmes du territoire, le TCM est de 170,8 décès pour 100 000 habitants, soit un taux significativement inférieur à ceux observés dans le département (183,7), la région (188,2) et la France hexagonale (184,4). Concernant les hommes, le taux est de 320,1 décès pour 100 000 habitants, ce qui est également inférieur aux taux départemental (341,8), régional (347,9) et national (336,1).

Le cancer du poumon est la première cause de décès par cancer sur le territoire avec une moyenne de 107 décès par an, représentant 18,2 % des décès par tumeurs malignes et 5,1 % du total des décès du territoire. Le TCM est de 41,7 décès pour 100 000 habitants, ce qui est statistiquement inférieur aux taux observés dans les territoires de référence (45,3 dans le Loiret, 47,6 en Centre-Val de Loire et 47,7 en France hexagonale).

Le cancer de l'intestin est la seconde cause de décès par cancer du territoire, avec une moyenne de 64 décès par an sur la période 2014-2022, ce qui représente 10,8 % des décès par cancer et 3,0 % de l'ensemble des décès d'Orléans Métropole. Le taux standardisé de mortalité est de 25,1 décès pour 100 000 habitants du territoire, soit un taux significativement inférieur à ceux des territoires de références, soit 27,4 décès pour 100 000 habitants pour le Loiret, 29,0 pour la région et 27,5 pour l'Hexagone.

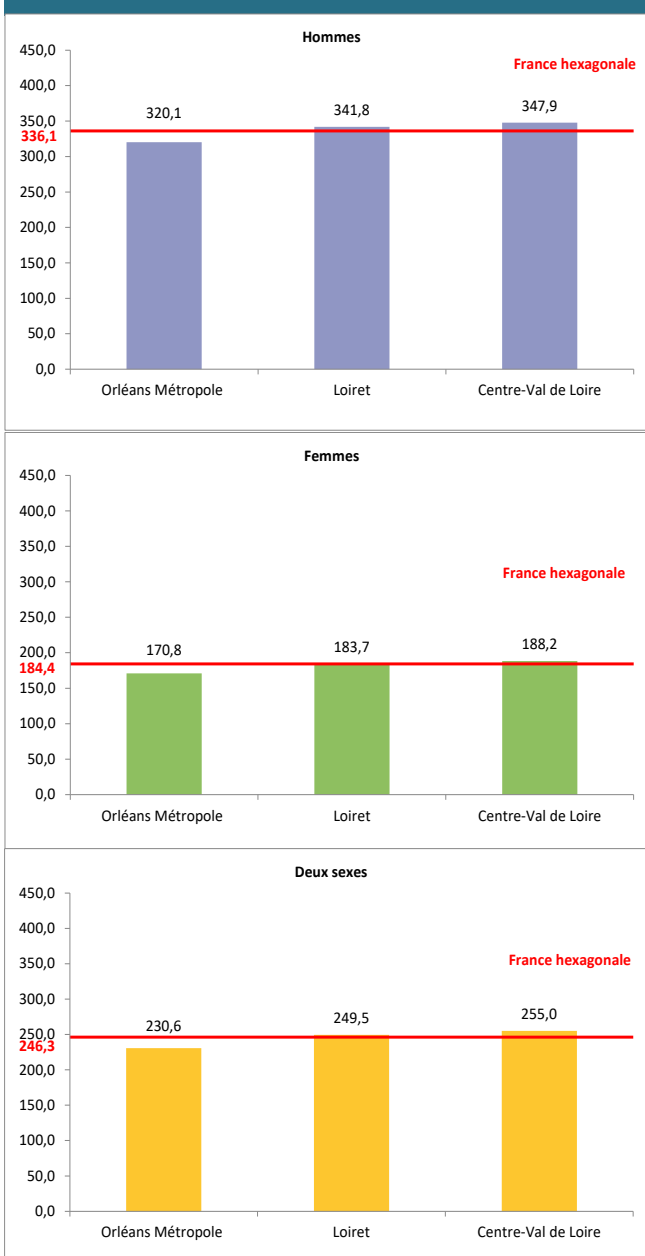
Les tumeurs colorectales concernent, en moyenne, 61 décès par an entre 2014 et 2022, soit 10,3 % des décès par cancer et 2,9 % des décès totaux du territoire d'Orléans Métropole. Après standardisation par âge, cela représente 24 décès pour 100 000 habitants, soit un taux significativement inférieur à ceux observés dans le Loiret (26,4), en Centre-Val de Loire (28,0) et en France hexagonale (26,4).

Le cancer du sein représente la première cause de mortalité par cancer chez les femmes du territoire, juste avant les cancers du poumon. Leur part équivaut à 4,0 % des décès totaux féminins et 16,6 % des décès par cancer chez la femme. À structure d'âge égal, le taux comparatif de mortalité est de 16,4 décès pour 100 000 femmes, soit un taux significativement inférieur aux taux départemental (18,7), régional (20,0) et national (19,4).

Les néoplasies prostatiques, rapportées à la population de référence, correspondent à 12,7 décès pour 100 000 hommes, ce qui est comparable aux taux observés dans le Loiret (14,0) et en France hexagonale (13,6) mais significativement inférieur au taux régional (15,9).

Concernant la mortalité prématurée par cancers, le taux sur le territoire (68,2 décès pour 100 000 habitants de moins de 65 ans) est significativement inférieur aux taux du Loiret (72,3), du Centre-Val de Loire (76,9) et de la France hexagonale (72,5).

TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ PAR CANCERS (2014-2022)



Sources : Inserm CépiDC, Insee
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

Référence France hexagonale (RP 2018)
Taux pour 100 000 habitants

Admissions en affection de longue durée (ALD)

Entre 2018 et 2023, 15 097 nouvelles admissions en ALD, par an, pour tumeurs malignes ont, en moyenne, été recensées en région Centre-Val de Loire. Au total, en 2023, ce sont 103 235 résidents de la région qui ont été pris en charge au titre d'une ALD pour cancer.

Au sein d'Orléans Métropole, sont recensées, en moyenne, 1 387 admissions en ALD pour cancers, par an (687 pour les hommes et 700 pour les femmes), soit 23,0 % du total des nouvelles ALD. Au total en 2023, 9 904 personnes du territoire sont prises en charge en ALD pour un cancer.

Après standardisation sur l'âge, le taux de nouvelles admissions en ALD pour cancer tous sexes confondus est de 540,5 pour 100 000 habitants du territoire d'Orléans Métropole. Ce taux est significativement inférieur aux taux départemental (559,9), régional (559,4) et national (572,7).

Avec, en moyenne, 272 nouvelles admissions en ALD par an, le cancer du sein occupe le premier rang en termes d'admissions en ALD pour cancer chez les femmes d'Orléans Métropole. Le taux comparatif, pour ce territoire, est de 105,6 admissions pour 100 000 habitants, soit un taux comparable à ceux observés dans le Loiret (103,3) et en France hexagonale (104,9) mais significativement plus élevé qu'en Centre-Val de Loire (98,9).

Le cancer de la prostate est le principal motif d'admission en ALD pour cancer chez les hommes, avec 207 nouvelles admissions en ALD par an, en moyenne, sur la période 2018-2023. Le taux standardisé de nouvelles admissions en ALD pour cancer de la prostate sur le territoire est de 81,4 pour 100 000 hommes, taux comparable à ceux observés pour le Loiret (81,6), le Centre-Val de Loire (77,7) et la France hexagonale (79,5).

Le cancer colorectal est le troisième motif d'admission pour cancer dans le territoire d'Orléans Métropole après le cancer du sein suivi du cancer de la prostate. Il représente 124,3 nouvelles admissions en ALD en moyenne, par année, sur le territoire. Cela représente, après standardisation, un taux de 49 pour 100 000 habitants, soit un taux significativement inférieur à ceux observés aux échelles départementale (52,6), régionale (55,9) et nationale (56,2).

Le cancer pulmonaire a été responsable de 108 nouvelles admissions en ALD pour cancers en moyenne, par an, durant la période 2018-2023. Après standardisation sur l'âge, cela représente 42,4 nouvelles admissions pour 100 000 habitants, taux significativement inférieur à ceux observés dans le Loiret (47,9), en Centre-Val de Loire (48,7) et en France hexagonale (49,6).

TAUX COMPARATIF D'ADMISSIONS EN ALD POUR CANCERS (2018-2023)



Sources : CNAMTS, CCMSA, CNRSI, Insee
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire
Taux pour 100 000 habitants

Patients hospitalisés

Entre 2021 et 2023, 27 220 patients de la région ont été hospitalisés en moyenne, par an, pour une tumeur maligne. On en dénombre 7 089 au sein du département du Loiret et 2 472 sur le territoire d'Orléans Métropole. Cela représente, après standardisation par l'âge, un taux comparatif de 914,7 patients hospitalisés pour 100 000 habitants du territoire étudié, soit un taux significativement inférieur à ceux observés pour le Loiret (1 021,9 pour 100 000 habitants), la région (960,0) et la France hexagonale (1 087,5).

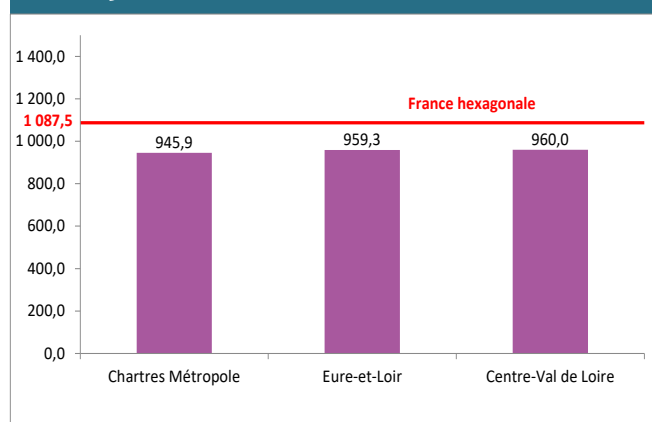
Les hospitalisations pour cancer du sein représentent 303 patientes par an sur le territoire d'Orléans Métropole. Le taux standardisé de recours à l'hospitalisation du territoire est comparable à ceux observés en région et en France hexagonale mais est significativement inférieur à celui observé dans le Loiret : 213,4 patientes hospitalisées pour 100 000 habitantes au sein d'Orléans Métropole, 236,4 dans le Loiret, 217,8 en région et 220,4 en France hexagonale.

Les hospitalisations pour cancer de la prostate représentent, en moyenne, 235 patients hospitalisés pendant la période 2021-2023 sur le territoire d'Orléans Métropole. Le taux de recours à l'hospitalisation sur le territoire étudié est de 183,5 patients pour 100 000 habitants, soit un taux significativement supérieur à celui observé en région (143,9 pour 100 000 habitants) mais demeurant comparable à ceux observés aux échelles départementale (190,0) et nationale (186,4).

Au sein d'Orléans Métropole, le cancer colorectal représente, en moyenne, 243 patients hospitalisés entre 2021 et 2023. Le taux standardisé du territoire (90,7 pour 100 000 habitants) est significativement inférieur à ceux observés dans le département (102,0), la région (102,0) et la France hexagonale (104,4).

Sur la période 2021-2023, en moyenne, 225 personnes du territoire d'Orléans Métropole ont été hospitalisées pour cancer du poumon chaque année. Le taux standardisé des habitants du territoire est de 83,7 patients pour 100 000 habitants soit un taux significativement supérieur à celui observé en région (68,6 pour 100 000 habitants) mais similaire à ceux observés dans le Loiret (80,5) et en France hexagonale (83,2).

TAUX COMPARATIF DE PATIENTS HOSPITALISÉS POUR TUMEURS MALIGNES (2021-2023)



Sources : ATIH (PMSI MCO 2021-2023), Insee (RP 2021)
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire
Taux pour 100 000 habitants
Référence France hexagonale RP 2018

Recours au dépistage organisé

Le dépistage organisé du cancer du sein est généralisé sur l'ensemble du territoire français depuis 2004. Il concerne toutes les femmes âgées de 50 à 74 ans. Tous les deux ans, elles sont invitées à effectuer une mammographie avec double lecture et examen clinique des seins, à la recherche d'éléments en faveur d'un processus tumoral.

Au cours de la période 2022-2023, le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein des femmes d'Orléans Métropole âgées de 50 à 74 ans est de 46,3 %. Ce taux est supérieur à celui observé en France hexagonale (43,9 %) mais demeure inférieur à ceux observés dans le Loiret (47,4 %) et en Centre-Val de Loire (48,9 %).

Concernant le dépistage organisé du cancer colorectal, il est également destiné aux personnes âgées de 50 à 74 ans, invitées tous les deux ans à réaliser un test de présence de sang dans les selles (test immunologique depuis le printemps 2015, test Hemoccult auparavant). Sur la période 2022-2023, 33,7 % des habitants du territoire ont participé à ce dépistage, contre 32,4 % pour le Loiret, 33,0 % en Centre-Val de Loire et 29,7 % en France hexagonale.

Le programme national de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, progressivement mis en place en 2018, a pour objectifs de réduire le nombre de cancers du col de l'utérus et la mortalité liée à ce cancer, d'améliorer l'information ainsi que la qualité de suivi ou des soins. Il garantit à chaque femme un accès égal au dépistage du cancer du col de l'utérus sur l'ensemble du territoire. Le dépistage individuel est quant à lui une initiative hors invitation du programme national, et est historiquement majoritaire en France.

Le taux de dépistage global du cancer du col de l'utérus, c'est-à-dire en prenant en compte le dépistage individuel et organisé, est de 47,4 % sur le territoire d'Orléans Métropole. Il est de 48,2 % pour le Loiret, 50,4 % pour le Centre-Val de Loire et 51,6 % pour la France hexagonale.

Plus en détail, le taux de participation au dépistage individuel du cancer du col de l'utérus est de 41,0 % pour le territoire étudié et de 7,1 % pour le dépistage organisé.

TAUX DE PARTICIPATION AU DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN ET DU CANCER COLORECTAL (2022-2023)

	Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein (%)	Taux de participation au dépistage organisé du cancer du colon (%)
Orléans Métropole	46,3	33,7
Loiret	47,4	32,4
Centre-Val de Loire	48,9	33,0
France hexagonale	43,9	29,7

Sources : SNDS - DCIR
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

TAUX DE PARTICIPATION AU DÉPISTAGE ORGANISÉ ET INDIVIDUEL DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS POUR LES 25-65 ANS (2021-2023)

	Taux de participation au dépistage du cancer du col de l'utérus (%)	Taux de participation au dépistage individuel du cancer du col de l'utérus (%)	Taux de participation au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus (%)
Orléans Métropole	47,4	41,0	7,1
Loiret	48,2	41,8	6,7
Centre-Val de Loire	50,4	42,9	7,6
France hexagonale	51,6	45,5	6,8

Sources : SNDS - DCIR
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

Mortalité par maladies cardiovasculaires

Le pourcentage de décès liés à une pathologie cardiovasculaire sur le territoire d'Orléans Métropole (22,0 %) est inférieur à ceux du Loiret (23,2 %), du Centre-Val de Loire (23,5 %) et de la France hexagonale (22,8 %). Ces pathologies représentent, en moyenne, 467 décès par an sur la période 2014-2022 sur le territoire étudié. Après standardisation des variations liées à l'âge, le taux comparatif de mortalité équivaut à 185,9 décès pour 100 000 habitants tous sexes confondus, ce qui est significativement inférieur aux taux observés sur les territoires de référence : 216,0 décès pour 100 000 habitants dans le Loiret, 218,1 en Centre-Val de Loire et 213,2 en France hexagonale.

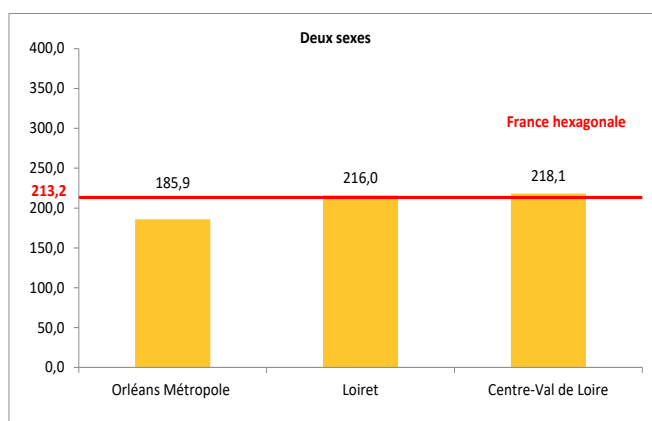
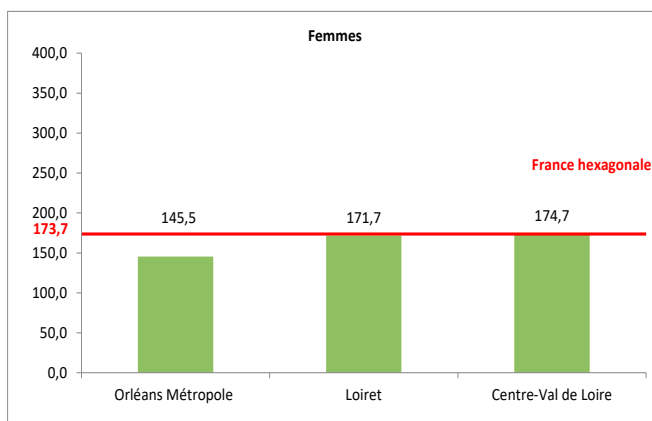
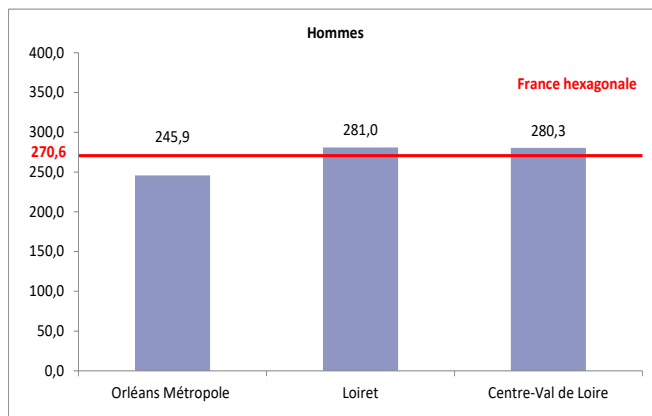
Les cardiopathies ischémiques et les maladies neurovasculaires représentent une grande partie des décès liés aux pathologies du système circulatoire (49,3 % de l'ensemble des décès par pathologie de l'appareil circulatoire pour Orléans Métropole).

Au cours de la période 2014-2022, les cardiopathies ischémiques représentent, en moyenne, 121 décès par an sur le territoire d'Orléans Métropole (76 pour les hommes et 45 pour les femmes), avec un taux comparatif de mortalité de 48 décès pour 100 000 habitants, comparable à celui de la France hexagonale (49,1) mais significativement inférieur à ceux du Loiret (55,2) et de la région (53,6).

Les maladies neurovasculaires représentent, quant à elles, en moyenne, 109 décès par an (47 hommes et 62 femmes sur le territoire). Le taux comparatif de mortalité observé sur le territoire d'Orléans Métropole est de 43,5 décès pour 100 000 habitants, taux inférieur à ceux observés aux échelles départementale (50,2), régionale (49,7) et nationale (47,6).

S'agissant de la mortalité prématurée par maladies de l'appareil circulatoire, le taux sur le territoire est de 21,5 décès pour 100 000 habitants, ce qui est similaire aux taux du Loiret (22,5), du Centre-Val de Loire (23,3) et de la France hexagonale (22,5).

TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ PAR MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE (2014-2022)



Sources : Inserm CépiDc, Insee
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire
Référence France hexagonale (RP 2018)
Taux pour 100 000 habitants

Admissions en affection de longue durée (ALD)

L'indicateur présenté ici prend en compte 5 codes de la liste des 30 ALD (1 : accident vasculaire cérébral invalidant, 3 : artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques, 5 : insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, 12 : hypertension artérielle sévère jusqu'en 2011, date de sa suppression des ALD 30, 13 : maladies coronariennes).

En 2023, 17 906 résidents du territoire d'Orléans Métropole étaient pris en charge en ALD pour maladies cardiovasculaires.

Au cours de la période 2018-2023, en moyenne, 17 546 nouvelles admissions annuelles en ALD ont été recensées en Centre-Val de Loire. Pour Orléans Métropole, ces nouvelles admissions sont de 1 680 par an, en moyenne, (955 pour les hommes et 725 pour les femmes).

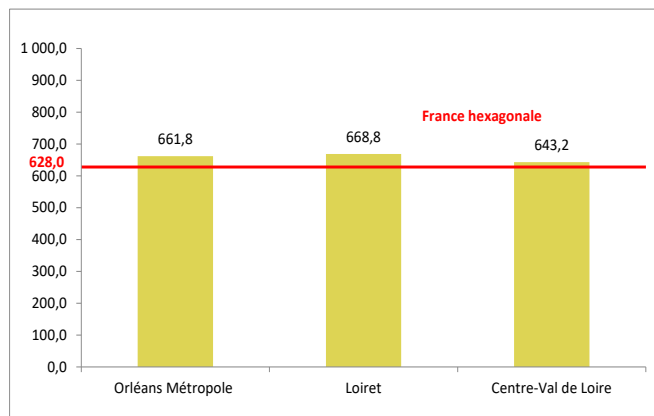
Sur le territoire, le taux standardisé des nouvelles admissions en ALD pour ces pathologies est de 661,8 pour 100 000 habitants, soit un taux comparable à celui observé dans le Loiret (668,8) mais significativement supérieur à ceux observés en région (643,2) et en France hexagonale (628,0). Il en est de même chez les femmes et chez les hommes ; le TCM du territoire d'Orléans Métropole est similaire à celui observé dans le Loiret mais est supérieur à ceux observés en région et en France hexagonale.

Patients hospitalisés

Au cours de la période 2021-2023, en moyenne, 490 patients d'Orléans Métropole ont été hospitalisés par an, 1 313 dans le Loiret, 5 092 en Centre-Val de Loire et 124 708 en France hexagonale.

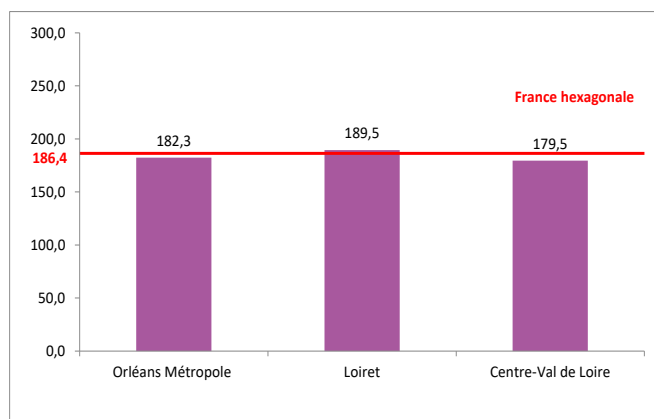
Cela représente, après standardisation sur l'âge, un taux de 182,3 patients hospitalisés pour 100 000 habitants du territoire d'Orléans Métropole, soit un taux similaire à ceux observés pour le Loiret (189,5 pour 100 000 habitants), le Centre-Val de Loire (179,5) et la France hexagonale (186,4).

TAUX COMPARATIF D'ADMISSIONS EN ALD POUR MALADIES CARDIOVASCULAIRES (2018-2023)



Sources : CNAMTS, CCMSA, CNRSI, Insee
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire
Référence France hexagonale (RP 2018)
Taux pour 100 000 habitants

TAUX COMPARATIF DE PATIENTS HOSPITALISÉS POUR CARDIOPATHIE ISCHÉMIQUE (2021-2023)



Sources : ATIH (PMSI MCO 2021-2023), Insee (RP 2021)
Exploitation ORS Centre-Val de Loire
Taux pour 100 000 habitants
Population de référence : France hexagonale (RP 2018)

MALADIES CHRONIQUES : DIABÈTE

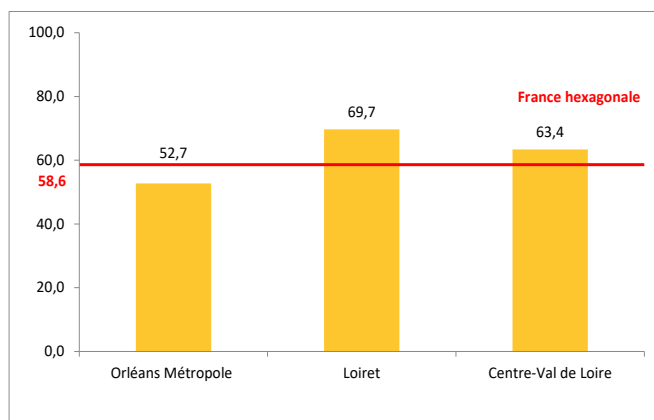
Mortalité imputable au diabète

Le diabète et ses complications ont été responsables, en moyenne, de 133 décès annuels sur le territoire d'Orléans Métropole (72 chez les hommes et 61 chez les femmes) au cours de la période 2014-2022. Ce nombre est de 471 décès pour le Loiret, 1 844 en Centre-Val de Loire et 37 925 en France hexagonale.

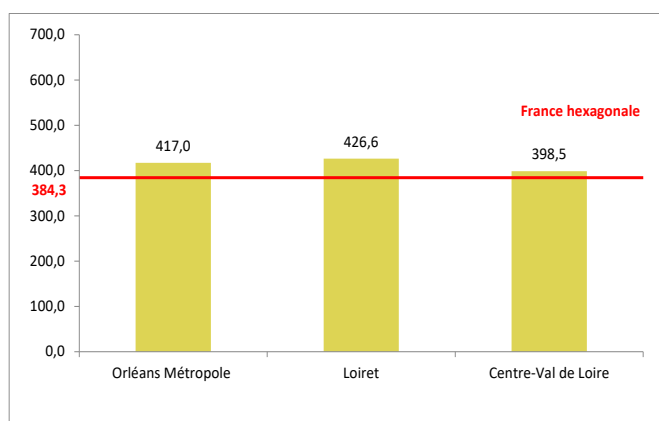
Après standardisation, le taux comparatif de mortalité par diabète est de 52,7 décès pour 100 000 habitants sur le territoire d'Orléans Métropole, taux significativement inférieur à ceux observés dans le Loiret (69,7), en Centre-Val de Loire (63,4) et en France hexagonale (58,6).

*Causes initiale, associées et comorbidité de décès
Sources : Inserm CépiDc, Insee
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire
Taux pour 100 000 habitants

TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ PAR DIABÈTE* (2014-2022)



TAUX COMPARATIF D'ADMISSIONS EN ALD POUR DIABÈTE DE TYPE 1 ET 2 (2018-2023)



Sources : Cnamts, CCMSA, RSI, Insee
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire
Taux pour 100 000 habitants
Population de référence : France hexagonale (RP 2018)

Patients hospitalisés

Entre 2021 et 2023, en moyenne, 430 patients d'Orléans Métropole ont été hospitalisés, par an, pour un diabète (tous types confondus) contre 1 169 dans le Loiret, 5 151 en Centre-Val de Loire et 190 028 en France hexagonale.

Après standardisation par classes d'âge, le taux du territoire d'Orléans Métropole (153,2 personnes hospitalisées pour 100 000 habitants) est significativement inférieur aux taux constatés dans le Loiret (169,9), en Centre-Val de Loire (190,7) et en France hexagonale (286,5).

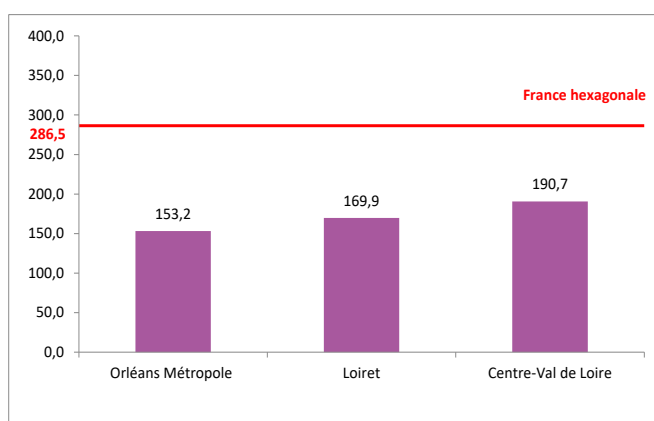
Sources : ATIH (PMSI MCO 2021-2023), Insee (RP 2021)
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire
Taux pour 100 000 habitants
Population de référence : France hexagonale (RP 2018)

Admissions en affection de longue durée (ALD)

En 2023, 15 676 résidents du territoire d'Orléans Métropole sont pris en charge pour un diabète (1 612 diabétiques de type 1 et 14 064 diabétiques de type 2).

De 2018 à 2023, le diabète est responsable d'en moyenne 1 086 nouvelles admissions en ALD par an sur le territoire (96 pour le diabète de type 1 et 990 pour le diabète de type 2). Après standardisation, cela représente 417,0 prises en charge en ALD diabète pour 100 000 habitants, soit un taux significativement supérieur à ceux du Centre-Val de Loire (398,5) et de la France hexagonale (384,3) mais demeurant inférieur à celui observé pour le Loiret (426,6). Chez les hommes, le taux de nouvelles admissions en ALD diabète sur le territoire étudié est de 473,0 pour 100 000 habitants, alors qu'il est de 368,2 chez les femmes.

TAUX COMPARATIF DE PATIENTS HOSPITALISÉS POUR DIABÈTE (2021-2023)

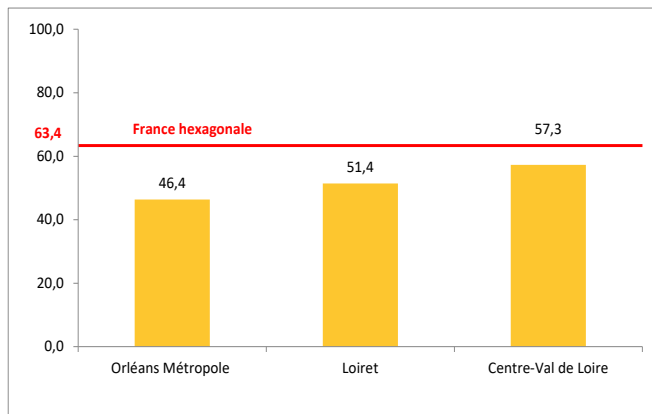


Mortalité par maladies de l'appareil respiratoire

Les maladies de l'appareil respiratoire (pneumonie, grippe, insuffisance respiratoire, asthme, bronchite chronique... cancers des voies respiratoires exclus) représentent une importante cause de décès à l'échelle du territoire, soit 5,5 % de l'ensemble des décès. Ces pathologies équivalent localement à 116 décès annuels, en moyenne, sur la période 2014-2022.

Le taux de mortalité relevé sur le territoire d'Orléans Métropole (46,4 décès pour 100 000 habitants) est significativement inférieur à ceux observés pour le Loiret (51,4), le Centre-Val de Loire (57,3) et la France hexagonale (63,4).

TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ PAR MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE (2014-2022)



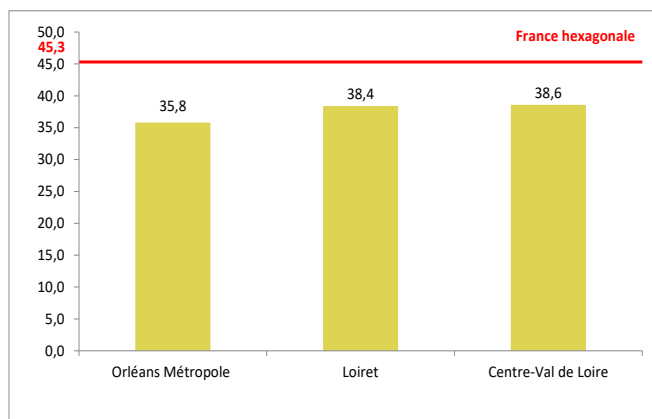
Sources : Inserm CépiDc, Insee
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire
Taux pour 100 000 habitants
Population de référence : France hexagonale (RP 2018)

Admissions en affection de longue durée (ALD)

Entre 2018 et 2023, en moyenne, par an, 94 nouvelles admissions en ALD pour insuffisance respiratoire chronique grave ont été enregistrées sur le territoire d'Orléans Métropole. En 2023, 1 162 résidents du territoire sont pris en charge pour ce type d'ALD.

Le taux comparatif de nouvelles admissions en ALD pour insuffisance respiratoire chronique grave est de 35,8 pour 100 000 habitants du territoire d'Orléans Métropole, soit un taux comparable à ceux observés dans le Loiret (38,4) et en région (38,6) mais significativement inférieur à celui observé à l'échelle nationale (45,3).

TAUX COMPARATIF D'ADMISSIONS EN ALD POUR INSUFFISANCE RESPIRATOIRE CHRONIQUE GRAVE (2018-2023)



Sources : CNAMTS, CCMSA, CNRSI, Insee
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire
Taux pour 100 000 habitants

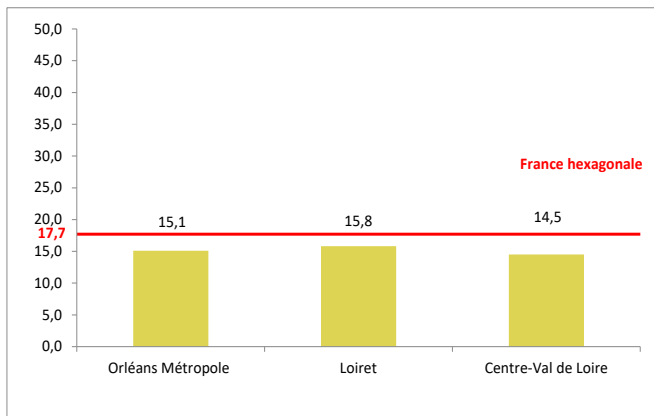
Asthme et broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)

La BPCO est une pathologie respiratoire chronique très majoritairement due à la consommation tabagique mais aussi à l'exposition professionnelle ou à la pollution atmosphérique. Elle entraîne progressivement une insuffisance respiratoire chronique allant jusqu'à la nécessité de l'oxygénothérapie à domicile, et les aggravations aiguës l'accompagnant représentent une cause importante d'hospitalisation et de décès.

En 2023, 396 résidents du territoire d'Orléans Métropole sont en ALD pour une BPCO. En termes d'incidence, cela représente, entre 2018 et 2023, un taux de nouvelles admissions en ALD pour BPCO de 15,1 pour 100 000 habitants. Ce taux est non significativement différent des taux observés dans le Loiret (15,8) et en Centre-Val de Loire (14,5) mais est significativement inférieur à celui observé en France hexagonale (17,7).

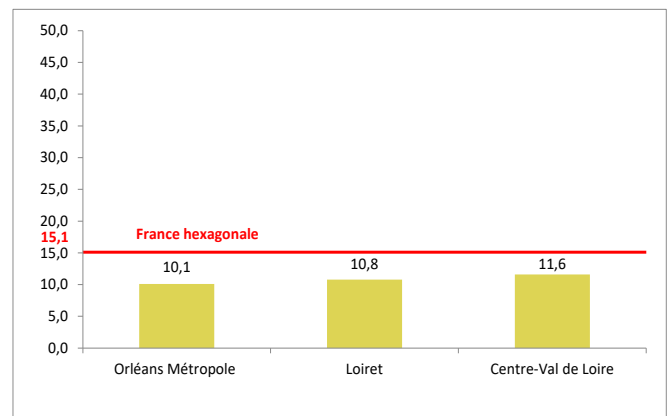
En 2023, 499 habitants du territoire d'Orléans Métropole sont en ALD pour l'asthme. En éliminant les effets de l'âge, le taux de nouvelles admissions en ALD pour asthme du territoire, au cours de la période 2018-2023, est de 10,1 pour 100 000 habitants, soit un taux significativement inférieur à celui de France hexagonale (15,1) mais comparable à ceux observés dans le Loiret (10,8) et Centre-Val de Loire (11,6).

TAUX COMPARATIF D'ADMISSIONS EN ALD POUR BPCO (2018-2023)



Sources : Cnamts, CCMSA, CNRSI, Insee
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire
Taux pour 100 000 habitants
Population de référence : France hexagonale (RP 2018)

TAUX COMPARATIF D'ADMISSIONS EN ALD POUR ASTHME (2018-2023)



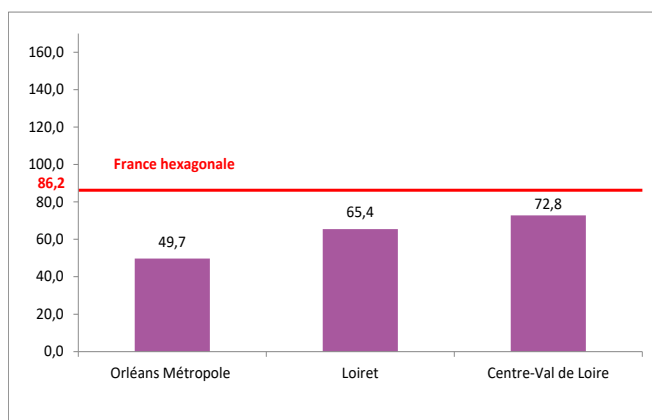
Sources : Cnamts, CCMSA, CNRSI, Insee
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire
Taux pour 100 000 habitants
Population de référence : France hexagonale (RP 2018)

Patients hospitalisés

Entre 2021 et 2023, en moyenne, 134 patients du territoire d'Orléans Métropole, ont été hospitalisés annuellement pour BPCO (457 dans le Loiret, 2 106 en Centre-Val de Loire et 57 954 en France hexagonale).

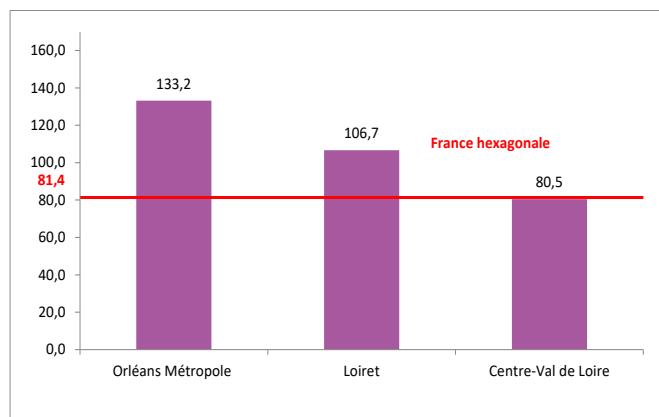
Après standardisation sur l'âge, le taux du territoire (49,7 patients hospitalisés pour 100 000 habitants) est significativement inférieur à ceux observés aux échelles départementale (65,4), régionale (72,8) et nationale (86,2).

TAUX COMPARATIF DE PATIENTS HOSPITALISÉS POUR BPCO (2021-2023)



Sources : ATIH (PMSI MCO 2021-2023), Insee (RP 2021)
Exploitation ORS Centre-Val de Loire
Taux pour 100 000 habitants
Population de référence : France hexagonale (RP 2018)

TAUX COMPARATIF DE PATIENTS HOSPITALISÉS POUR ASTHME (2021-2023)



Sources : ATIH (PMSI MCO 2021-2023), Insee (RP 2021)
Exploitation ORS Centre-Val de Loire
Taux pour 100 000 habitants
Population de référence : France hexagonale (RP 2018)

Concernant l'asthme sur le territoire d'Orléans Métropole, durant la période 2021-2023, 409 patients ont été hospitalisés annuellement, en moyenne, (746 dans le Loiret, 1 974 en Centre-Val de Loire et 52 051 en France hexagonale).

Après standardisation par classes d'âge, le taux du territoire est significativement supérieur à ceux du département, de la région et de la France (133,2 patients hospitalisés pour asthme pour 100 000 habitants sur le territoire d'Orléans Métropole contre 106,7 dans le Loiret, 80,5 en Centre-Val de Loire et 81,4 en France hexagonale).

Synthèse des échanges avec les professionnels

Le sujet le plus débattu par les professionnels interrogés pour notre diagnostic reste de loin les dépistages des cancers, dont les chiffres semblent relativement préoccupants. Une autre observation importante concerne les disparités quant aux dépistages réalisés : notamment dans le cas d'Orléans, commune centrale de la métropole, qui affiche des scores moins satisfaisants que les autres communes. Face à ces constats, le CLS apparaît comme un potentiel facilitateur de la cohérence de la politique territoriale en matière de dépistages.

« Les taux de participation ne sont pas très importants, malheureusement. On peut voir qu'il y a une femme sur deux, à peu près, qui fait bien sa mammographie dans le cadre du programme de dépistage, qui existe depuis 20 ans quand même, on en parle depuis 20 ans. [...] colorectal, on est à 31% au niveau du département, avec effectivement là pour le coup, on est à 27 [...] Et puis, de façon générale, on voit qu'il y a une désaffection de la population pour le dépistage. Alors, pour différentes raisons, en fonction du dépistage, ce ne sont pas nécessairement les mêmes freins. Donc c'est vraiment très important de mobiliser et la population et les professionnels de santé. C'est vrai que le CLS, on espère qu'il va être moteur. »

« Quand on regarde les chiffres, ne serait-ce que au regard des dépistages cancers : la commune d'Orléans obtient le moins de pourcentage en termes de dépistages par rapport aux autres communes de l'agglomération. Donc nous, ce qu'on attend, par exemple, c'est vraiment plus de partenaires à ce niveau-là. Et plus de budget. Parce que ça reste une problématique forte, avec très peu de dépistages et très peu de moyens. »

« C'est vrai que si finalement on a l'appui du CLS, on pourra peut-être plus facilement dire « Regardez, là ils veulent mettre un petit focus sur le dépistage des cancers, donc ça pourrait être intéressant qu'on puisse travailler ensemble » alors qu'on ne l'a pas forcément fait. Ça pourrait éventuellement ouvrir d'autres portes à notre niveau. »

Ces observations sont à relier au constat d'une démographie des spécialistes peu favorable à la réalisation de certains dépistages ou certaines prestations médicales faisant suite aux dépistages. La CPTS œuvre à faciliter l'accès à certains professionnels, mais cela ne représente pas encore une réponse intégrale à cette limite des actions existantes.

« Dans notre activité personnelle, avec le dépistage des cancers, la radiologie, c'est une catastrophe. Les femmes de la métropole n'arrivent pas à trouver de radiologue pour faire le dépistage du cancer du sein.

- Donc il y a du renoncement au soin, renoncement au dépistage.

- Les gastro-entérologues, c'est extrêmement compliqué à trouver aussi, si jamais on a un test de dépistage du cancer colorectal qui est positif, il n'y a pas de gastro-entérologue pour faire des coloscopies. Donc on a vraiment une problématique très importante de démographie médicale, quelle que soit la spécialité.

- Donc ça se ressent dans les taux de participation aux dépistages. »

« Nos médecins, en tout cas, ont de plus en plus de difficultés à pouvoir avoir des examens en radiologie. Parce qu'il y a de moins en moins de radiologues, et regroupés dans de grosses structures. Donc pour avoir des rendez-vous, très compliqué. Des spécialistes, on n'en parle pas. Il y a des spécialistes encore plus criants, des dermatologues, pour ne pas les citer. Et parfois un cardio, enfin voilà. Et puis même les kinés ont des délais d'attente de trois mois. Donc on a mis en place l'accès direct au kiné, où là le patient n'a pas besoin de passer par un médecin traitant pour avoir une ordonnance, le kiné peut voir ce patient directement. »

Pour faire face aux défis qu'implique la nécessité de renforcer les dépistages, deux approches complémentaires sont mentionnées par les professionnels. Tout d'abord, le ciblage de populations particulièrement à risque, ou éloignées de la santé : les habitants des QPV, les personnes en situation de handicap ou en ALD. Une autre perspective de ciblage consiste à penser les dépistages au sein de la question plus vaste de la santé des femmes, les actions existantes semblant avoir prouvé leur capacité à mobiliser ses publics.

« Faire des actions au sein des établissements de personnes en situation de handicap, d'intervenir dans les quartiers prioritaires, l'essentiel c'est d'aller là où les personnes se trouvent. Déjà ça c'est un frein en moins. »

« On sait qu'une grande partie des malades qui sont en ALD, et donc qui souffrent de maladies chroniques pour une grande majorité, ne sont pas à jour de leurs dépistages. Parce qu'en fait, ils sont tellement concentrés sur leur pathologie, leur problématique de santé, qu'ils en oublient tout ce qui est à côté. »

« Par rapport à la santé des femmes, par exemple, il y a eu des choses de mises en place dernièrement sur des préventions, prévention du cancer du col de l'utérus, des choses comme ça, en lien aussi avec l'Assurance maladie et les maisons de santé et les CPTS. Et en fait, les créneaux de réservation ont tout de suite été pris par les femmes. Clairement, c'était des actions hyper bénéfiques, avec un taux de remplissage concret, entre guillemets, des créneaux, des rendez-vous. Et c'est vraiment des actions qui marchaient très, très bien. Donc je me dis si ces actions marchent très, très bien, c'est très certainement qu'il y a un besoin aussi au niveau de la

population. Je pense qu'il faut continuer à avoir aussi un axe santé de la femme, que ce soit prévention des violences faites aux femmes, prévention des cancers du col de l'utérus, prévention des cancers du sein, toutes ces choses-là – prévention de maladies cardiovasculaires chez la femme, c'est pareil. On n'en parle pas beaucoup, alors que c'est un enjeu assez important en termes de santé publique aussi. »

La seconde approche concernant le renforcement des dépistages fait l'objet d'une insistance particulière dans la suite du verbatim précédent : il s'agit de concevoir les actions de la manière la plus efficiente possible opérationnellement parlant (en l'occurrence : faciliter les prises de rendez-vous et l'orientation vers les professionnels du territoire). En d'autres termes, l'action souhaitée tire le meilleur d'une multiplicité de partenaires, la question de l'accès du public à l'action est prise en compte, comme la possibilité d'être redirigé vers des soins.

« Dans les actions probantes, effectivement, moins il va y avoir de démarches à faire pour la personne pour réaliser le dépistage, plus ça va être facile qu'il le fasse. Donc de pouvoir remettre le jour J le kit colorectal, c'est un frein qui est levé. De donner un rendez-vous de mammographie, c'est un frein qui est levé. Et qu'il y ait une sage-femme le jour J, pareil, pour faire le frottis, c'est un frein qui est levé. Des fiches actions en disant « voilà on peut vous aider, je ne sais pas quel organisme, on s'en parle et on travaille sur, on va essayer de trouver une sage-femme ensemble, on va essayer de prendre des rendez-vous au cabinet etc. pour que le jour J vous faites cette action auprès de telle ou telle population, ça soit du clé en main ». Ça, ça facilite grandement le dépistage. »

Similairement, une professionnelle des dépistages compare plusieurs modalités d'action et souligne que les publics captifs, en entreprise ou en établissement pour personnes en situation de handicap, permettent une efficacité maximale à travers une approche favorisant un engagement individuel dans la prévention. À l'opposé, les formats collectifs les plus larges sont jugés moins efficaces du point de vue de la capacité à susciter l'attention/l'affluence du public ; ce que corroborent d'autres entretiens (même s'il y a des exceptions, ce qui serait le cas de l'action citée précédemment sur les mammographies).

« Les formats effectivement que je propose, ce sont des bilans personnalisés. Donc j'ai mon ordinateur, mon logiciel et je propose aux personnes de faire un point sur leurs dépistages et de donner de l'information, d'aider à la prise de rendez-vous. L'objectif c'est de faire un entretien motivationnel pour pouvoir comprendre ce qui bloque, quels sont leurs freins personnels et derrière de pouvoir les aider à les lever, en tout cas à enlever un maximum. Ça c'est les bilans individuels. Je propose aussi des ateliers ludiques autour de jeux semi-collectifs, donc 10-15 personnes. Ça peut se faire en entreprise, au niveau des personnes en situation de handicap et donc je vais faire de la prévention primaire et secondaire. Et puis il y a le style conférence, etc. Le format

stand aussi, mais il ne fonctionne pas nécessairement très bien. Donc, c'est vraiment bilan individuel ou atelier ludique qui fonctionnent le mieux. »

Comme le souligne l'extrait ci-dessous, issu du même entretien, la mobilisation des professionnels de santé est un aspect réellement déterminant de ces actions. En effet, leur appui permet la concrétisation des dépistages en évitant de démultiplier les étapes et donc le temps que les usagers doivent y consacrer, ce qui peut être démobilisateur. Une autre dimension de la perception de la présence des professionnels de santé lors des actions semble plus symbolique : même sans réaliser des soins à proprement parler, ces professionnels donnent à voir un exemple d'accès aux soins qui est généralement vécu par les usagers comme difficile, ce qui stimule leur participation.

« Les maisons de santé, ça c'est hyper important – nous on fait de la sensibilisation aux dépistages, mais on peut organiser des journées de dépistages, ou des journées, où à terme, effectivement, derrière, le professionnel de santé, avec qui on va travailler dans les maisons de santé notamment, mais aussi en libéral, va pouvoir proposer la réalisation du test. Par exemple le colorectal : c'est un petit test, c'est un petit kit que seuls les médecins, les pharmaciens ou la commande en ligne, ou certaines, effectivement, il y a des gynécologues, qui peuvent remettre le test. Donc c'est vrai que moi, le jour où je suis en action, je n'ai pas le droit de remettre le test. Donc de travailler en partenariat avec, à côté de moi, un médecin, ça facilite. La personne, ça lève des freins. Parce qu'on sait bien que dès qu'il faut aller se déplacer, dès qu'il faut reporter, ne serait-ce que de quelques minutes ou de quelques heures, voire de quelques jours ; de détenir effectivement le test ou de prendre un rendez-vous pour la mammographie, ça va mettre des freins et il se peut qu'il n'y ait pas la réalisation, voire pas du tout de prise de rendez-vous pour aller chercher le kit. Donc c'est vrai que de travailler de pair avec la CPTS et les maisons de santé, qui sont déjà sur la métropole assez dynamiques, moi je trouve ; je sais que moi je suis sollicitée de plus en plus, la CPAM aussi, donc ils sont volontaires, on peut les mobiliser là-dessus. »

« Il y a depuis un an, au niveau de la CPAM un travail qui est fait – donc ça c'est quelque chose que je vends aussi à la population et aux associations, etc. – pour rencontrer une infirmière, parce que les médecins il n'y en a pas assez, pour faire des bilans de santé. Ça c'est très important. Et lorsque je fais des actions sur le terrain, de dépistage ou de sensibilisation aux dépistages, ce qui marche bien aussi c'est d'avoir le centre d'examen de santé, où il y a par exemple une dentiste qui va faire un dépistage, donc qui ne va pas proposer de soins mais qui va faire un dépistage. Et c'est vrai que la population est très attirée par le fait qu'il y a un médecin, ou un professionnel de santé, même s'il ne fait pas de soins, mais en tout cas de la prévention, de la sensibilisation. Ça, ça fonctionne bien vis-à-vis de la population et ça vient un petit peu compenser, je dirais, le manque de professionnels. »

Cette considération est confirmée par l'exemple d'actions probantes sur d'autres territoires, comme à Pithiviers, où d'autres éléments de prévention des cancers s'ajoutent à la réalisation des dépistages. Il est à noter que la suite de l'extrait insiste sur la nécessité de conforter ce type d'actions par des financements pérennes, et sur l'importante organisation requise pour solliciter largement les partenaires et rémunérer les professionnels de santé.

« Tous les ans, j'organise une journée associative en lien avec un appel à projet CPAM 45. [...] c'est en termes de prévention des cancers, en lien avec l'action de santé publique sur les trois types de cancers, sur un public plutôt défavorisé au niveau démographie locale sur Pithiviers. Du coup, ça a été une journée d'action. Il y a eu de la sensibilisation, de l'information sur tous les déterminants de santé. Pas mal de partenaires avaient pu venir. Il y avait une diététicienne, il y avait des secouristes, il y avait aussi la chargée de prévention de la CRCDC pour tout ce qui est lutte contre le cancer. Donc il y avait de la sensibilisation, de l'information, casser un peu les freins et du dépistage aussi sur place. Donc ça s'est fait sur l'hôpital. On a eu plus de 120 personnes qui sont venues sur cette journée-là. On a pu faire 80 réalisations soit de dépistage ou soit de dépistage par la suite avec des rendez-vous reportés. Pour nous vraiment, ça a répondu à un besoin. On s'est fait écrouler sous le nombre de personnes, vraiment, puisque du coup, du fait de la démographie, du manque de médecins et de sages-femmes, et de méconnaissance aussi des sages-femmes qui sont existantes sur l'hôpital de Pithiviers, ça a permis d'avoir une meilleure visibilité aussi et de donner cette information à la population, parce qu'ils n'étaient pas au courant que le rôle des sages-femmes, par exemple, il n'y avait pas que les gynécos, qui peuvent faire les frottis notamment aussi. Donc ça a pu donner de l'information, ça a bien marché. »

Enfin, la réflexion sur les modalités d'action peut s'étendre au-delà des deux aspects cités (ciblage et structuration opérationnelle favorisant l'implication des professionnels) : une manière de favoriser la prévention serait de penser l'action de manière plus durable à travers le temps, sans la limiter à des événements ponctuels.

« À mon sens, il y a des thématiques qui ne devraient pas... voir le jour en termes d'action sur un temps précis. C'est-à-dire, alors c'est une parmi d'autres, mais si je prends Octobre rose, action dépistage cancer, ça ne devrait pas se faire sur un temps donné, ça ne devrait pas se faire sur octobre seulement. C'est vraiment quelque chose qu'il faudrait pérenniser dans l'année. On ne vit pas Octobre rose qu'au mois d'octobre. Il faudrait mettre des actions pérennes tout au long de l'année. On devrait sensibiliser sur la durée et non pas sur un temps T. Là, je parle de dépistage cancer, mais ça peut être plein d'autres dépistages. Toutes les grosses thématiques comme ça, où on en ressent le besoin, on ne devrait pas s'en saisir sur un temps donné, mais plutôt que ça devienne pérenne et que les personnes puissent s'en saisir à tout moment. »

Au-delà de la question des dépistages, les maladies chroniques les plus souvent évoquées dans les entretiens sont celles en lien avec la nutrition : obésité et diabète, qui peuvent entraîner des conséquences lourdes pour la santé de l'individu, son autonomie et son inclusion dans la cité.

« Le Loiret, c'est le département – ou la région centre, c'est le secteur géographique où il y a le plus de personnes diabétiques ou à risque de diabète. »

« On est la troisième région de France à être au-dessus de la norme au niveau de l'obésité. Et donc ça va avec toutes les problématiques associées à l'obésité. On a parlé du diabète, mais il y a tout ce qui est, dans un cas extrême, les amputations. La perte de mobilité, la dépendance du coup, parce qu'il y en a certains aussi qui ne peuvent plus aller travailler. Donc voilà, c'est derrière une problématique de santé, il y a aussi tout un écosystème d'autres problématiques. »

Au sujet de l'inclusion des personnes obèses, un entretien mentionne par ailleurs la sensibilisation des familles avec enfants, pour prévenir le harcèlement scolaire, dont les conséquences peuvent être tragiques. Sur la nutrition, certaines mesures de prévention sont déjà déployées sur le territoire de la métropole par les acteurs sanitaires, avec des moyens humains et financiers à disposition relativement restreints.

« On collabore avec l'hôpital qui ont développé pour les enfants le programme Topaz et pour les adultes le programme GPSO, qui sont financés par des articles 51. Pour Topaz, on a deux équipes de professionnels de santé chez nous et pour GPSO, une équipe. Et donc, ce sont des parcours pour lutter contre l'obésité. »

« La fiche action, c'est sur le diabète, parce qu'on a une infirmière Asalée, on a un des kinés qui parle de l'activité physique, un dentiste qui parle de la prévention dentaire pour les patients diabétiques. Enfin, on fait vraiment avec les professionnels qu'on a. »

Ainsi, le déploiement d'actions sur les questions liées à l'obésité se heurte, comme pour les autres dépistages, à la difficulté pour les patients d'accéder aux soins pour les besoins nouvellement identifiés.

« Si je vous cite l'obésité en chantier, au sein de la maison de santé de Boigny-sur-Bionne, il n'y a pas de diététicien. Malgré tout, consulter un diététicien en ville, ça reste à la charge des familles, parce qu'il n'y a pas de prise en charge par la sécurité sociale. Les suivis qui peuvent être pratiqués à l'hôpital sont forcément extrêmement limités et donc avec des délais d'attente tellement tellement tellement longs, c'est difficile de pouvoir y envoyer tous les enfants qui en auraient besoin et avec un rythme régulier. »

Un autre ensemble d'affections chroniques, pour lesquelles l'obésité et le diabète sont des facteurs de risque, sont les maladies cardiovasculaires, dont la prévention pourrait

selon les professionnels être renforcée.

Une entrée majeure dans la prévention des maladies chroniques demeure la nutrition, c'est-à-dire la pratique de l'activité physique et la prise en compte de l'équilibre alimentaire. Les professionnels évoquent surtout le premier point, en termes de besoins identifiés et de facilitation de l'accès à l'activité physique, de sensibilisation de la population, et notamment des personnes les plus vulnérables, à la diversité et à l'importance de ces pratiques pour la santé.

« Aujourd'hui, la question de la prévention passe beaucoup par l'activité physique. Alors, pas seulement, mais beaucoup. Mais une activité physique qui est adaptée aux besoins de chacun – ça veut dire qu'il faut travailler sur les freins. [...] Et donc, ça veut dire qu'il ne suffit pas d'ouvrir des créneaux marche nordique pour qu'ils se remplissent, sauf de gens qui n'en ont pas vraiment besoin, mais que si on veut effectivement cibler les populations les plus en difficulté et plus fragiles, ça veut dire qu'il y a un temps d'accompagnement bien plus important que j'ouvre un créneau. Et puis, la question de la sédentarité, une des cibles sur lesquelles nous, on travaille aussi. Il y a plusieurs cibles, mais il y a notamment les enfants. Puisqu'on le sait aujourd'hui, un enfant n'est pas capable aujourd'hui de sauter quatre fois sur un pied. Un cloche-pied quatre fois, ce n'est plus possible. Ça veut dire que le diabète type 2 arrivait dans les 60-75 ans. Aujourd'hui, ça arrive dans des gens qui ont 30 ans. Et demain, on sait que ça va arriver chez des gens qui ont 15 ans. Vous imaginez le coût social pour la personne, et financier pour notre système de santé. C'est-à-dire que là, ça ne se joue pas à deux ou trois ans près. »

L'accompagnement des publics pourrait, dans certains cas, être facilité par des équipements existants, déjà accessibles dans la métropole, voire du mobilier urbain non spécifiquement dédié à l'activité physique – dont l'utilisation pourrait être étudiée par les professionnels, pour mieux établir la pertinence de leur promotion, ou éventuellement suggérer eux-mêmes leur évolution.

« La ville d'Orléans a investi il y a plusieurs années dans des appareils extérieurs, voir le taux d'occupation des matériels, par exemple, ça pourrait être ça. Quand je passe devant, au pied du pont Thinat, je vois que c'est toujours les mêmes. Ce ne sont pas des seniors, par exemple, qui vont faire de l'activité physique gratuite. [...] peut-être qu'il y a des gens dans la journée qui utilisent l'appareil. Mais je passe le soir, donc forcément, ce n'est pas la même population »

« C'est un frein pour tout le monde de rentrer dans l'activité physique, pour s'inscrire dans une démarche constante, dès lors qu'il faut s'inscrire quelque part, parce que ça peut être coûteux. Mais là où les personnes n'ont pas forcément conscience, c'est qu'on peut faire de l'activité physique gratuite, en allant marcher autour dans un parc, en utilisant le matériel urbain, des choses comme ça. C'est peut-être quelque chose comme ça que pourrait développer le CLS,

démontrer qu'on peut faire de l'activité physique sans être seul. Et utiliser ce qu'il existe dans la rue. Tout simplement, il y a des trottoirs, des marches. On peut faire des choses, en fait. »

Ainsi, un enjeu de la promotion de l'activité physique reste la sensibilisation des professionnels, afin qu'ils puissent mieux orienter et conseiller les patients, en s'appuyant sur une offre qui bénéficierait de leur relai. En filigrane se dessine une relative distance entre le secteur sanitaire et le domaine physique et sportif du secteur social, que le CLS pourrait contribuer à rapprocher.

« Nous, on a une question sur tout ce qui est prescription d'activité physique pour les patients atteints de pathologies. Et on a encore beaucoup de mal à s'introduire auprès des professionnels de santé, notamment des médecins, pour justement cette question de prescription médicale. Donc, si on peut aussi sensibiliser les médecins sur les bienfaits de l'activité physique et sur la prescription d'activité physique, ce serait une bonne chose pour nous. Et aussi, nous, notre objectif, c'est d'introduire le mouvement sportif comme acteur de la santé, et notamment au contact des professionnels de santé. Leur montrer qu'ils sont aussi légitimes à intervenir auprès de personnes avec des pathologies »

« La ville d'Orléans a souhaité mettre en place du sport santé. Donc on a, nous, formé l'ensemble de leurs éducateurs, avant qu'ils lancent effectivement une politique qui, à mon avis, est une bonne chose. Pas assez connue, ils ont eu énormément de mal à remplir. C'est étrange, hein ? alors que c'était et de qualité et pas très cher. Et on était vraiment là sur la prévention, sur la suite des maladies graves. Mais pour moi c'était plutôt bien fait, ça devait être 12 euros pour 6 mois d'activité, le public cible était plutôt bien ciblé, c'est le cas de le dire, mais ce qui a manqué là, c'est le lien avec les médecins. C'est-à-dire qu'il fallait absolument que la personne soit orientée par un médecin. Et en fait, les médecins en avaient un peu rien à faire. Donc, ils ont eu énormément de mal à remplir. Ça fait un moment que je ne les ai pas vus. Donc je ne sais pas si c'est toujours le cas. Mais moi, je trouvais que c'était plutôt quelque chose qui allait dans le bon sens, à l'instar de ce qu'a fait la ville d'Olivet et la ville de Fleury. C'est vraiment une politique très proactive, pour mettre les personnes les plus éloignées de la pratique au sport, au sens large du terme. »

En dehors des professionnels de santé, les populations, en particulier les plus éloignées de la pratique sportive (un exemple mentionné en entretien sont les familles monoparentales), peuvent bénéficier d'un accompagnement et d'incitations à la pratique sportive. Toutefois, les actions citées ne sont plus d'actualité, faute de financement.

« Il y a un autre dispositif, on l'a porté, ça s'appelait Heure et Cap. C'est-à-dire en une heure, tu es capable de sortir de chez toi, tu n'as jamais fait du vélo, on va t'apprendre à faire du vélo. En une heure, tu es capable de quoi ? Et en fait, on ne visait que les publics les plus éloignés de la

pratique. Et on a eu un financement assez conséquent, donc on a fait ça sur trois ans, on a pu démontrer, alors il y a des choses qui n'ont pas marché, il y a des choses qui ont bien fonctionné. Plus de financement, tout s'arrête. Et donc, ça s'appelait Heure et Cap. Et aujourd'hui encore, on a des appels téléphoniques de structures et de gens qui nous demandent si ça continue. Donc, il y a un vrai besoin. Et là, pour le coup, on ne s'est pas trop trompés de cible. On est vraiment sur des gens en très grande difficulté. [...] on avait un dispositif qui s'appelait « inscris-toi dans un club ». Et alors, on travaillait avec les assistantes sociales, etc. Et donc, on pouvait prendre jusqu'à 80 euros la prise en charge de cette licence, mais en passant par des structures. Ce n'était pas la personne venait, il y a de la lumière, je viens au CROS, j'ai besoin de 80 euros. C'est-à-dire qu'il fallait que la personne soit quand même dans un suivi social, etc. et que ça intègre une dynamique. Bon. Et ça, on n'a plus de budget depuis deux ans. Et notre assistante qui s'occupait de ce dispositif, elle a encore des demandes aujourd'hui, d'assistantes sociales. Donc là aussi, il y a un vrai besoin. »

L'alimentation est aussi mentionnée dans quelques entretiens, à l'occasion d'ateliers dans les centres sociaux ou encore dans des événements plus ouverts au public comme la Marche gourmande organisée à Orléans en 2024.

« On travaille avec le mouvement associatif sur l'alimentation durable, où nous, on travaille sur les aspects sport et alimentation durable.

- Et on est intervenus notamment sur les centres sociaux, sur des ateliers mieux manger, mieux bouger, où on a fait de l'éducation sur l'alimentation auprès de jeunes enfants. Enfin, jeunes enfants, en fait, on a fait de 6 à 18 ans. Et on l'a fait aussi sur un groupe de seniors. D'ailleurs, on a un livre sur l'alimentation et l'activité physique qui est disponible auprès du mouvement associatif. »

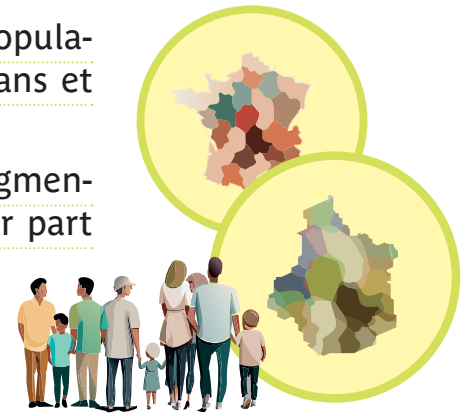
Enfin, les professionnels mentionnent plus ponctuellement d'autres thématiques liées à l'accompagnement des personnes souffrant de maladies chroniques : la sensibilisation des pharmaciens à la délivrance des traitements médicamenteux contre le cancer et au suivi des patients concernés ; et le soutien aux aidants, souvent oubliés, et qui courent le risque bien documenté de négliger leur propre santé.

« Là, il y a les pharmaciens qui sont en train de travailler à repérer les patients qui viennent au comptoir des pharmacies, qui ont des traitements oraux pour leurs chimios, et qui parfois, même souvent, ont des effets secondaires, indésirables, qui n'osent pas le dire aux spécialistes, qui n'osent pas en parler lors de leur consultation, de peur d'être réhospitalisés. Donc on va travailler là-dessus. »

« Il y a une grande thématique actuelle qui soucie les professionnels de santé que nous rencontrons dans le cadre de nos activités, c'est les aidants qui sont épuisés. Ça, c'est vraiment quelque chose qui nous est très régulièrement remontée, très, très régulièrement remontée, des aidants qui sont seuls et épuisés, qui n'arrivent pas à passer la main par rapport à l'aidé, qui n'osent pas peut-être passer la main aussi par rapport à l'aidé parce que c'est coûteux. »

Depuis 1999, en France métropolitaine, alors que la population totale n'a augmenté que de 11 %, celle des 75 ans et plus a augmenté de 49 %.

Le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus va augmenter au cours des prochaines décennies, ainsi que leur part dans l'ensemble de la population qui devrait s'élever à 16 % en 2050 (18 % en Centre-Val de Loire).



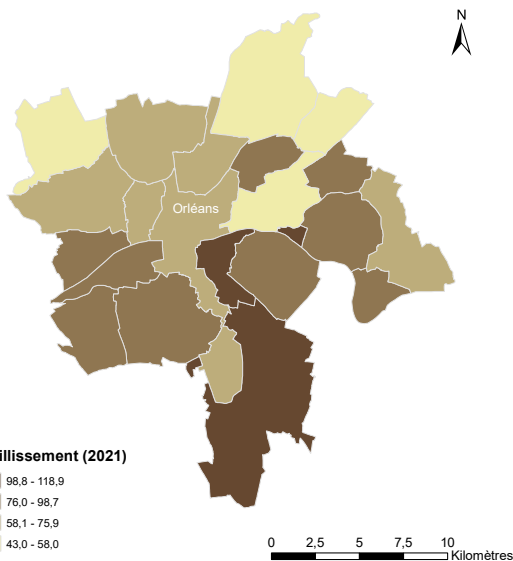
Cette tendance nationale qui va vers un vieillissement de la population est également remarquée à l'échelle du territoire d'Orléans Métropole. Le vieillissement de la population est l'un des défis majeurs qu'il va falloir relever de par ses conséquences démographiques, économiques et sanitaires. Et ce, d'autant qu'il va concerner tous les territoires. Il est donc nécessaire de réfléchir et d'anticiper dès à présent les solutions en termes d'aide et de prise en charge de nos aînés, notamment à domicile.

Indice démographique du vieillissement

L'indice de vieillissement mesure le nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes âgées de moins de 20 ans. Quant à l'indice de grand vieillissement, celui-ci mesure le nombre de personne de 80 ans et plus pour 100 personnes âgées de 65 à 79 ans.

Pour le territoire d'Orléans Métropole, l'indice de vieillissement est inférieur, en 2015 comme en 2021, à ceux des territoires de référence. Entre 2015 et 2021, il a évolué de manière moins prononcée que sur les autres échelons (+9,9 % sur le territoire d'Orléans Métropole, +11,1 % dans le Loiret, +13,2 % en Centre-Val de Loire et +13,0 % en France hexagonale).

En 2021, l'indice du grand vieillissement du territoire est de 42,2, contre 42,6 pour le Loiret, 44,6 pour le Centre-Val de Loire et 42,4 pour la France hexagonale. Entre 2015 et 2021, l'indice sur le territoire a suivi la tendance de diminution des territoires de référence : -7,7 % sur le territoire d'Orléans Métropole, -10,3 % dans le Loiret, -10,1 % en Centre-Val de Loire et -9,2 % en France hexagonale.



Source : Insee (RP 2021)
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

ÉVOLUTION DE L'INDICE DE VIEILLISSEMENT ET DE GRAND VIEILLISSEMENT ENTRE 2015 ET 2021

	Indice de vieillissement			Indice de grand vieillissement		
	2015	2021	Évolution (en %)	2015	2021	Évolution (en %)
Orléans Métropole	64,7	71,1	9,9	45,7	42,2	-7,7
Loiret	73,9	82,1	11,1	47,5	42,6	-10,3
Centre-Val de Loire	87,2	98,7	13,2	49,6	44,6	-10,1
France hexagonale	77,4	87,5	13,0	46,7	42,4	-9,2

Source : Insee (RP 2015 et 2021)
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

Conditions de vie des personnes âgées

En 2021, le territoire d'Orléans Métropole dénombre 23 078 personnes âgées de 75 ans et plus vivant en logement ordinaire, soit 92,1 % de la population de cette classe d'âge. Cette proportion est de 90,7 % dans le Loiret, 90,2 % en Centre-Val de Loire et 90,8 % en France hexagonale.

Les personnes âgées de 75 ans et plus du territoire vivant dans un service ou établissement de moyen ou long séjour, maison de retraite ou résidence sociale représentent 7,8 % des personnes de cette classe d'âge (soit 1 964 individus) contre 9,2 % à l'échelle départementale, 9,7 % à l'échelle régionale et 9,0 % à l'échelle nationale.

PERSONNES ÂGÉES VIVANT DANS LEUR DOMICILE PERSONNEL EN 2021

	Personnes âgées de 75 ans et plus vivant en logement ordinaire		Personnes âgées de 75 ans et plus vivant dans un service ou un établissement de moyen ou long séjour, une maison de retraite ou une résidence sociale		Personnes âgées de 75 ans et plus vivant dans un autre mode d'habitation		Total population 75 ans et plus
	Effectifs	% de la population des 75 ans et plus	Effectifs	% de la population des 75 ans et plus	Effectifs	% de la population des 75 ans et plus	Effectifs
Orléans Métropole	23 078	92,1	1 964	7,8	25	0,1	25 067
Loiret	59 751	90,7	6 083	9,2	71	0,1	65 905
Centre-Val de Loire	254 881	90,2	27 362	9,7	412	0,1	282 655
France hexagonale	5 770 530	90,8	573 898	9,0	12 245	0,2	6 356 673

Source : Insee (RP 2021)
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

Isolement des personnes âgées

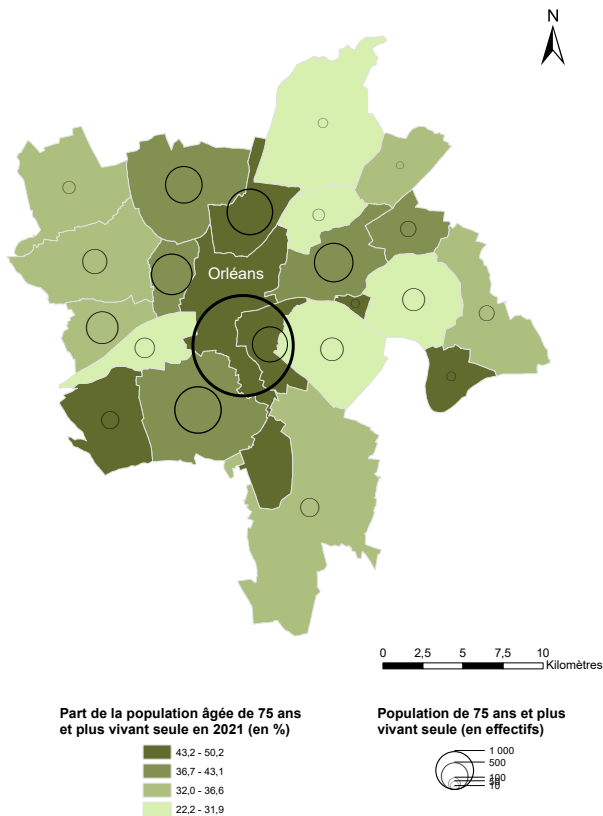
Selon le recensement de la population 2021 de l'Insee, 9 754 personnes âgées de 75 ans et plus vivent seules sur le territoire d'Orléans Métropole, ce qui représente 41,7 % des personnes de cette classe d'âge. Cette proportion est supérieure à celle observée dans le Loiret (41,4 %) mais est inférieure à celles constatées en région (42,2 %) et en France hexagonale (42,2 %).

Sur l'ensemble des territoires, la majorité des personnes de 75 ans et plus vivant seules sont des femmes, dont 55,4 % sur le territoire d'Orléans Métropole.

PERSONNES ÂGÉES VIVANT SEULES EN 2021

	Nombre de personnes âgées de 75 ans et plus vivant seules	Nombre de femmes âgées de 75 ans et plus vivant seules	Part des femmes âgées de 75 ans et plus vivant seules (en %)	Part des personnes âgées de plus de 75 ans vivant seules à domicile (en %)
Orléans Métropole	9 754	7 741	55,4	41,7
Loiret	24 697	18 774	54,1	41,4
Centre-Val de Loire	107 081	81 191	54,8	42,2
France hexagonale	2 443 342	1 872 885	54,6	42,2

Source : Insee (RP 2021)
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire



Source : Insee (RP 2021)
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

Potentiel de solidarité intergénérationnelle

De manière très schématique, les aidants des personnes âgées (leurs enfants particulièrement) peuvent être quantitativement représentés par la population des 55-64 ans. Le potentiel de solidarité intergénérationnelle est un indicateur du soutien des aînés dépendants, notamment à domicile, étant le rapport entre le nombre d'individus de 55-64 ans et celui des 85 ans et plus. Le ratio, sur le territoire d'Orléans Métropole, est de 3,9 en 2021, soit un ratio aidants/aidés supérieur à ceux observés aux échelles départementale (3,7), régionale (3,3) et nationale (3,7).

POTENTIEL DE SOLIDARITÉ INTERGÉNÉRATIONNELLE - RATIO AIDANTS/AIDÉS EN 2021

	Personnes de 55-64 ans	Personnes de 85 ans et plus	Ratio aidants/aidés (55-64 ans / 85 ans et +)
Orléans Métropole	33 591	8 561	3,9
Loiret	84 511	23 109	3,7
Centre-Val de Loire	338 325	102 067	3,3
France hexagonale	8 287 661	2 211 472	3,7

Source : Insee (RP 2021)
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

Évolution du potentiel de solidarité intergénérationnelle

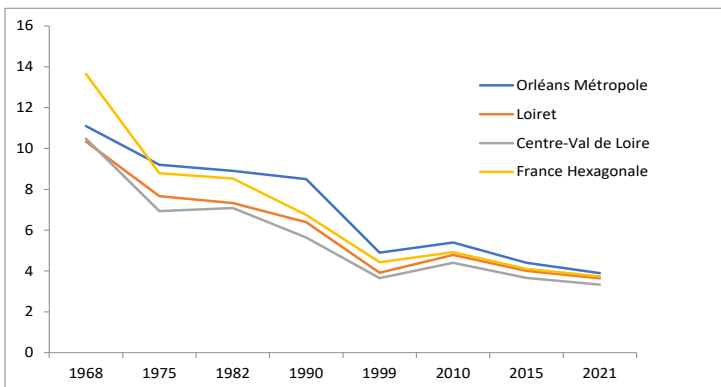
Entre 1968 et 2021, le potentiel de solidarité intergénérationnelle en région Centre-Val de Loire est passé de 10,5 à 3,3, soit une baisse de 7,2 points. On observe la même chute de ce potentiel sur les autres territoires : au sein d'Orléans Métropole (11,1 en 1968 et 3,9 en 2021 soit -7,2 points), dans le Loiret (10,3 en 1968 et 3,6 en 2021 soit -6,7 points) et en France hexagonale (13,6 en 1968 et 3,7 en 2021 soit une baisse de 9,9 points).

Au cours de cette période, le nombre de personnes d'Orléans Métropole âgées de 55 à 64 ans est passé de 15 240 en 1968 à 21 178 en 1999, soit un gain d'effectif de 5 938 individus de cette catégorie d'âge. Les 85 ans et plus ont connu une nette évolution, passant de 1 372 en 1968 à 4 354 en 1999, soit une augmentation de trois fois plus de personnes âgées de 85 ans et plus, augmentation plus importante que celle des 55-64 ans.

Entre 1999 et 2010, le potentiel de solidarité a connu une augmentation sur tous les territoires. Il est passé de 4,9 à 5,4 sur le territoire d'Orléans Métropole, en lien avec l'augmentation du nombre de personnes de 55-64 ans (21 178 en 1999 à 32 805 en 2010, soit une augmentation de 54,9 %), alors que la population des 85 ans et plus ne s'est accrue que de 39,2 % (4 354 en 1999 contre 6 061 en 2010).

Entre 2010 et 2021, le potentiel de solidarité intergénérationnelle connaît une baisse au niveau du territoire d'Orléans Métropole (passant de 5,4 en 2010 à 3,9 en 2021), ainsi qu'au niveau des autres territoires : -1,2 point pour le Loiret, -1,1 point pour le Centre-Val de Loire et -1,2 point pour la France hexagonale.

ÉVOLUTION DU POTENTIEL DE SOLIDARITÉ INTERGÉNÉRATIONNELLE



Source : Insee (RP 1968, 1975, 1982, 1990, 1999, 2010, 2015, 2021)
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

Allocation de solidarité aux personnes âgées

L'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) est une allocation qui permet aux personnes disposant de faibles revenus de garantir un niveau minimum de ressources. Depuis 2006, elle remplace le minimum vieillesse.

Fin 2023, le territoire d'Orléans Métropole compte 2 079 allocataires de l'ASPA soit 3,9 % des 65 ans et plus. Le taux de bénéficiaires de l'ASPA du territoire d'étude est supérieur à ceux du département (3,2 %) et de la région (3,0 %).

BÉNÉFICIAIRES DE L'ASPA AU 31.12.2023

	Nombre d'allocataires du minimum vieillesse	En % du total de personnes âgées de 65 ans et plus
Orléans Métropole	2 079	3,9
Loiret	4 434	3,2
Centre-Val de Loire	18 051	3,0

Source : Carsat Centre-Val de Loire, MSA, Insee (RP 2021)
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

Soins et soutien à domicile pour les personnes âgées

Différents organismes interviennent en matière d'offre de prise en charge des personnes âgées à domicile sur le territoire d'Orléans Métropole. Ils apportent des services en matière de santé (soins infirmiers à domicile), de maintien à domicile et un soutien aux familles.

Le Conseil départemental et la Maison départementale de l'autonomie (MDA) du Loiret accompagnent au quotidien les personnes en situation de perte d'autonomie dans tous les domaines de leur vie, quels que soient leur âge et leur situation. La MDA a une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil auprès des personnes et de leur famille, ainsi que de sensibilisation des citoyens à la perte d'autonomie. L'accueil de la MDA est assuré à Orléans. Le Conseil départemental et la MDA du Loiret proposent et organisent également des actions de prévention et des actions en faveur des aidants.

La Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes de plus de 60 ans a pour mission de coordonner, à l'échelle du département, la politique de prévention de la perte d'autonomie et de soutenir des actions de prévention grâce au programme coordonné 2023-2027. Gérée par le département du Loiret, la Conférence des financeurs regroupe l'Agence régionale de santé (ARS) ainsi que l'ensemble des partenaires impliqués dans la prévention de la perte d'autonomie des personnes de 60 ans et plus (caisses de retraite...). Ensemble, ces partenaires financent des actions collectives de prévention de la perte d'autonomie, des actions de soutien des proches aidants, facilitent l'accès aux aides techniques et le déploiement des habitats inclusifs dans le département.

En lien avec leurs missions d'action sociale, les centres communaux d'action sociale (CCAS), les municipalités et la communauté de communes accompagnent les personnes âgées dans le maintien à domicile ou dans la recherche de structures ressources pouvant leur apporter un soutien dans l'accomplissement de tous les actes essentiels de la vie courante (travaux ménagers quotidiens, aide à la toilette, accompagnement dans les déplacements en-dehors du domicile, assistance aux personnes âgées, assistance administrative, livraison de courses à domicile, préparation des repas et portage de repas, soins et promenades d'animaux, travaux de bricolage...).

Les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) ont pour objectif de maintenir la personne âgée ou handicapée dans son milieu de vie dans les meilleures conditions possibles, de prévenir et de retarder les hospitalisations, d'écourter les séjours en établissements de soins, de favoriser et d'organiser de manière harmonieuse le retour à domicile.

Selon le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess), sont autorisées et financées 1 317 places de Ssiad dans le Loiret, dont 105 pour personnes en situation de handicap et 40 pour personnes atteintes d'Alzheimer ou maladie apparentée.

Le territoire d'Orléans Métropole dépend en partie du Ssiad d'Orléans-Saran qui compte 203 places dont 3 pour personne en situation de handicap, du Ssiad de Domus VI domicile qui compte 120 places dont 10 pour personnes en situation de handicap et 20 pour personnes Alzheimer, du Ssiad de Saint-Jean-de-Braye comptant 38 places dont 37 places pour personne en situation de handicap et du Ssiad SAS du centre d'Orléans qui compte 60 places au total.

Les services d'hospitalisation à domicile (HAD) permettent d'assurer au domicile du malade des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés sous la responsabilité du médecin traitant. Le service HAD du Loiret est basé sur les communes d'Ardon et d'Amilly et couvre l'ensemble du département excepté les cantons de Pithiviers et de Gien.

Concernant le maintien à domicile, plusieurs associations et structures sont présentes sur le territoire afin d'aider la personne âgée dans son quotidien : petits travaux, aide-ménagère, téléassistance, portage de repas, aide administrative, accueil de jour, animation et activités culturelles, lieux d'écoute...

La fédération ADMR du Loiret intervient sur l'ensemble du département auprès des personnes âgées et ou en situation de handicap. Différentes structures proposent, quant à elles, une téléassistance aux personnes âgées ou isolées qui vivent à leur domicile et souhaitent bénéficier d'une assistance en cas de chute, de malaise ou d'intrusion ou des actions à destination des aidants (Familles rurales, France Alzheimer Loiret, etc.).

L'association APPUI SANTE Loiret est porteuse du dispositif d'appui à la coordination du Loiret (DAC). Dans le cadre de leurs missions d'appui et de leur responsabilité populationnelle, les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) interviennent en appui des professionnels médicaux, sociaux et médico-sociaux, au service des situations identifiées comme complexes afin que toute personne bénéficie d'un parcours de santé adapté à ses besoins.

La prise en charge en hébergements collectifs des personnes âgées

L'évolution de la structure d'âge de la population en France se traduit par un vieillissement marqué de ses habitants, engendrant, d'une part, le développement de services et de prestations favorisant le maintien à domicile et, d'autre part, le développement de l'accueil en hébergement collectif.

Avec l'avancée en âge, lorsque le maintien à domicile n'est plus possible, la personne âgée peut être accueillie dans un établissement d'hébergement et/ou de soins adaptés : maisons de retraite non médicalisées, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) ou bien encore en unité de soins de longue durée (USLD).

Orléans Métropole compte 23 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) totalisant 1 881 places d'accueil, soit un taux d'équipements de 75,0 places d'hébergement pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus (96,2 pour le département et 103,8 pour la région).

Accessibilité potentielle localisée aux établissements d'hébergement pour personnes âgées selon la commune

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) publie une étude qui mesure l'accessibilité géographique à l'offre médico-sociale et sanitaire pour les personnes âgées en France métropolitaine en 2019. Elle s'appuie sur le rapport de l'Institut des politiques publiques (IPP) dont la parution est simultanée. Cette étude recense l'ensemble des professionnels intervenant auprès de personnes âgées pour prendre leur perte d'autonomie en charge et les met en regard de la demande potentielle à proximité, approchée ici par le nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus. Ce faisant, elle propose des indicateurs dits « accessibilité potentielle localisée » (APL) à l'offre d'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie.

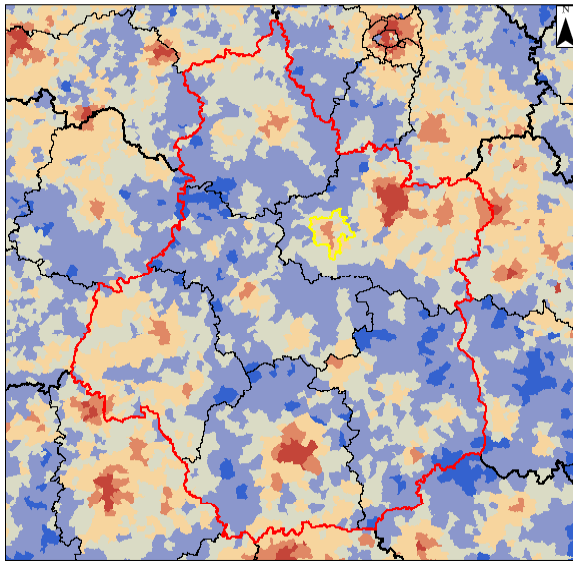
Les personnes sélectionnées pour cette étude sont des professionnels issus des secteurs médico-social ou sanitaire. Ils exercent un accompagnement auprès des personnes âgées pour les aider dans leur quotidien : aide au ménage, à la préparation et à la prise des repas, à la toilette, à l'habillement, au déplacement, etc.

En 2019, 515 000 professionnels (en équivalent temps plein - ETP) travaillent dans le secteur sanitaire ou médico-social de l'accompagnement des personnes âgées en France métropolitaine. Parmi eux, un peu plus de la moitié (262 000 ETP) exercent en établissement : établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), établissements d'hébergement pour personnes âgées (Ehpa) non Ehpad, unités de soins de longue durée (USLD), centres d'accueil de jour, soins de suite et de réadaptation (SSR) ou encore résidences autonomie.

En moyenne, 3 267 ETP exercent à moins de 60 minutes du domicile pour 100 000 personnes âgées de 60 ans ou plus. L'accessibilité géographique à l'offre totale n'est pas homogène sur le territoire métropolitain. L'accessibilité géographique est plus faible dans les régions autour de l'Île-de-France (Oise, Seine-Maritime, Eure, Orne, Eure-et-Loir, Sarthe, Loir-et-Cher), tout comme dans les régions montagneuses (Alpes, Pyrénées, Vosges, Jura) et le Grand Est. Le reste de la France bénéficie d'une offre plus accessible : les zones de faible accessibilité géographique y sont dispersées et de taille réduite.

À l'échelle du territoire d'Orléans Métropole, l'APL à l'offre médico-sociale pour personnes âgées de 60 ans et plus varie de 3 678 ETP à moins de 60 minutes pour 100 000 personnes de 60 ans et plus sur la commune de Saint-Jean-de-la-Ruelle à 1 383 ETP pour 100 000 pour la commune de Bou.

APL À L'OFFRE À DOMICILE POUR PERSONNES ÂGÉES EN 2019



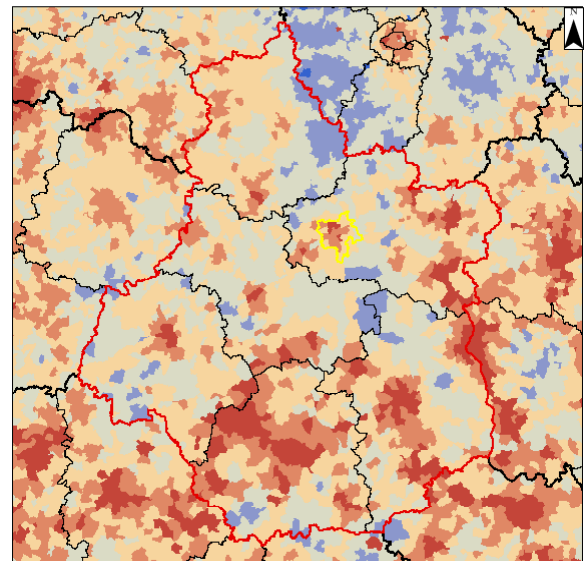
Accessibilité potentielle localisée à l'offre à domicile exprimée en nombre d'équivalent temps plein (ETP) à moins de 60 minutes (avec fonction de durée décroissante) pour 100 000 personnes âgées de 60 ans et plus



Note de lecture : Les communes en rouge ont une accessibilité géographique à l'offre élevée tandis que les communes en bleu ont une accessibilité géographique à l'offre faible.

Sources : DREES, Insee, DADS 2019 ; DGE, NOVA 2019 ; ATPI, tableau de bord 2020 ; CNAAMTS, SMOIS 2019 ; DREES, SAE 2019, Finances 2019, EPR 2019, Budgère 2019
Élaboration : CRIS Centre-Val de Loire

APL À L'OFFRE EN ÉTABLISSEMENTS POUR PERSONNES ÂGÉES EN 2019



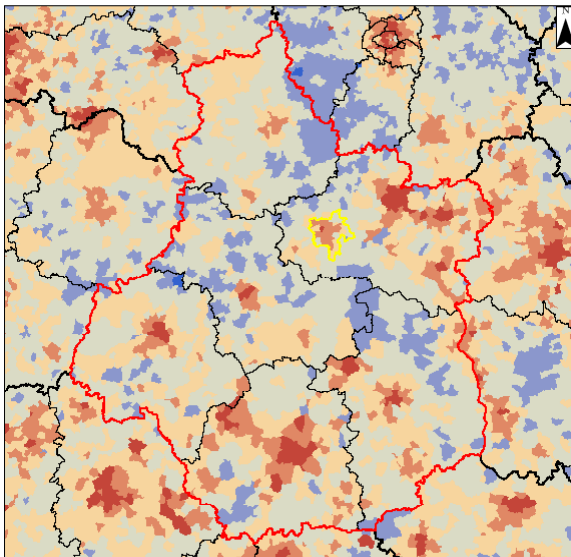
Accessibilité potentielle localisée à l'offre en établissements exprimée en nombre d'équivalent temps plein (ETP) à moins de 60 minutes (avec fonction de durée décroissante) pour 100 000 personnes âgées de 60 ans et plus



Note de lecture : Les communes en rouge ont une accessibilité géographique à l'offre élevée tandis que les communes en bleu ont une accessibilité géographique à l'offre faible.

Sources : DREES, Insee, DADS 2019 ; DGE, NOVA 2019 ; ATPI, tableau de bord 2020 ; CNAAMTS, SMOIS 2019 ; DREES, SAE 2019, Finances 2019, EPR 2019, Budgère 2019
Élaboration : CRIS Centre-Val de Loire

APL À L'OFFRE TOTALE POUR PERSONNES ÂGÉES EN 2019



Accessibilité potentielle localisée à l'offre totale exprimée en nombre d'équivalent temps plein (ETP) à moins de 60 minutes (avec fonction de durée décroissante) pour 100 000 personnes âgées de 60 ans et plus



Note de lecture : Les communes en rouge ont une accessibilité géographique à l'offre élevée tandis que les communes en bleu ont une accessibilité géographique à l'offre faible.

Sources : DREES, Insee, DADS 2019 ; DGE, NOVA 2019 ; ATPI, tableau de bord 2020 ; CNAAMTS, SMOIS 2019 ; DREES, SAE 2019, Finances 2019, EPR 2019, Budgère 2019
Élaboration : CRIS Centre-Val de Loire

Les personnes affectées par la maladie d'Alzheimer

Avec le vieillissement de la population, la fréquence de survenue de maladies démentielles a beaucoup augmenté. Parmi ces maladies, la maladie d'Alzheimer est la plus courante (60 à 70 % des syndromes démentiels).

La maladie d'Alzheimer représente la principale cause de dépendance lourde des personnes âgées et des entrées en institution. En effet, 40 % des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer vivent en institution.

Le récent changement de la perception des maladies démentielles par la population ainsi que l'augmentation des moyens mis en œuvre (plan Alzheimer et maladies apparentées 2005-2007, plan Alzheimer 2008-2012, plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019, stratégie maladies neuro-dégénératives 2024-2028) pour le diagnostic précoce a aussi entraîné un meilleur repérage des patients Alzheimer. Les régions sont désormais équipées de Centres mémoire de ressources et de recherche (CMRR) et d'un maillage du territoire par des consultations mémoires spécialisées.

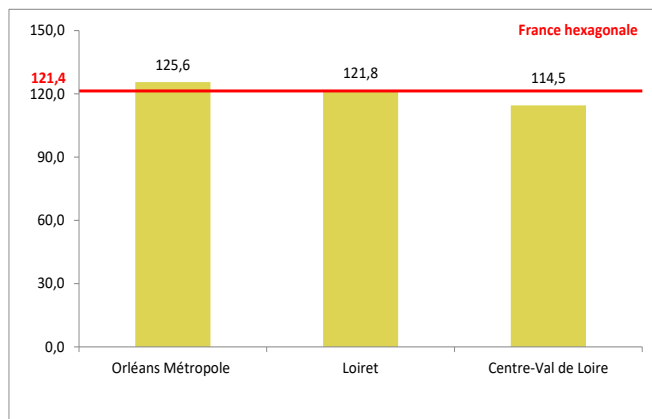
En 2023, 1 624 résidents d'Orléans Métropole sont pris en charge en ALD pour maladie d'Alzheimer ou une autre démence (4 110 dans le Loiret, 16 582 en Centre-Val de Loire et 414 132 en France hexagonale).

Entre 2018 et 2023, en moyenne, 308 personnes ont été nouvellement admises chaque année en ALD Alzheimer et autres types de démences (103 hommes et 204 femmes) sur le territoire d'Orléans Métropole. Ces ALD représentent 5,1 % de l'ensemble des nouvelles ALD sur le territoire (contre 5,2 % dans le Loiret, 5,3 % en Centre-Val de Loire et 5,2 % en France hexagonale).

À structure d'âge égal, le taux comparatif de nouvelles admissions en ALD est de 125,6 pour 100 000 habitants du territoire d'Orléans Métropole, soit un taux significativement supérieur à celui du Centre-Val de Loire (114,5 pour 100 000 habitants) mais similaire à ceux observés pour le Loiret (121,8) et la France hexagonale (121,4).

Rapporté à la population âgée de 65 ans et plus, le taux du territoire est de 612,7 nouvelles admissions pour 100 000 habitants. Il est également significativement supérieur au taux constaté en région (558,7 pour 100 000 habitants) mais comparable à ceux observés au niveau du département (596,4) et à l'échelle nationale (591,5).

TAUX COMPARATIF D'ADMISSIONS EN ALD POUR MALADIE D'ALZHEIMER ET AUTRES DÉMENCES (2018-2023)



Sources : CNAMTS, CCMSA, CNRSI, Insee
 Exploitation : ORS Centre-Val de Loire
 Taux pour 100 000 habitants
 Population de référence : France hexagonale (RP 2018)

Synthèse des échanges avec les professionnels

La santé de la population vieillissante de la métropole est un thème relativement peu approfondi par les professionnels rencontrés, à l'exception des acteurs spécialisés dans leur prise en charge et leur orientation. Néanmoins, un constat commun aux autres classes d'âge s'impose : la forte contrainte des démographies médicale et paramédicale, qui limite certaines prises en charge, notamment celles liées au maintien à domicile, qui sont d'autant plus nécessaires pour un public en perte d'autonomie.

« Typiquement, l'accessibilité à un médecin traitant, ça c'est le premier. La mobilité sur les personnes âgées, c'est fortement pointé. Et puis des ressources pour faciliter le maintien à domicile. On n'a pas suffisamment d'accueils de jour spécialisés Alzheimer par exemple. Quand on détecte un début de maladie neurodégénérative sur le territoire, et encore là je suis sur un territoire élargi, je sors de la métropole, on n'a que deux accueils de jour spécialisés. Les équipes mobiles Alzheimer, il n'y en a pas assez. Les équipes mobiles, c'est 15 séances à l'année. Vous avez fait vos 15 séances, sur les trois premiers mois de l'année. Vous attendez neuf mois avant qu'il se passe autre chose. Voilà. On retrouve un peu ces thématiques, le repérage. Il n'y a pas d'unité gériatrique extrahospitalière. Vous allez sur le Pithiverais, ils ont une équipe mobile derrière le thérapeute, financée par l'ARS. Il n'y a rien de tout ça ailleurs que là-bas. C'est un peu dommage. Vous avez une personne qui chute dix fois à domicile. On n'a pas de ressources pour envoyer un [professionnel]. Je dis ça et ce n'est pas vrai. Il y a des ressources, mais les gens ne les connaissent pas. »

Face aux défis que pose ce contexte, la coordination des acteurs est requise tant pour favoriser le repérage précoce des situations à risque et faciliter l'adaptation du logement que pour penser collectivement la mobilisation des ressources pour prévenir les chutes au domicile.

« Aujourd'hui, vous avez une ergothérapeute pour aller à domicile, il faut que ce soit que ça passe par la caisse de retraite, le circuit est compliqué. À Pithiviers, l'ARS finance un équivalent temps plein, c'est une ergothérapeute. Vous l'appellez, vous en tant qu'individu : « Ma maman est tombée – eh bien, OK, j'y vais, c'est gratuit. » Elle fait des préconisations : « bah oui, c'est pas le monte-escalier, c'est juste votre armoire, on va la pousser un peu. Il faudrait quand même aller voir votre médecin, j'ai l'impression que votre traitement médical entre eux, il est un peu déséquilibré. » C'est comment on va aller évaluer tout ça ? On n'a pas ces ressources-là, nous, sur la métropole. Le CRT, ce n'est pas non plus la vocation de faire ça. Nous, on va le faire indirectement, mais avec une file active de 35 situations, ce n'est pas possible de faire plus. Donc ça, c'est des choses qui vont ressortir pour moi. C'est le repérage précoce. »

« Regardez, la prévention des chutes à domicile, qui est un des premiers taux de mortalité des personnes âgées

en France, il est prouvé. On avait fait un travail avec les pompiers du 45 avant le Covid. Ils recensent aujourd'hui, leur mission, c'est le secours à la personne. Ce n'est pas le relevage des personnes. Une personne âgée qui chute chez elle, aujourd'hui, si vous n'avez pas une famille qui a la capacité de venir relever, on appelle les pompiers. Les pompiers sont obligés de se déplacer. Donc, ils envoient généralement une ambulance. Ils envoient toujours un camion avec 2-3 personnes pour relever la personne. Une fois, deux fois, trois fois, dix fois, cent fois ! Le chiffre que j'ai en tête, je le cite régulièrement, 150 fois dans la même année à Blois. Chez la même personne. À un moment donné, le CLS, pour moi, je trouve qu'il a ça. À quel moment on va aller évaluer cette situation ? Et par qui ? À quel moment on va déplacer un professionnel à domicile pour aller voir pourquoi cette dame a chuté 150 fois dans l'année ? Et bien là, pour le coup, le jour où elle va arriver aux urgences, un vendredi soir, où les urgences sont saturées... on pourrait se dire qu'on a quand même loupé un peu notre mission de prévention, vous voyez. Le « on », c'est pas moi, c'est la collectivité, c'est le pompier tout seul dans son camion qui ne sait pas qui doit prévenir et qui en a marre à chaque fois qu'il prend sa garde, il sait qu'il va aller chez Simone. »

La perte d'autonomie a également pour conséquence un retrait de la vie sociale qui est dommageable pour la santé tant physique que psychique des personnes vieillissantes. Un enjeu important pour le futur CLS serait d'agir pour encourager leur mobilité. Pour cela, des solutions innovantes pourraient être envisagées pour mettre à disposition des véhicules, pour favoriser l'inclusion des personnes ou même simplement pour améliorer l'accès aux soins.

« Il y a plein de gens qui ne peuvent pas sortir à cause de ça. Et la sortie, on va se dire c'est une sortie par semaine, oui, mais c'est du lien social, ils se rhabillent, ils ont une activité, il y a plein de bénévoles à ça en fait, c'est prouvé aujourd'hui scientifiquement. »

« On avait fait un gros travail, mais c'est très acteur-dépendant, avec 2-3 directeurs d'EHPAD sur la mobilité des personnes âgées et on avait proposé des mutualisations de véhicules, typiquement vous savez les clubs de sport ils ont tous des camionnettes payées par la ligue de foot, par le truc de hand sauf qu'en semaine ils tournent pas ces véhicules, alors que vous avez des EHPAD en fait qui pourraient mettre à disposition du personnel mais qui n'ont pas les moyens de se payer un véhicule ; on avait imaginé des conventions entre l'EHPAD et, je sais pas, le club de foot du village. En plus, ça fait tourner les véhicules, donc ils s'abiment moins vite. Et c'était gagnant-gagnant, finalement. C'est des fonds publics qui permettent – là pour le coup, c'était non pas d'amener les gens en EHPAD, mais éventuellement, sur la métropole, il y a des communes où il y a un minibus, mais que pour la commune. Si la personne veut aller faire des courses à l'extérieur de la commune, le

minibus ne peut pas l'emmener. Et vous voyez, on n'a pas été au bout de ce truc-là. On a proposé des choses. »

« Est-ce que chaque commune à la métropole pourrait être dotée d'un véhicule qui permette aux personnes âgées d'aller... Chécy le fait, ça fonctionne très bien. Et à la commune où vous habitez à côté, il n'y a pas – est-ce que c'est un manque de chance, une discrimination – je ne sais pas. Les élus ou même les bénéficiaires eux-mêmes, les usagers peuvent répondre mieux que moi ; je pense que c'est effectivement un handicap si vous n'avez pas la possibilité de pouvoir véhiculer cette personne pour aller chez son médecin ou simplement à la pharmacie. »

Une autre approche de la question de l'accès aux soins des personnes âgées consommatrices de soins, et plus largement des personnes à mobilité réduite, serait de favoriser les déplacements à domicile des professionnels de santé eux-mêmes.

« Il y a de moins en moins de médecins qui interviennent à domicile et on a de plus en plus de personnes qui ont des difficultés à se déplacer. Et donc, on a beaucoup de difficultés à organiser des visites. Même si on arrive à obtenir un rendez-vous, c'est tout un bazar pas possible d'organiser la visite avec le service à domicile ou avec les collègues. Enfin, voilà, c'est très compliqué. Donc, la question de la visite à domicile pour les personnes empêchées de se déplacer. Parce que je pense à mon public de personnes âgées, mais je pense qu'il y a des personnes handicapées qui sont aussi certainement dans la même situation. »

De manière plus générale, la prise en compte des besoins du public vieillissant devrait, selon un professionnel impliqué dans la coordination de cette thématique, passer par une vision globale du parcours de soins à l'échelle du territoire. Ainsi le CLS permettrait une approche du territoire différente de celle habituellement pratiquée par les professionnels de santé.

« L'avantage du CLS, c'est qu'on récupère le côté élu finalement et du coup on peut renforcer les démarches en lien avec le parcours des personnes âgées. Sur des problématiques de mobilité, d'exclusion, de ressources qui ne sont pas forcément harmonisées partout. »

« On ne reste pas dans le champ sanitaire, on discute avec les bailleurs sociaux, parce que c'est aussi les bailleurs sociaux qui sont au plus près de la précarité, du début de la fragilité sur les aînés. Pour moi, c'est le parcours, en fait. Il faut prendre le parcours, et le parcours vous donne les interlocuteurs, finalement. »

En complément, quelques thématiques de prévention, qui pourraient inspirer l'action du CLS, sont citées. Le « bien-vieillir », qui concerne l'ensemble des sujets de santé liés à la prévention de la perte d'autonomie, dans une approche globale visant à sensibiliser le public vieillissant, est tout d'abord mentionné, comme principe général, et

parce qu'il fait déjà l'objet d'actions.

« On voit, nous, sur les personnes de plus de 75 ans, beaucoup de gens qui vont négliger un certain nombre d'aspects de leur santé parce qu'ils se considèrent comme vieux et que ce n'est pas grave s'ils ont ceci ou cela. Peut-être axer le bien vieillir en bonne santé. »

« Il y a une action sur 2025-2026 qui est portée... par la maison de santé Madeleine Brès, mais c'est parce qu'ils ont déposé leur dossier auprès de la conférence des financeurs pour la prévention de la perte d'autonomie. Donc là, ils ont fait une super action qui mêle justement nutrition, équilibre ; plein de trucs, je ne pourrais même pas tout dire. Ils l'ont fait à la maison de santé et ils le déploient dans les centres sociaux de la ville d'Orléans et dans d'autres communes à côté. »

La semaine bleue est une action elle aussi large du point de vue thématique, qui se déroule chaque année partout en France au mois d'octobre. Les modalités de son déploiement, différenciées selon la population et les ressources de chaque commune, ont fait l'objet de réflexions auprès des professionnels du territoire, ce qui pour le futur CLS constitue un précieux exemple de collaboration territoriale en santé. Pour les professionnels, l'événement constitue en outre une occasion de mesurer la réalité effective de la sensibilisation ; et en particulier de la connaissance des acteurs par le public, qui s'avère insuffisante à leurs yeux malgré des efforts de communication, et de ce fait requiert une réflexion collective en vue de son amélioration.

« L'année dernière, on a essayé de faire des actions, là, sur la semaine bleue, des actions cantonales, enfin, intra-cantonales, je ne sais pas trop comment, mais par exemple, Chécy, s'est mis avec Saint-Jean-de-Braye, enfin voilà, ils ont fait des actions spécifiques en proximité géographique. Après, pareil, c'était pour des personnes âgées, donc c'était ciblé, etc. Mais voilà, ils ont réfléchi ensemble à quel était le lieu le plus adapté. Et là, l'objectif, c'est de redéployer cette action, mais de le faire plus côté Chécy plutôt que Saint-Jean-de-Braye, de recibler. Je pense que c'est une vraie question, parce que moi, j'habite une grosse commune de la métropole, mais mes collègues le disent bien. L'avantage des petites communes, c'est qu'elles peuvent repérer facilement les personnes vulnérables et cibler vraiment par rapport à ça leurs actions de santé ou leurs actions sociales ; et je pense à Boigny, c'est une petite commune, et le CCAS fait des réunions avec l'ensemble de ses professionnels de santé sur toutes les situations qu'ils ont en commun. Moi, je trouve ça génial. Mais il doit y avoir 5 000 habitants maximum. Ils ont deux médecins, trois kinés. Oui, ils peuvent le faire. Moi, à Orléans, je ne peux pas faire ça. »

« J'ai fait une action toute la semaine, pendant la semaine bleue de la semaine des retraités il y a 15 jours. La moitié des personnes que j'ai rencontrées ne connaissaient pas ni le CLIC ni le CCAS. Et pourtant, c'était des personnes qui avaient plus de 60 ans. Elles ne savaient pas que c'était la

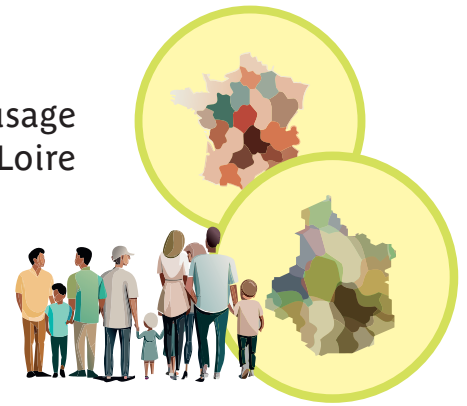
semaine bleue, elles ne savaient pas que le CLIC existait, elles ne savaient pas que le CCAS existait, elles ne savaient pas qu'il y avait un service des aînés au CCAS d'Orléans. Moi, alors après, je suis aussi une citoyenne engagée, pas simplement un agent municipal engagé. Et je le vois par rapport à tous les usagers qu'on voit tous les jours, etc. Et on essaie d'être proactifs. On fait des permanences dans les marchés. On participe à plein de forums. On essaie d'être très visibles en tant que dispositif. Et je n'ai toujours pas trouvé la réponse de dire comment faire pour être connus, comment faire pour communiquer correctement et que les gens sachent qu'on existe, en tout cas qu'ils peuvent nous appeler sur les questions liées au vieillissement. Je n'ai pas de réponse sur la visibilité. »

Enfin, un entretien insiste particulièrement sur la nutrition comme facteur déterminant de la qualité de vie des personnes vieillissantes, comme thématique d'action du CLS, action qui pourrait par ailleurs s'adresser à un plus large public, en abordant la thématique autour de plusieurs âges de la vie.

« Ce que j'aimerais, c'est qu'on ait le temps de travailler, d'avoir un discours co-porté sur justement c'est quoi l'importance d'une bonne hygiène buccodentaire parce que ça permet d'avoir une nutrition correcte, si on a une nutrition correcte, du coup on n'a plus de perte musculaire, si on n'a pas de perte, je ne sais plus quel est le mot médical, si on n'a pas de perte musculaire du coup on peut rester actif plus longtemps, du coup on a moins de problèmes de chute, enfin voilà ; j'ai envie de dire, un bon état général de santé est lié. Moi, ce que j'aimerais, c'est qu'on porte tous ensemble des discours de prévention pour éviter des choses qui ne devraient même pas exister. Quand on voit des personnes âgées qui ne mangent que des gâteaux ; ou des précaires des fois, moi je suis effrayée. Les gens ne connaissent même pas le B-A-BA d'une bonne hygiène de vie. »

COMPORTEMENTS ET CONDUITES À RISQUES : ADDICTIONS

Selon Santé publique France et l'OFDT, le niveau d'usage quotidien de tabac et d'alcool en région Centre-Val de Loire n'est pas différent des autres régions.



Bien que la consommation d'alcool ait été divisée par plus de deux en 50 ans, passant de 26 litres d'alcool pur par habitant âgé de 15 ans et plus en 1961 à 11,6 en 2018 et à 10,4 en 2023 (source : OFDT), les dommages liés à la consommation éthylique restent la deuxième cause de mortalité évitable en France et de grands pourvoyeurs de complications médicales, tant aiguës (psychose alcoolique...) que chroniques (cirrhose hépatique, cancers des voies aérodigestives supérieures...).

Concernant le tabac, il reste la première cause de décès évitable en France (environ 83 500 par an en 2016), de par les dégâts pulmonaires mais aussi cardiovasculaires et tumoraux engendrés par sa consommation. En 2023, parmi les 18-75 ans, 25,5 % déclaraient fumer quotidiennement en région Centre-Val de Loire contre 23,1 % en France hexagonale, soit la prévalence la plus faible jamais enregistrée jusqu'à présent.

Mortalité par pathologies liées au tabac

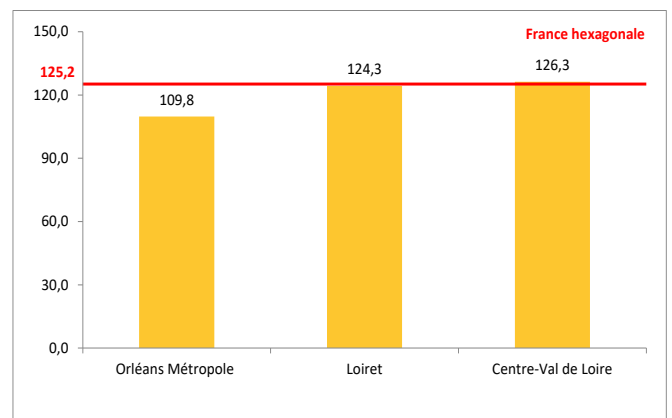
On peut représenter de manière très schématique la mortalité liée à la consommation de tabac par celle de 3 pathologies prédominantes et relativement spécifiques, ou du moins dont le fait de fumer représente un facteur de risque clairement établi : cancer de la trachée, des bronches et du poumon, la bronchopneumopathie obstructive (BPCO) et les cardiopathies ischémiques.

Sur le territoire d'Orléans Métropole, la mortalité imputable au tabac représente, en moyenne, 279 décès annuels sur la période 2014-2022 (dont 66,4 % d'hommes).

Le taux comparatif de mortalité du territoire, après standardisation sur l'âge est de 109,8 décès pour 100 000 habitants, soit un taux significativement inférieur aux taux des territoires de référence (124,3 dans le Loiret, 126,3 en Centre-Val de Loire et 125,2 en France hexagonale).

De grandes variations entre les sexes sont observées, car si le taux comparatif de mortalité pour les femmes est de 60,5 décès pour 100 000 habitantes, il est de 180,8 pour les hommes.

TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ PAR PATHOLOGIES IMPUTABLES AU TABAC (2014-2022)



Sources : Inserm CépiDc, Insee
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire
Taux pour 100 000 habitants

Mortalité par consommation excessive d'alcool

De la même manière, un indicateur de mortalité par pathologie liée à l'alcool peut être composé en alliant 3 pathologies propres à celle-ci : la cirrhose alcoolique, la psychose alcoolique et les cancers des voies aérodigestives supérieures.

Durant la période 2014-2022, les pathologies liées à l'alcool sont responsables d'en moyenne 79 décès annuels au niveau d'Orléans Métropole. Ces pathologies représentent 3,7 % de la mortalité totale, chiffre proche de ceux retrouvés pour les territoires de référence. Après standardisation par tranches d'âge, le taux comparatif de mortalité par pathologies liées à l'alcool est de 30,6 décès pour 100 000 habitants d'Orléans Métropole, soit un taux significativement inférieur à ceux observés dans le Loiret (37,4), le Centre-Val de Loire (38,5) et en France hexagonale (35,6 décès pour 100 000 habitants).

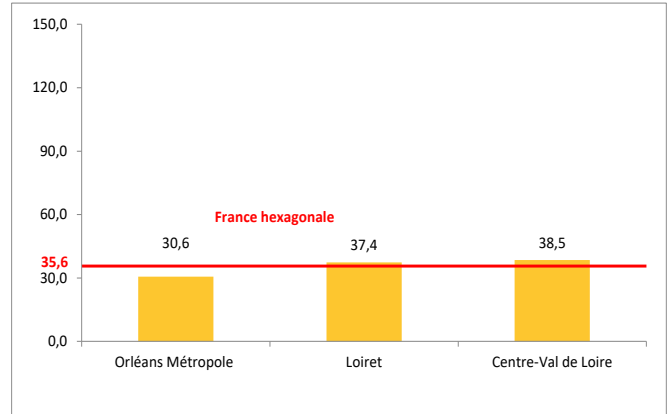
Des disparités sont observées entre les hommes et les femmes. Le taux comparatif de mortalité est beaucoup plus élevé chez les hommes (52,1 décès pour 100 000 habitants) que chez les femmes (13,2 décès pour 100 000 habitantes).

Patients hospitalisés pour troubles liés à la consommation d'alcool

Entre 2021 et 2023, 573 patients du territoire d'Orléans Métropole ont été hospitalisés pour troubles liés à la consommation d'alcool, par an, en moyenne, (1 661 dans le Loiret, 8 579 en Centre-Val de Loire et 258 889 en France hexagonale).

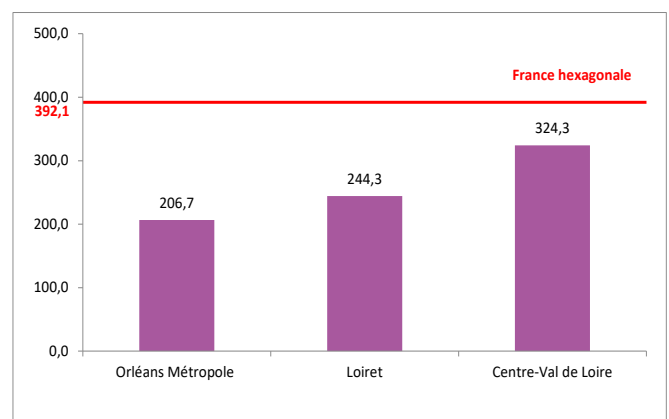
Après standardisation, le taux du territoire est de 206,7 patients hospitalisés pour 100 000 habitants, soit un taux significativement inférieur à ceux observés dans le Loiret (244,3), en Centre-Val de Loire (324,3) et en France hexagonale (392,1).

TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ PAR CONSOMMATION EXCESSIVE D'ALCOOL (2014-2022)



Sources : Inserm CépiDc, Insee
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire
Taux pour 100 000 habitants

TAUX COMPARATIF DE PATIENTS HOSPITALISÉS POUR TROUBLES LIÉS À LA CONSOMMATION EXCESSIVE D'ALCOOL (2021-2023)



Sources : ATIH (PMSI MCO 2021-2023), Insee (RP 2021)
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire
Taux pour 100 000 habitants
Population de référence : France hexagonale (RP 2018)

Synthèse des échanges avec les professionnels

L'analyse pouvant être tirée des discours des professionnels au sujet des comportements et conduites à risques est moins dense du fait du nombre limité d'entretiens évoquant spécifiquement ces sujets. Le sujet qui ressort le plus de ces échanges concerne la sensibilisation des professionnels de santé non spécialistes dans le contexte de la prise en charge des patients/usagers, qu'il convient de renforcer pour éviter les discriminations. Ces remarques valent tant pour le parcours des personnes en situation d'addiction que pour la prise en charge en santé des personnes LGBT – pour laquelle la participation des personnes concernées est un levier, qui permettrait de sensibiliser par le partage de leurs expériences de l'accès aux soins.

« Tu ne peux pas avoir ce levier de déstigmatisation si on ne te l'apprend pas. Du coup, tu l'apprends par le contact avec les usagers, qui est parfois plus ou moins bon. Et du coup, la stigmatisation, elle vient d'une méconnaissance. Sinon, on ne nous apprend rien là-dessus. Enfin, moi, je suis en fin d'études sur sept ans. Ils pourraient trouver un moment où nous parler d'addicto et on ne le trouve pas. Et c'est là où je pense que la formation, elle peut déstigmatiser. [...] Chaque fac a quand même une indépendance qui est propre. Moi, en tout cas, ma fac, on ne réagit pas du tout... Ce n'est pas des programmes nationaux. C'est juste lié à des intervenants qui viennent ou qui ne viennent pas. Et ces intervenants, c'est des sollicitations de l'université, des professeurs référents. Donc je pense que c'est très région-dépendant. Si le CLS met à montrer qu'il y a un besoin, la fac a le pouvoir de solliciter une équipe d'intervention. Et du coup forcément plus facile de faire intervenir si quelque part c'est écrit qu'on en a besoin. »

« En tout cas, l'idée que des groupes de personnes concernées participent à l'élaboration des solutions, nous, on est absolument certains que c'est indispensable. C'est d'ailleurs pour ça qu'on se retrouve au CoReSS aussi, parce qu'on n'est pas des professionnels de la santé, mais on est des super pros de l'accès au système de santé. Pour vous donner un exemple, 80% des personnes LGBT n'ont pas parlé de leur orientation sexuelle à leur médecin. Ce qui pose un problème en termes de santé sexuelle et de santé mentale. Et on a des personnes trans qui ne vont plus jamais voir un médecin, hormis leur endocrinologue, parce qu'elles trouvent trop compliquée l'idée de parler de leur transidentité à un médecin. »

Ainsi, dans les deux cas, les entretiens soulignent des manques au niveau de la formation des professionnels qui suscitent un engagement des structures pour sensibiliser les professionnels du soin, et ainsi favoriser l'égalité dans l'accès à la santé.

En complément de la formation, les entretiens soulignent que l'interconnaissance des acteurs doit être renforcée afin de faciliter les parcours des usagers et de rendre plus cohérente la manière d'interagir avec les professionnels de l'offre de soin insuffisamment informés sur ces questions ; ainsi que les usagers eux-mêmes.

« Sur la question du soin addicto en ambulatoire, sur le territoire, on est plusieurs associations, plusieurs acteurs. Déjà, en termes d'associations, il y a Addictions France et il y a l'Apléat-Acep. Il y a aussi maintenant le centre addicto Bannier, anciennement CMP Saint-Marc, de l'EPSM Daumézou, qui s'est mis aussi à avoir un centre addicto. Mais finalement, on a du mal à savoir où s'arrêtent leurs missions, sur quels produits ils sont ou pas, qu'est-ce qu'ils peuvent faire. Donc si déjà pour nous c'est flou, comment est-ce qu'on peut orienter les gens ? C'est compliqué. »

« En tant que pro de santé, donc infirmière, je trouve qu'on ne nous fait pas confiance non plus. Moi, je ne dis plus quand j'appelle, très clairement, que je suis infirmière. Parce que du coup, ça me joue des torts en fait sur l'orientation vers les différents services. Et je ne suis pas la seule, parce qu'ils ne nous connaissent pas non plus pour autant. Je veux dire, on essaye vraiment d'aller les voir et tout ça. Mais le 15, si j'appelle en disant que j'ai une urgence, je suis infirmière, ils imaginent, j'ai mon chariot de réa, je suis dans un service et on y va. Non, dans la vraie vie, ça ne se passe pas comme ça. Donc il faut déjà que j'arrive à enlever tout ce cap-là, pour qu'ils puissent m'entendre, alors qu'on gère quand même une vraie urgence vitale. »

Au-delà de l'orientation des publics, ces limites dans l'interconnaissance et la sensibilisation des professionnels aux thématiques liées aux conduites à risque peuvent avoir des conséquences sur la prise en soin des usagers eux-mêmes – il est donc important de réfléchir collectivement à ces sujets afin que les acteurs sanitaires ne participent pas à l'aggravation de situations individuelles déjà complexes et susceptibles d'évoluer vers le renoncement aux soins.

« Il y a un gros point noir, je trouve, c'est tout ce qui est accès aux traitements, là, notamment, par rapport au TSO. Du coup, il y a de moins en moins de médecins, il y a de moins en moins de professionnels qui peuvent prescrire. Il y en a qui ne souhaitent pas prescrire non plus parce qu'ils ont une méconnaissance et une méfiance de ce public ou une méconnaissance du traitement. Et donc, l'entonnoir sur les personnes prescripteurs se réduit. Du coup, sont envoyés ou adressés dans nos services. Et donc, nous, on doit pouvoir accueillir tout le monde, ce qui n'est pas possible non plus. Parce que du coup, les effectifs. Donc après, j'entends que ça se relie sur les pharmacies, que ça se relie auprès d'autres

partenaires, qu'il y ait de la montée de violence et tout ça. Mais quelqu'un en rupture, on les met en rupture de traitement. Donc là, je parle pour les TSO, mais on peut le faire aussi versus traitement psychiatrique. On met, je trouve, les personnes en situation de rupture de traitement et ce qui crée justement toutes ces problématiques. Alors que si on avait un travail de fond, là justement, de partenariat avec d'autres structures et la connaissance des uns et des autres, on pourrait s'en appuyer. Je pense qu'on éviterait pas mal de ruptures. »

Concernant la prévention des comportements addictifs, quelques thèmes sont cités par les acteurs comme bien identifiés, de leur point de vue et de celui de leurs partenaires, sans que ces sujets soient particulièrement approfondis.

« Je pense aux plus grands, aux ados qu'on accompagne aussi, c'est tout ce qui est prévention autour de la cigarette électronique, etc. Voilà. Et puis après, je mets ça dans les écrans aussi, mais la prévention vis-à-vis des réseaux. Mais pour moi, ça faisait partie des écrans. Adapter à l'âge, quoi. »

« L'arrêt du tabac, tout ce qui est addictions, alors pour l'instant, on n'est pas trop dans l'addiction à l'alcool. On est plutôt sur le tabac, le cannabis. On va, sur 2026, s'occuper aussi de toutes les addictions aux écrans et au téléphone, notamment pour les jeunes. »

« Augmentation forcément des comportements en lien avec la consommation de crack. Ça c'est clair, mais il n'y a pas que ça. »

Le caractère concis des verbatims précédents tient à la fois de la capacité des structures de prévention à se saisir de sujets divers, du caractère non-spécifique à la métropole Orléanaise des comportements addictifs cités, ainsi que de l'aspect circonstanciel de certaines demandes qui émergent en réaction à l'actualité médiatique – comme dans l'exemple, abordé dans le verbatim ci-dessous, du protoxyde d'azote. Opposant leur regard à cette perspective répandue dans les établissements accueillant des publics jeunes, les professionnels plaident pour une prévention qui envisage les déterminants sociaux/environnementaux des conduites addictives et les facteurs de protection (par exemple le développement des CPS) – soit une approche globale qui ne se restreint pas à des substances ou comportements addictifs particuliers.

« Selon les établissements aussi ou selon les priorités, je parlais tout à l'heure des faits divers, on va nous appeler à la rescousse. « Attention, le sujet du moment, c'est le protoxyde d'azote, le cannabis, le harcèlement, les jeux vidéo, Tik Tok » ou je ne sais quoi. Et on se focalise sur l'outil, en tout cas, ou sur le truc qui pose problème aujourd'hui, sans se préoccuper du fond de quels seraient les leviers, les

facteurs de risque, les facteurs de protection, et d'agir vraiment en profondeur. »

Ainsi, il ressort de cet entretien la volonté d'insister sur les modalités d'intervention des structures de prévention, plutôt que sur le choix des thématiques. Celui-ci, par ailleurs, est souvent déterminé par des appels à projets ou autres considérations liées aux ressources. Une prévention efficace doit être pensée dans la durée et être pour cela soutenue par des budgets alloués sur un temps long ; elle doit en outre s'articuler avec la présence durable sur le terrain de professionnels aptes à orienter, voire accompagner, les publics ciblés par l'action.

« Une fois que nous, on est partis, si derrière, il n'y a pas des professionnels qui sont à minima sensibilisés, si ce n'est formés à comment aborder les problématiques de santé, comment trouver les leviers pour engager le changement auprès des personnes, comment orienter vers le soin spécialisé, comment trouver la bonne porte d'entrée derrière nos interventions, elles retombent comme un soufflet. Donc c'est aussi de pouvoir former les acteurs de terrain et nous, éventuellement, intervenir sur des actions peut-être un petit peu plus ciblées. Mais on ne peut pas juste nous demander d'intervenir, encore moins en one shot, d'intervenir et de repartir. Sinon, c'est un coup d'épée dans l'eau. »

L'autre grand sujet qu'abordent les professionnels est la santé sexuelle. L'aspect le plus discuté est la prévention des IST ; la lutte contre le VIH fait notamment l'objet d'un événement annuel à Orléans, plutôt mobilisateur.

« Au moment du 1^{er} décembre, journée mondiale contre le sida, on fait une grosse opération en centre-ville, où on installe un centre de dépistage dans les locaux de la CPAM. Et on a des bénévoles des différentes structures qui parlent du VIH, donc [des associations] GAGL, Aides, le Cégidd, etc. Les bénévoles vont dans les rues d'Orléans pour distribuer des flyers, pour parler du VIH et pour dire aux gens, si ça vous intéresse, il y a du dépistage. Franchement, on a beaucoup de bons échanges avec la population à ce moment-là, et on a l'impression que c'est un peu plus efficace. [...] Je ne sais pas si ça fonctionne, mais j'ai l'impression que ça peut peut-être avoir plus d'impact, et en même temps mobiliser les acteurs, ça nous permet de nous rencontrer aussi entre structures. »

Pratiquée tout au long de l'année, la dispensation de Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD) pour plusieurs IST est également mentionnée dans deux entretiens. Si les modalités proposées (dans ou en dehors des locaux associatifs, avec ou sans prise de rendez-vous) sont variées, l'idée commune reste un accès simple, privilégiant la proximité. Dans le second verbatim, ces tests sont décrits comme une porte d'entrée sur de plus vastes sujets de santé, en permettant de visibiliser les structures de prévention – malgré des coûts limitants.

« La santé sexuelle reste un sujet, c'est que si on a beaucoup avancé sur le VIH, on a beaucoup reculé sur beaucoup d'autres IST. Pour vous donner un indice, là, nous, on est en train de faire une demande d'habilitation auprès de l'ARS, pour être habilités pour faire des TROD, des tests rapides – sur la syphilis. Alors que moi, quand j'étais jeune, la syphilis avait disparu. La syphilis était une maladie de nos grands-parents. Aujourd'hui, c'est une des IST qui progresse le plus. Donc le champ de la santé sexuelle, c'est un champ qui reste très important pour nous. Et donc dans nos locaux, on est centre de dépistage du VIH, des hépatites, B et C, et on l'espère assez rapidement, de la syphilis. Donc les gens peuvent venir n'importe quand, tous les après-midis sans rendez-vous et le matin sur rendez-vous, pour faire un test de dépistage et ils ont le résultat tout de suite. C'est sous le contrôle de l'hôpital, évidemment. »

« Toute l'équipe elle est formée et dans l'association on est plusieurs à former ; on nous demande de plus en plus notamment d'actions TROD vers l'extérieur, et ça, ça marche énormément. [...]

[ORS] quand vous dites « vers l'extérieur », c'est faire une journée

- Hors les murs, ouais. Auprès des habitants. Et ça marche, les habitants ou les partenaires, ou dans nos services aussi, pour notre public. Et ça, ça marche beaucoup. [...]

- Oui, ça c'est un outil de réduction des risques qui est génial, notamment sur tout ce qui est transmissions IST. Et ça nous donne une bonne matière pour travailler avec les gens, notamment sur les conduites addictives. Ça marche trop trop bien.

- C'est la philosophie derrière. C'est simple, c'est rapide. Et surtout, c'est en proximité. Demain on ouvre un centre qui fait que des TRODs, et sur prise de rendez-vous. Ça ne marchera pas. Je pense que c'est la philosophie derrière qu'il faut. Non, mais parce que c'est là où sont les gens. C'est facile, c'est simple. Et c'est pour ça que ça marche. »

Au-delà des dépistages, des actions de prévention en santé sexuelle auprès du public jeune sont requises, les acteurs de terrain observant un recul des connaissances sur le sujet. Celui-ci est lié aux difficultés de l'institution scolaire à prendre en compte cette thématique dans un contexte général de difficultés des personnels à déployer des programmes annuels complexes. Les infirmières scolaires en particulier peinent à organiser des séances de prévention en santé sexuelle dans les établissements, et sollicitent de ce fait les structures de prévention du territoire.

« Aujourd'hui, ils en savent moins que les jeunes du même âge y a 10 ou 20 ans. Il y a un vrai recul – l'autre jour, j'étais avec des jeunes de 16-18 ans, des jeunes qui ont décroché du système scolaire et qui sont dans ce qu'ils appellent la promo 16-18, c'est pour essayer de les raccrocher à quelque chose. Et on m'avait demandé la moitié de la séquence sur la santé sexuelle. Il y avait trois jeunes filles et cinq garçons. Les trois jeunes filles, donc entre 16 et 18 ans n'avaient jamais touché un préservatif. Et une des trois lors de la séquence là n'a pas voulu toucher le préservatif. Et il y a une confusion : ce groupe de jeunes de 16 à 18 ans, il ne comprenait pas la différence entre la question de la contraception et la question de la protection lors des relations sexuelles. Pour eux, s'il y avait une contraception, donc une pilule, on ne risquait pas d'attraper quelque chose. [...] je pense que c'est très dépendant, évidemment, de l'environnement dans lequel les jeunes vivent, mais c'est très dépendant aussi de la capacité de l'école à parler de ces sujets-là. [...] Les infirmières scolaires, depuis pas mal d'années maintenant, elles peuvent prescrire la pilule du lendemain. Elles n'en ont jamais prescrit autant. C'est complètement fou – de se dire que sur la question de la contraception, on en est à ce que les infirmières scolaires de collège doivent prescrire la pilule du lendemain. Et un des axes que nous on a sur la question du VIH, c'est qu'elles puissent aussi prescrire – ça ne s'appelle pas la pilule du lendemain, ça s'appelle le traitement post-exposition, mais on en est à essayer de rattraper des trucs. Et donc on est très très mauvais en prévention en santé sexuelle dans notre pays en général, mais sur notre territoire c'est pas mieux. »

Le sujet de la prévention en santé sexuelle concerne également des publics adultes, qui peuvent être plus difficiles d'accès pour des raisons diverses : le même entretien évoque le fait que cet aspect de la santé des migrants puisse être sous-estimé dans les CADA ; ainsi que la difficulté à atteindre les personnes vivant leur homosexualité de manière cachée et donc moins susceptibles de rentrer en contact avec des structures de prévention.

L'épidémie par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) a débuté en France dès le début des années 80

La région Centre-Val de Loire reste l'une des régions de France métropolitaine les plus concernées par l'épidémie à VIH, avec l'Île-de-France, le Grand Est et PACA. Le nombre de sérologies VIH réalisées pour 1 000 habitants est l'un des plus faibles de France ce qui nécessite de mobiliser l'ensemble des acteurs de premier recours. Le taux de positivité, quant à lui, reste l'un des plus élevés de France hors Île-de-France.



La promotion du dépistage reste un enjeu crucial dans un contexte de diminution du recours au dépistage du VIH et des autres IST sur l'ensemble du territoire national et régional en 2020, en raison de la crise.

Depuis le 1^{er} septembre 2024, le dispositif « Mon test IST » permet l'accès au dépistage du VIH (et autres IST) sans prescription médicale et sans avance de frais pour les moins de 26 ans dans tous les laboratoires de biologie médicale. Ce dispositif remplace celui nommé « VIH Test » datant de 2022, qui permettait le dépistage du VIH sans ordonnance avec une prise en charge à 100 % sans limite d'âge.

La participation à l'enquête LaboVIH et la bonne déclaration des nouveaux diagnostics de VIH via e-DO par les cliniciens et les biologistes sont indispensables pour la production d'indicateurs de surveillance fiables. En 2020, du fait de la crise sanitaire, cela n'a pas été le cas dans toutes les régions. En région Centre-Val de Loire, la participation à l'enquête LaboVIH a augmenté ces dernières années (84 % en 2020, 97 % en 2021 et 98 % en 2022) pour diminuer à 80 % en 2023.

Avec un taux de sérologies VIH de 88 pour 1 000 habitants en 2023, la région Centre-Val de Loire dispose d'un des taux les plus bas du territoire français. Malgré une diminution considérable de l'activité de dépistage en 2020 en raison d'une baisse importante du recours au dépistage lors du 1^{er} confinement au printemps 2020, l'activité connaît une augmentation continue depuis 2021, avec une accélération en 2023.

Le taux de positivité régional (proportion de sérologies confirmées positives parmi celles effectuées) est en augmentation en 2023, atteignant 1,6 pour 1 000 sérologies effectuées vs 1,3 en 2022. Cette progression intervient après une période de stabilisation en 2022 et une forte diminution entre 2017 et 2021. Ce résultat place la région au taux de positivité le plus élevé en France hexagonale en dehors de l'Île-de-France.

Source : Bulletin de santé publique, novembre 2024, Surveillance et prévention des infections à VIH et des IST bactériennes, Santé publique France

Grossesses précoces

Les données extraites des certificats de santé du 8^e jour de l'enfant ne sont pas disponibles en raison d'un nombre de données manquantes trop important.

Pratique de l'interruption volontaire de grossesse

La SAE (statistique annuelle des établissements de santé) est une enquête commanditée par la Drees qui collecte annuellement, de façon exhaustive et obligatoire, un ensemble de données ayant trait à l'activité des diverses structures de santé et notamment celles concernant les pratiques d'interruption volontaire de grossesse (IVG).

Deux méthodes de recours à l'IVG existent : une médicamenteuse, schématiquement réservée aux interruptions précoces et sans signe de gravité, et une chirurgicale, de référence. Cette première s'est rapidement développée en région Centre-Val de Loire.

En 2023, 23 établissements de santé pratiquent l'IVG en région Centre-Val de Loire (dont 5 établissements dans le département du Loiret).

En 2023, plus de 227 400 IVG ont été enregistrées en France métropolitaine, et 79 % d'entre elles ont été pratiquées par méthode médicamenteuse (contre 31 % en 2000 et 68 % en 2019). En Centre-Val de Loire, ce sont 72,8 % des 7 781 IVG qui ont été pratiquées par méthode médicamenteuse (81,1 % pour le Loiret).

Par ailleurs, depuis 2004, l'évolution de la législation permet à des médecins de ville ayant passé une convention avec un établissement de santé de pratiquer les IVG par voie médicamenteuse. Au total, 20 conventions avec des médecins de ville ont été signées en région Centre-Val de Loire pour la réalisation d'IVG médicamenteuse.

Selon la Drees, en 2023, 26,6 % des IVG en région Centre-Val de Loire ont été réalisées hors établissements hospitaliers (centre de santé, centre de planification et d'éducation familiale, cabinets libéraux), contre 7 % en 2010.

Le nombre d'interruptions de grossesse en France hexagonale a légèrement augmenté entre le milieu des années 1990 et 2006 avant de se stabiliser autour de 220 000 IVG par an (IVG en établissements hospitaliers et hors établissements hospitaliers). À partir de 2017, le nombre d'IVG est en hausse avant de connaître une nette diminution pendant la crise de la Covid-19. Depuis 2022, la hausse a repris pour atteindre un pic du nombre d'IVG en 2023.

En 2023, le taux de recours à l'IVG en région Centre-Val de Loire est de 15,4 ‰ femmes âgées de 15 à 49 ans (16,3 ‰ en France hexagonale).

En France hexagonale, 30,3 % des femmes ayant recours à l'IVG ont moins de 25 ans. Les taux de recours à l'IVG augmentent pour chaque tranche d'âge mais sont plus élevés entre 20 et 34 ans : le taux de recours atteint son pic chez les 25-29 ans (29,7 ‰ en France entière en 2023). Selon l'enquête, en 2023, le taux d'IVG chez les mineures en région Centre-Val de Loire est de 4,6 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 17 ans (5,2 ‰ en France hexagonale).

Malgré de nombreuses campagnes de l'évolution de la législation en matière de recours à l'IVG, l'étude Drees 2007 montre qu'un quart des femmes en situation de grossesse non prévue ne savent pas à qui s'adresser pour prendre leur décision. À cette difficulté s'ajoute parfois l'absence de parents ou de proches dans l'accompagnement des démarches à effectuer. De plus, lors du premier rendez-vous, près d'une femme sur deux (46 %) se présente seule. Cependant la question posée de l'enquête ne permet pas de répondre à ce sujet (volonté individuelle, incapacité à mobiliser un proche, difficultés techniques...).

Les violences faites aux femmes

Les violences conjugales peuvent prendre différentes formes (verbales, physiques, sexuelles, psychologiques...) et sont dans la majorité des cas le fait des hommes. Selon les estimations d'un rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), près d'1 femme sur 3 dans le monde a déjà été victime de violence physique ou sexuelle au sein de son couple, ou à de la violence infligée par une autre personne que son partenaire. Les violences conjugales subies par les femmes ont de multiples conséquences sur leur santé, qu'elles soient physiques (plaies, fractures, brûlures...) ou psychiques (dépressions, consommations d'anxiolytiques, tentatives de suicide). Les relations sexuelles forcées engendrent également des problèmes gynécologiques et psychologiques. La grossesse en est un facteur déclenchant ou aggravant. Des conséquences sont également visibles sur les enfants témoins de violences conjugales avec l'apparition chez eux de troubles du comportement et de la conduite, de troubles psychosomatiques.

Les violences conjugales sont souvent considérées comme un processus évolutif, s'aggravant plus elles perdurent dans le temps, conduisant dans bien des cas à l'homicide. Selon les données du Ministère de l'Intérieur, en 2023, 96 femmes, 23 hommes et 9 mineurs sont décédés dans un contexte de violence au sein du couple. 81 % des victimes au sein du couple sont des femmes. Parmi les femmes tuées par leur conjoint, 39 % étaient déjà victimes de violences antérieures, à la fois psychiques, psychologiques et physiques de la part de leur partenaire.

Sous l'autorité de la Préfecture du Centre-Val de Loire, la Délégation départementale aux Droits des Femmes et à l'Égalité coordonne la politique interministérielle et impulse au niveau départemental la politique aux droits des femmes et à l'égalité. Celle-ci met en œuvre au niveau local la politique d'égalité entre les femmes et les hommes impulsée par le Ministère des Droits des Femmes. L'objectif de cette mission est de sensibiliser les acteurs du département et d'animer un réseau de référents locaux sur le thème de l'égalité.

Les violences exercées sur les femmes impactent fortement leur santé. Ainsi, on diagnostique des difficultés :

- En matière d'accès aux soins (notamment des publics précaires). En effet, n'ayant pas d'autonomie financière et portant un fort sentiment de honte, les femmes ne vont que très peu chez le médecin.
- Dans le champ de la santé de la mère et de l'enfant. Avec les risques importants de fausses couches, malformations, accouchements prématurés, risques directs et indirects pour l'enfant témoin de violences au sein du couple.
- Dans le champ de la santé mentale : avec des risques forts de dépression nerveuse, de tentative de suicide, une consommation de tranquillisants, d'anti-dépresseurs.
- Dans le champ de la nutrition et de l'activité physique. En effet, les femmes sont assez souvent isolées et ne pratiquent que peu souvent une activité physique.
- Dans le champ des conduites à risques (vie affective et sexuelle, prévention des IST, tabac/alcool, drogues illicites, jeux pathologiques, violence routière).
- Dans le champ des maladies chroniques. Les pathologies y compris chroniques accompagnent régulièrement les victimes d'agression à caractère sexuel.
- Dans le champ du vieillissement de la population. Les femmes âgées victimes de violence ne recherchent plus d'aide, de soutien. Elles sont isolées et résignées.

Entre 2014 et 2022, les accidents de la circulation représentent 0,4 % de la totalité des décès d'Orléans Métropole (0,5 % dans le Loiret et en Centre-Val de Loire et 0,4 % en France hexagonale).



Mortalité par accidents de la circulation

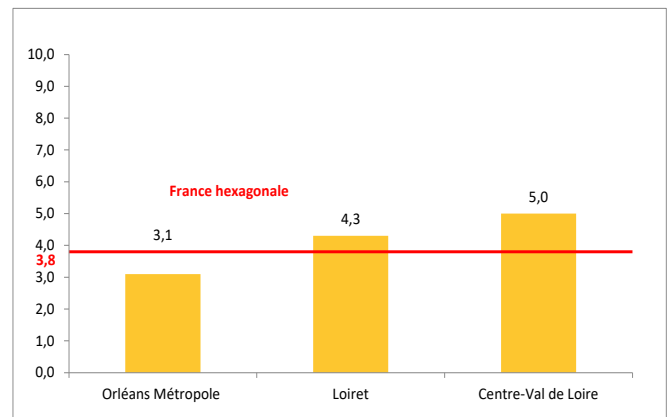
La région Centre-Val de Loire occupe le 3^e rang des 13 régions françaises métropolitaines présentant les plus mauvais chiffres en matière de mortalité par accidents de la circulation derrière la Corse et Bourgogne-Franche-Comté. Ce constat s'explique, mais en partie uniquement, par des éléments de géographie physique et d'infrastructures. L'accidentologie est en effet de manière générale plus sévère en zone rurale, et les régions les plus urbanisées sont celles où il y a le moins d'accidents graves de la circulation (vitesse réduite en ville, meilleur éclairage, etc.).

Après standardisation, le taux de mortalité par accidents de la circulation des habitants du territoire est de 3,1 décès pour 100 000 habitants, chiffre statistiquement inférieur à ceux observés dans le Loiret (4,3 pour 100 000 habitants), en Centre-Val de Loire (5,0) et en France hexagonale (3,8).

Chez les 15-24 ans, population souvent décrite comme plus à risque dans le domaine des accidents liés à la circulation, la part des décès dus à la violence routière parmi l'ensemble des décès de cette classe d'âge est de 18,2 % sur le territoire d'Orléans Métropole, 26,5 % pour le Loiret et le Centre-Val de Loire et 20,8 % pour la France hexagonale.

Au total, les 15-24 ans représentent 22,8 % de la mortalité par accidents de la circulation du territoire d'Orléans Métropole, 22,9 % pour le département, 20,1 % pour la région et 19,5 % pour la France hexagonale.

TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ PAR ACCIDENTS DE LA CIRCULATION (2014-2022)



Sources : Inserm CépiDc, Insee
Exploitation ORS Centre-Val de Loire
Taux pour 100 000 habitants

Depuis 2004, la nutrition est l'une des priorités régionales et est inscrite dans le plan régional de santé publique autour de 4 objectifs : prévention et prise en charge de l'obésité, prévention et prise en charge de la dénutrition des personnes âgées, promotion d'une meilleure alimentation des personnes en situation de précarité et promotion de l'activité physique.



Selon l'enquête épidémiologique nationale menée par Obépi-Roche en 2021 sur le surpoids et l'obésité, 17 % des adultes sont considérés comme obèses en 2020, soit près de 8,6 millions de personnes. C'est plus qu'en 2012 (15 %) et bien plus qu'en 2002 (10,1 %). Cette maladie chronique, reconnue par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), continue sa progression et concerne désormais près d'un adulte sur six.

En région Centre-Val de Loire, 18,5 % de la population âgée de 18 ans ou plus seraient en situation d'obésité (selon l'indice de masse corporelle), soit une proportion en hausse de 9,5 % par rapport à l'année 2012 (16,9 % de personnes en situation d'obésité). Cette proportion, au niveau de la région, est toujours supérieure à celle observée en France hexagonale (17,0 %). Entre 1997 et 2012, la proportion de personnes obèses domiciliées en région Centre-Val de Loire a augmenté de 72,4 % (contre près de 76,0 % en France hexagonale).

Affections de longue durée pour motifs liés à la nutrition

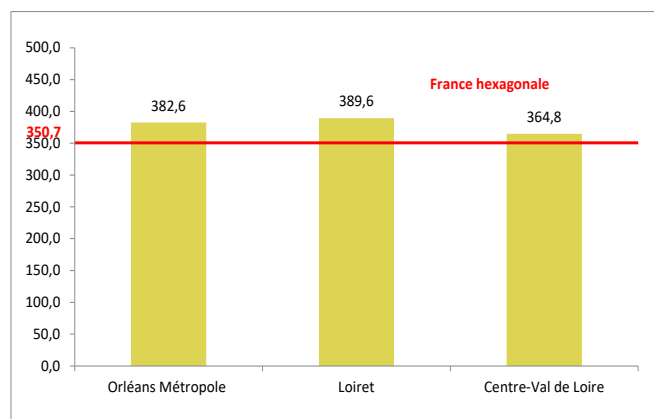
Le diabète de type 2 est une pathologie fortement liée à un trouble nutritionnel. En 2023, 14 064 résidents d'Orléans Métropole sont pris en charge au titre d'une ALD diabète de type 2.

Durant la période 2018-2023, 990 nouvelles admissions annuelles en ALD pour diabète de type 2 ont été, en moyenne, recensées au sein du territoire (518 hommes et 473 femmes). Après standardisation, le taux comparatif du territoire pour nouvelles admissions en ALD pour diabète de type 2 (382,6 pour 100 000 habitants) est significativement plus élevé que ceux observés en Centre-Val de Loire (364,8) et en France hexagonale (350,7). En revanche, il est comparable aux taux du département (389,6).

L'amélioration de l'état nutritionnel de la population constitue un enjeu majeur pour les politiques de santé publique menées en France, en Europe et dans le monde. Lancé en 2001, le Programme national nutrition santé (PNNS) est un plan de santé publique visant à améliorer l'état de santé de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs : la nutrition.

Ainsi, le PNNS a pour but de prévenir la dégradation de la santé due à une mauvaise alimentation et/ou à une activité physique inadaptée ou insuffisante. Il se place dans une position d'accompagnement de chacun vers une meilleure santé en privilégiant des comportements positifs plutôt qu'en stigmatisant des habitudes nutritionnelles.

TAUX COMPARATIF D'ADMISSIONS EN ALD POUR TROUBLES LIÉS À LA NUTRITION (DIABÈTE DE TYPE 2) (2018-2023)



Sources : Cnamts, CCMSA, CNRSI, Insee
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire
Taux pour 100 000 habitants

Prise en charge médicale des patients diabétiques et en situation d'obésité

Le territoire d'Orléans Métropole compte 32 diététiciens libéraux et 63 salariés au 1^{er} janvier 2024, soit une densité (tous modes d'exercices confondus) de 37,0 diététiciens pour 100 000 habitants. La densité du Loiret est de 23,5 professionnels pour 100 000 habitants, celle du Centre-Val de Loire est de 24,5 et celle de la France hexagonale de 28,4.

Au 1^{er} octobre 2024, le territoire d'Orléans Métropole compte 32 ophtalmologues quel que soit le mode d'exercice (24 libéraux, 3 salariés et 5 mixtes) soit une densité tous modes d'exercices confondus de 11,0 ophtalmologues pour 100 000 habitants. La densité du Loiret (tous modes d'exercices confondus) est de 6,4 ophtalmologues pour 100 000 habitants, celle du Centre-Val de Loire est de 7,6 et celle de la France hexagonale est de 8,3.

Éducation à la nutrition

« Manger, bouger pour ma santé » est un programme d'éducation à la nutrition mis en place dans des écoles volontaires. L'objectif de cette action est de prévenir les pathologies liées au surpoids et à l'obésité en sensibilisant les élèves, dès la petite section de maternelle, à l'importance d'une alimentation variée et de l'exercice physique pour leur santé au travers de séances participatives sur la diversité des morphologies et la définition de l'activité physique. Fin 2023, au sein d'Orléans Métropole, 576 enseignants étaient inscrits à ce programme pour en faire bénéficier leurs élèves. Ils étaient 994 enseignants dans le Loiret et 3 279 en Centre-Val de Loire.

La démarche « École promotrice de santé » vise à promouvoir une dynamique éducative globale de promotion de la santé autour de trois axes : l'éducation à la santé, la prévention des conduites à risques et la protection de la santé autour de projets et d'activités pédagogiques. Elle peut être propice à l'obtention d'un label ÉduSanté qui valorise l'engagement d'une communauté éducative au service du bien-être des élèves. Pour l'année scolaire 2023-2024, 14 établissements d'Orléans Métropole était labellisé ÉduSanté, il y en avait 28 dans le Loiret et 95 en région Centre-Val de Loire.

Programme « Mieux manger pour tous »

Le programme « Mieux manger pour tous » (MMPT) est destiné à améliorer l'accès des publics en situation de précarité aux denrées alimentaires de bonne qualité nutritionnelle et durable. À ce titre, un appel à projet régional a été lancé en 2024 par la DREETS Centre-Val de Loire. Au total, 36 projets aux échelles départementales ou régionales ont été sélectionnés, tous dans le but de soutenir l'accompagnement des personnes en situation de précarité alimentaire dans l'évolution de leurs pratiques.

Dans le Loiret, 6 projets ont été sélectionnés dans le cadre de ce programme :

- La Croix Rouge 45 est porteuse du « Carré rouge mobile » qui est un dispositif d'aller vers apportant différentes aides (aide alimentaire, aide vestimentaire, aide à l'hygiène, soutien administratif, orientation vers les dispositifs adaptés, accès à l'outil informatique et à internet).
- Le Centre communal d'actions sociales (CCAS) d'Orléans Métropole propose des achats de produits de meilleure qualité (circuit court, bio) avec l'apport d'action de sensibilisation à destination du public. L'idée est aussi de mettre en lien les bénéficiaires avec les producteurs locaux pour que les habitudes perdurent lors de la fin de l'accès à l'épicerie sociale.

- Le CCAS de Saint-Jean-de-Braye met en place des ateliers de cuisine et des expérimentations de bons d'achat à destination des maraîchers.
- Solembio propose un projet multi partenarial consistant à mettre en place un parcours pédagogique d'initiation au Mieux Manger à destination des publics en situation de précarité alimentaire (personnes ayant recours à l'aide alimentaire, étudiants, résidents des QPV...)
- Imanis propose de donner au potager solidaire de l'association une dimension éducative, culturelle et sociale en développant des ateliers : culture du potager, découverte de légumes, transformation des produits, cuisine et conserves, dans l'objectif de transmettre des bonnes pratiques et d'accompagner vers une autonomie alimentaire.
- ESOPE Loiret est une épicerie solidaire permettant aux étudiants en situation de précarité alimentaire d'accéder à des produits locaux de qualité et à des produits en vrac en développant les liens avec les agriculteurs et les entreprises de vente en vrac.

L'aide alimentaire

Les structures d'aide alimentaire jouent un rôle essentiel dans la lutte contre la précarité et l'exclusion sociale en proposant des distributions de denrées alimentaires aux personnes en situation précaire.

Début 2025, 19 structures sont habilitées à la mise en œuvre de l'aide alimentaire au sein du territoire d'Orléans Métropole, 26 le sont dans le Loiret et 109 en région Centre-Val de Loire.

Projet alimentaire territorial

Un projet alimentaire territorial (PAT) vise à fédérer les différents acteurs d'un territoire concernant l'alimentation et l'agriculture, en rapprochant notamment les producteurs, les distributeurs et les consommateurs pour favoriser les circuits courts et les projets de diversification. Plusieurs partenaires peuvent collaborer pour construire et mener à bien un PAT : les agriculteurs et producteurs, les collectivités territoriales, les organismes de recherche, les entreprises de transformation, de distribution et de commercialisation, la société civile ou encore les acteurs de l'économie sociale et solidaire.

Le territoire d'Orléans Métropole est engagé dans un PAT pour structurer son action autour de quatre orientations stratégiques : garantir la pérennité de l'activité agricole à l'échelle métropolitaine, promouvoir une alimentation saine et durable, renforcer la résilience des systèmes agricoles face aux mutations climatiques et économiques, et mobiliser l'ensemble des acteurs, institutions, professionnels et citoyens autour d'une dynamique collective de sensibilisation et d'appropriation des enjeux alimentaires.

Équipements sportifs

L'activité physique et sportive (APS) est un déterminant de santé physique et mentale à part entière. Notre société est marquée par une forte augmentation de la sédentarité, liée notamment à la tertiarisation des emplois, à l'augmentation des déplacements inactifs et à l'essor du numérique. Or, l'activité physique est un déterminant majeur de l'état de santé des individus et des populations à tous les âges de la vie. En région Centre-Val de Loire, plus d'une personne sur 5 passe plus de 7 heures par jour assise en semaine, et près de 40 % des adultes passent au moins 3 heures devant les écrans dans un but récréatif. Moins de 3 personnes sur 10 déclarent faire des activités de renforcement musculaire hebdomadairement. Près de la moitié de la population régionale est en situation de surpoids ou d'obésité.

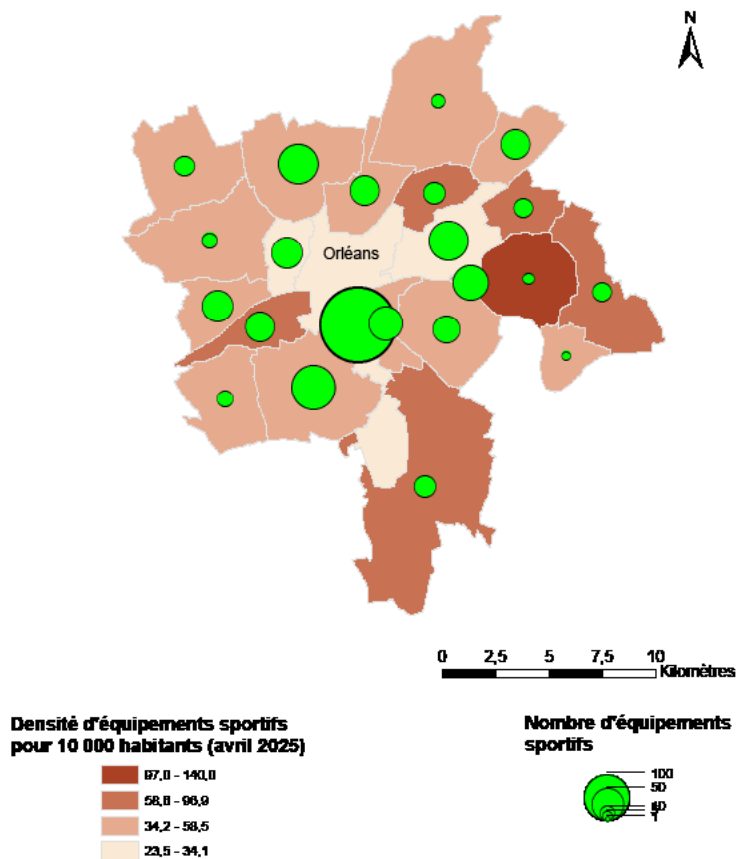
Les bénéfices de l'exercice régulier d'une activité physique et sportive sont aujourd'hui pleinement reconnus. Les actions de promotion de l'APS favoriseront l'intervention en prévention primaire pour maintenir le capital santé de chacun, ainsi qu'en prévention secondaire et tertiaire pour agir *a minima* en appui en cas de dégradation de l'état de santé et optimiser le parcours de soins des personnes atteintes de maladies chroniques, des patients souffrant d'affection de longue durée et des personnes en situation de handicap.

Au sein du territoire Orléans Métropole, en 2025, on compte 35,5 équipements sportifs pour 10 000 habitants. Ce nombre est inférieur à ceux observés dans le département, la région et la France hexagonale (respectivement 51,7, 64,7 et 49,4 équipements pour 10 000 habitants). Le territoire compte 1 031 équipements sportifs, le département 3 542 et la région 16 657.

ÉQUIPEMENTS SPORTIFS EN 2025

	Nombre d'équipements sportifs (avec les équipements sport nature)	Densité pour 10 000 habitants
Orléans Métropole	1 031	35,5
Loiret	3 542	51,7
Centre-Val de Loire	16 657	64,7
France hexagonale	323 533	49,4

Sources : RES, Insee RP 2021
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire



Source : RES, Insee RP 2021
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

Licences sportives

En 2022, plus de 8 millions de licences ont été délivrées à des jeunes de moins de 19 ans, soit 56,3 % de la totalité des licences en France hexagonale.

Pour les filles d'Orléans Métropole, la majorité des licenciées ont entre 10 et 14 ans et entre 5 et 9 ans, représentant respectivement 17,8 % et 12,5 % de l'ensemble des licences du territoire. Concernant les garçons, ces mêmes tranches d'âge prédominent, avec 25,2 % du total des licences pour les 10-14 ans et 18,5 % pour les 5-9 ans.

Les mêmes constats sont observés dans les territoires de référence (Loiret, Centre-Val de Loire et France hexagonale).

Note : les données ne sont pas disponibles pour l'ensemble des fédérations sportives. Un certain nombre d'entre elles ne disposaient pas de données totalement géolocalisables à la commune permettant une exploitation exhaustive. Les données géocodées ont donc été traitées afin de pouvoir communiquer une estimation du nombre de licences annuelles par commune et par fédération.

LICENCES SPORTIVES DÉLIVRÉES AUX JEUNES DE 1 À 19 ANS EN 2022

	Nombre de licences sportives délivrées aux jeunes de 1 à 4 ans		Nombre de licences sportives délivrées aux jeunes de 5 à 9 ans		Nombre de licences sportives délivrées aux jeunes de 10 à 14 ans		Nombre de licences sportives délivrées aux jeunes de 15 à 19 ans		Nombre total de licences sportives délivrées aux jeunes de 1 à 19 ans	
	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons
Orléans Métropole	645	728	5 179	7 631	7 357	10 432	3 702	5 665	16 883	24 456
Loiret	1 484	1 514	12 023	17 047	16 146	23 408	7 372	11 601	37 025	53 570
Centre-Val de Loire	6 684	7 054	46 577	64 375	56 329	81 039	26 101	41 121	135 691	193 589
France hexagonale	151 396	163 404	1 144 985	1 640 060	1 438 646	2 099 239	656 723	1 061 891	3 391 750	4 964 594

Source : INJEP, recensement annuel des licences sportives 2022
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

Dispositif « Savoir rouler à vélo »

Le dispositif « Savoir rouler à vélo » (SRAV) apprend aux enfants à se déplacer de manière autonome en vélo pour l'entrée au collège et ancre les réflexes d'aller vers une mobilité décarbonée dès le plus jeune âge. Destiné aux enfants de 6 à 11 ans, le dispositif est organisé en 10 heures d'ateliers dispensées par les associations sportives, les associations de prévention, les écoles, les centres de loisirs... Cela permet aux enfants de devenir autonomes à vélo, de pratiquer quotidiennement une activité physique et de se déplacer de manière écologique.

En 2024, 3 412 enfants du département du Loiret ont été formés au SRAV, entraînant une nette diminution par rapport à l'année 2023 (5 497 élèves formés). Au niveau de la région Centre-Val de Loire, 24 684 élèves ont été formés, situation stable par rapport à 2023 où 24 146 élèves avaient été formés.

Note : ces chiffres sont dépendants de la saisie des effectifs sur la plateforme dédiée.

Activité physique adaptée (APA)

Pour favoriser la remise en forme, la santé et le bien-être, une activité physique et sportive régulière est bénéfique pour les personnes atteintes de pathologies chroniques ou en ALD.

Dans le Loiret, 3 maisons sport santé (MSS) sont implantées et proposent des activités physiques adaptées encadrées par des professionnels, également dans un but d'inclusion sociale.

Au total, en 2023, 168 personnes ont bénéficié d'un bilan de condition physique par les MSS du Loiret et 106 ont été prises en charge suite à une prescription d'APA par leur médecin, pour cause d'ALD (AVC, insuffisance cardiaque grave, diabète...) ou de facteurs de risques hors ALD (obésité, sédentarité, hypertension artérielle...). L'APA peut concerner les jeunes, les personnes en situation de handicap ou de vieillissement, ou encore les femmes enceintes ou en post-partum.

OFFRE ET RECOURS AUX SOINS : MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET SPÉCIALISTES LIBÉRAUX

Selon le répertoire partagé des professions de santé, au 1^{er} octobre 2024, la région Centre-Val de Loire est la région de France la moins dotée en médecins généralistes (libéraux, salariés et mixtes). Le Loiret se place en bas de classement concernant la densité de médecins généralistes par départements de France hexagonale. De même pour l'offre en médecins généralistes libéraux.



Offre de soins en médecine libérale

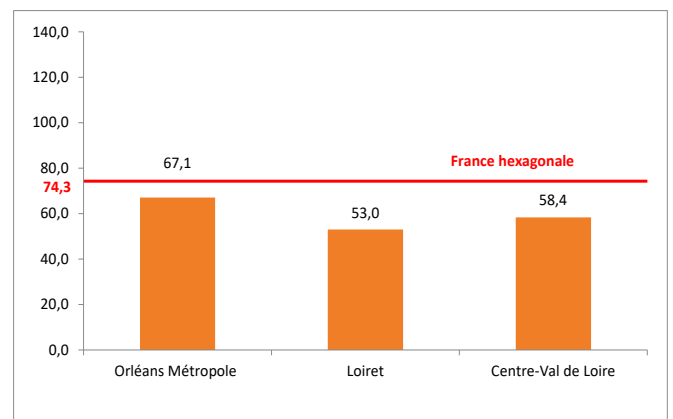
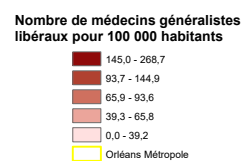
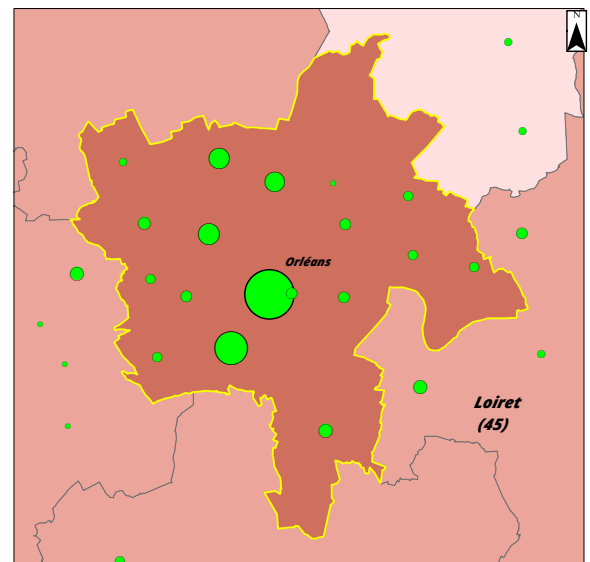
Entre 2023 et 2024, le nombre de médecins généralistes en région Centre-Val de Loire a augmenté de 0,2 %, et de 1,7 % dans le Loiret. Concernant Orléans Métropole, le nombre est stable, sans augmentation ni diminution.

Avec, au total, 378 médecins généralistes exerçant sur le territoire Orléans Métropole, la densité (tous modes d'exercices confondus) est de 129,5 professionnels pour 100 000 habitants, ce qui est supérieur aux densités départementale (93,6 pour 100 000 habitants), régionale (101,8) et nationale (126,3).

Le territoire compte 196 médecins généralistes libéraux, soit une densité de 67,1 professionnels pour 100 000 habitants. Cette densité est inférieure à celle observée à l'échelle nationale (74,3 pour 100 000 habitants) mais demeure supérieure à celles observées dans le Loiret (53,0) et en Centre-Val de Loire (58,4).

Dans un contexte de démographie médicale d'ores et déjà problématique en région, le vieillissement des professionnels de santé, et particulièrement des médecins généralistes libéraux, est à anticiper sur le territoire. En effet, 48,5 % d'entre eux ont 55 ans ou plus sur le territoire d'Orléans Métropole (50,7 % dans le Loiret, 47,9 % en Centre-Val de Loire et 43,0 % en France hexagonale). Si l'on considère les 65 ans et plus, 16,8 % des médecins généralistes libéraux d'Orléans Métropole font partie de cette classe d'âge (20,9 % pour le Loiret, 16,8 % en Centre-Val de Loire) et 15,8 % en France hexagonale).

DENSITÉ DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX AU 1^{ER} OCTOBRE 2024



Sources : RPPS 2024, Insee (RP 2021)
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

Recours aux médecins généralistes

En 2023, 78,8 % des assurés d'Orléans Métropole ont eu recours au moins une fois à un médecin généraliste. Le taux de recours est de 78,9 % dans le Loiret, 81,0 % en Centre-Val de Loire et de 82,1 % en France hexagonale. Ce taux est assez homogène sur le territoire : le taux le plus faible (77,2 %) est observé à Orléans tandis que le taux le plus élevé (81,8 %) est observé à Mardié.

	Part des personnes ayant eu recours à un médecin généraliste au cours de l'année 2023
Orléans Métropole	78,8
Loiret	78,9
Centre-Val de Loire	81,0
France hexagonale	82,1

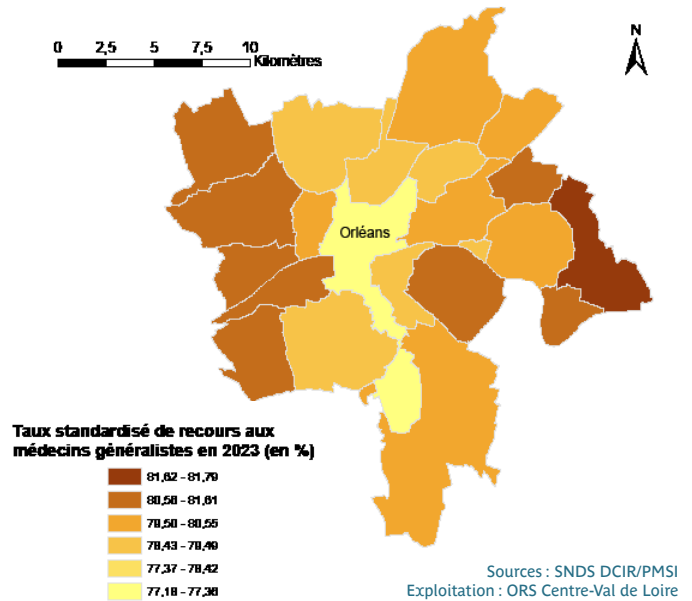
Sources : SNDS DCIR/PMSI
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

Médecins spécialistes

Selon le fichier RPPS, au 1^{er} octobre 2024, la région Centre-Val de Loire est la région la moins dotée en médecins spécialistes. S'agissant de ceux ayant un mode d'exercice exclusivement libéral, elle apparaît à l'avant-dernier rang des régions ayant la plus faible offre.

Au niveau d'Orléans Métropole, 302 médecins spécialistes exercent une activité libérale. La densité de médecins spécialistes libéraux est de 103,4 professionnels pour

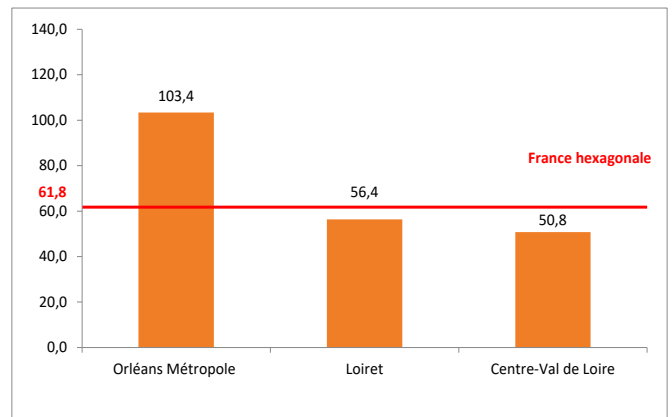
RECOURS AUX MÉDECINS GÉNÉRALISTES EN 2023



100 000 habitants du territoire étudié (56,4 pour le département, 50,8 pour la région et 61,8 pour la France hexagonale).

Le territoire compte également 116 médecins spécialistes exerçant en activité mixte, soit une densité (tous modes d'exercices confondus) de 251,4 professionnels pour 100 000 habitants du territoire étudié (135,1 pour le Loiret, 141,1 pour la région et 181,9 pour la France hexagonale).

DENSITÉ DE MÉDECINS SPÉCIALISTES LIBÉRAUX AU 1^{ER} OCTOBRE 2024

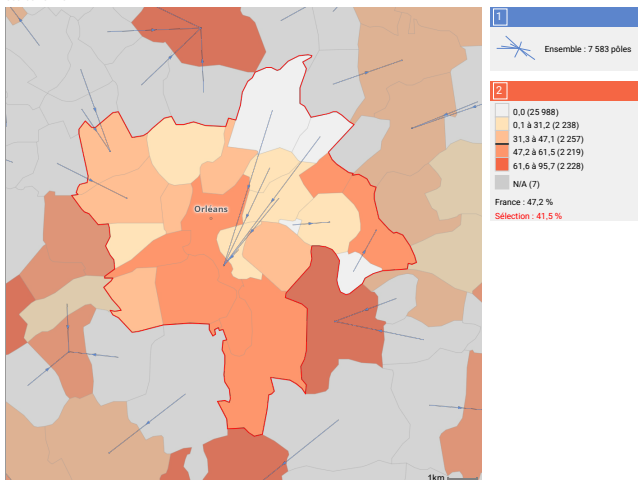


1 Pôles d'attraction des médecins généralistes, 2021

Source : SNDS

2 Consommation intra-communale généralistes (%), 2023

Source : SNDS



1 Flux majoritaires de consommation - un trait représente le flux le plus important (en nombre d'actes puis en nombre de bénéficiaires si flux équivalent) de la commune de résidence des patients à la commune d'exercice du professionnel

2 Part des actes consommés auprès des omnipraticiens (médecins généralistes (y compris à mode d'exercice particulier)) de la commune par rapport à la consommation totale des habitants de la commune

Sources : SNIIRAM, Atlasanté, IGN GEOFLA
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX

Offre de professionnels de santé libéraux sur le territoire

Au 1^{er} octobre 2024, 149 chirurgiens-dentistes libéraux étaient implantés au sein du territoire Orléans Métropole, soit une densité de 51,0 professionnels libéraux pour 100 000 habitants (37,0 pour le Loiret, 36,9 pour le Centre-Val de Loire et 52,2 pour la France hexagonale).

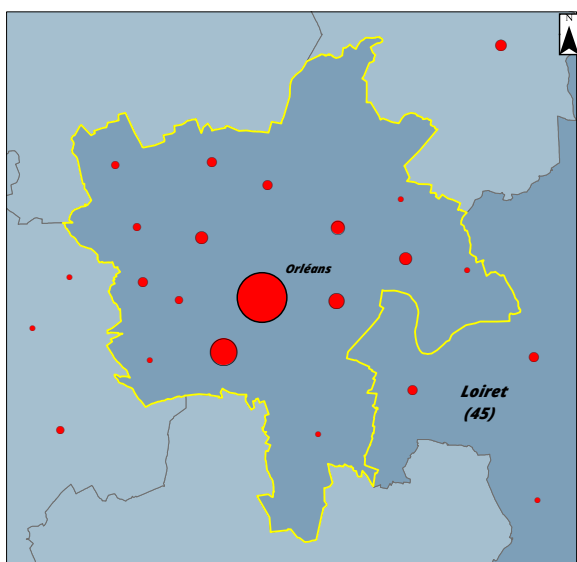
Le territoire compte 195 infirmiers libéraux au 1^{er} octobre 2024, soit une densité de 66,8 professionnels pour 100 000 habitants. La densité du département est de 85,2 professionnels libéraux pour 100 000 habitants, celle de la région est de 97,3 et celle de la France hexagonale est de 128,6. Rapportée à la population des plus de 65 ans, ces derniers étant potentiellement les plus grands consommateurs de soins à domicile, la densité d'infirmiers libéraux de Orléans Métropole est de 366,8 pour 100 000 habitants de 65 ans et plus. Ce chiffre est inférieur à la densité du Loiret (414,8), du Centre-Val de Loire (422,7) et de la France hexagonale (622,2).

Au 1^{er} octobre 2024, Orléans Métropole compte 353 masseurs-kinésithérapeute libéraux, soit une densité de 120,9 professionnels pour 100 000 habitants (85,6 pour le département, 76,7 pour la région et 117,7 pour la France hexagonale).

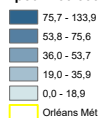
Concernant les orthophonistes, 77 exercent en libéral au sein du territoire Orléans Métropole au 1^{er} octobre 2024, soit une densité de 26,4 orthophonistes libéraux pour 100 000 habitants. Cette densité est supérieure à celle du Loiret (20,6), similaire à celle du Centre-Val de Loire (26,2) et inférieure à celle de la France hexagonale (33,8).

DENSITÉ DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX AU 1^{ER} OCTOBRE 2024

Chirurgiens-dentistes



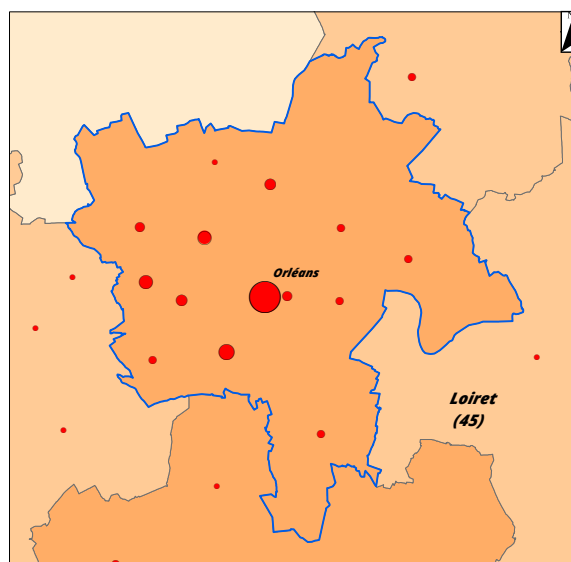
Nombre de chirurgiens-dentistes libéraux pour 100 000 habitants



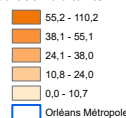
Nombre de chirurgiens-dentistes libéraux



Orthophonistes



Nombre d'orthophonistes libéraux pour 100 000 habitants



Nombre d'orthophonistes libéraux

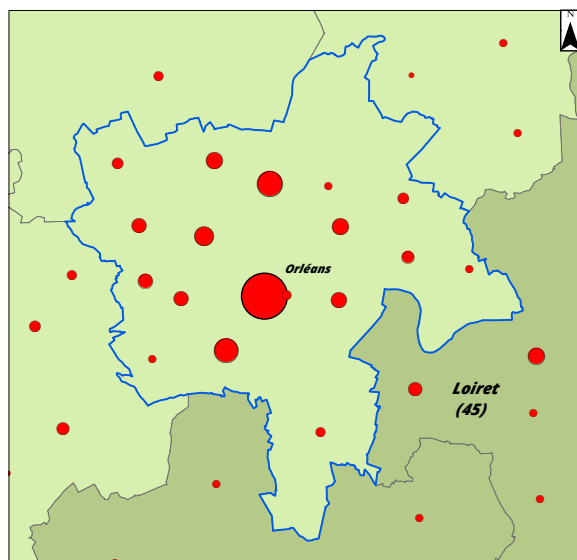


Sources : RPPS, Insee (RP 2021)
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

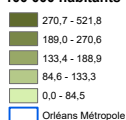
Sources : Adeli, Insee (RP 2021)
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX

Infirmiers



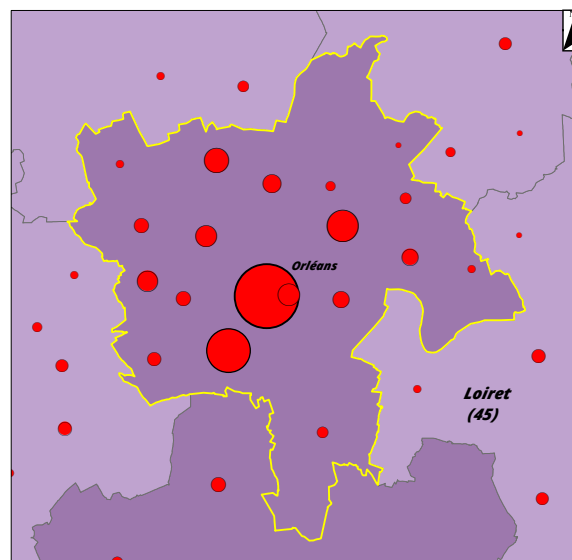
Nombre d'infirmiers libéraux pour 100 000 habitants



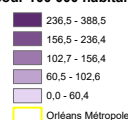
Nombre d'infirmiers libéraux



Masseurs-kinésithérapeutes



Nombre de masseurs-kinésithérapeutes libéraux pour 100 000 habitants



Nombre de masseurs-kinésithérapeutes libéraux



Sources : RPPS, Insee (RP 2021)
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

Sources : RPPS, Insee (RP 2021)
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

Infirmiers en pratique avancée (IPA)

La pratique avancée vise un double objectif : améliorer l'accès aux soins ainsi que la qualité des parcours des patients en réduisant la charge de travail des médecins sur des pathologies ciblées. Un IPA possède des compétences relevant du champ médical et peut ainsi suivre des patients qui lui ont été confiés par un médecin, dans les limites de ses capacités et de l'état de santé du patient.

La pratique avancée recouvre des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage, des actes techniques et de surveillance clinique, des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale, des prescriptions d'examen complémentaires, et des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales.

Les IPA peuvent exercer en ambulatoire au sein d'une équipe de soins primaires ou en établissement de santé au sein d'une équipe de soins coordonnée par un médecin. 5 domaines d'intervention sont définis : les pathologies chroniques stabilisées et les polyopathologies courantes en soins primaires, l'oncologie et l'hémo-oncologie, la maladie rénale chronique, la dialyse, la transplantation rénale, la psychiatrie, la santé mentale et les urgences.

Sur le territoire Orléans Métropole, en 2025, 22 IPA sont inscrits à l'Ordre national des infirmiers. Dans le Loiret, on dénombre 26 IPA exerçant sur les thématiques des maladies rénales, des pathologies chroniques stabilisées, l'oncologie et hémo-oncologie ainsi que la santé mentale. En Centre-Val de Loire, 85 IPA sont inscrits à l'Ordre national des infirmiers.

Offre en pharmacie

Selon le fichier Finess, en juin 2025, 76 officines sont implantées sur le territoire, représentant 1 pharmacie pour 3 842 habitants (1 pour 3 980 dans le Loiret, 1 pour 3 459 pour le Centre-Val de Loire et 1 pour 3 324 pour la France hexagonale).

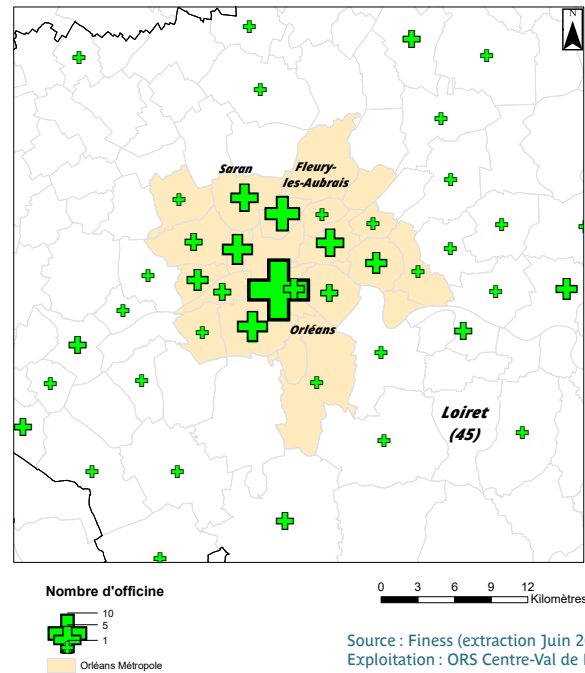
Maisons de santé pluridisciplinaires (MSP)

Les maisons de santé pluridisciplinaire (MSP) assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales (article L 6223-3 du Code de la Santé publique). Mi-2025, 8 maisons de santé sont ouvertes au sein du territoire Orléans Métropole : à Orléans (4), à Saint-Jean-de-Braye (1), à Fleury-les-Aubrais (1), à Saint-Jean-de-la-Ruelle (1) et à la Chapelle-Saint-Mesmin (1). Les MSP hébergent des médecins généralistes, des infirmiers, des psychologues, des masseurs-kinésithérapeutes...

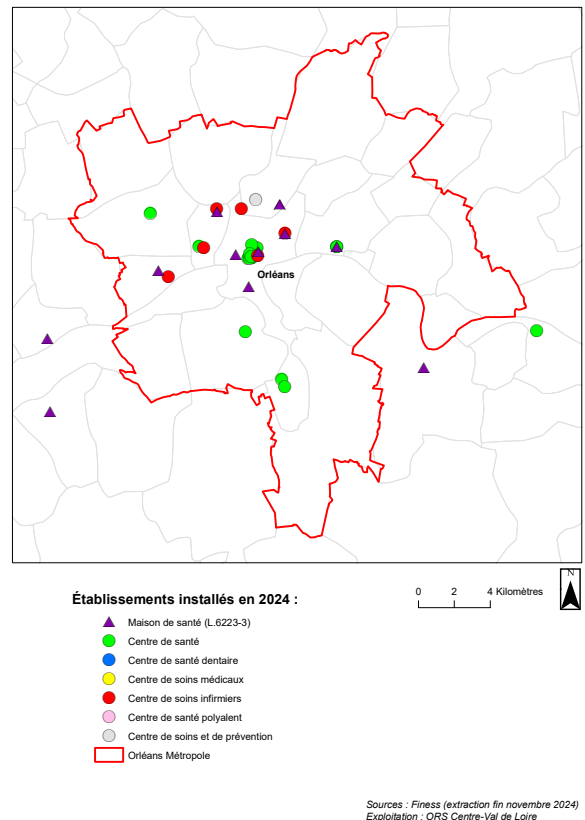
Les centres de santé peuvent être mono-professionnels ou pluriprofessionnels. Les professionnels de santé y sont salariés et les centres de santé sont tenus de pratiquer le tiers payant. Les centres de santé doivent élaborer un projet de santé attestant de leur exercice coordonné qu'ils transmettent à l'Agence régionale de santé (ARS) en même temps que leur règlement intérieur. Ils sont appelés à conclure avec l'ARS un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens préalablement à tout versement d'une aide financière par l'agence.

On compte, au niveau national, plus de 2 200 centres de santé (dont 455 pluriprofessionnels). À l'exception des centres de soins infirmiers, ils sont implantés majoritairement en milieu urbain. Un centre de santé est implanté à Jargeau.

NOMBRE D'OFFICINES - JUIN 2025



RÉPARTITION DES MSP EN 2025



Permanence des soins ambulatoires (PDSA) sur le territoire

La permanence des soins en médecine ambulatoire (PDSA) est une mission de service public qui a pour objectif de répondre aux besoins de soins, non programmés, aux heures habituelles de fermeture des cabinets libéraux et des centres de santé. Les médecins participent à la permanence des soins et à l'activité de régulation sur la base du volontariat. Cette mission est assurée en fonction des besoins de la population, évalués à partir de l'activité médicale constatée et de l'offre de soins existante : tous les jours de 20 heures à 8 heures, les dimanches et jours fériés de 8 heures à 20 heures, le samedi à partir de midi, le lundi lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié.

Service d'accès aux soins et soins non programmés

Le SAS 45 a ouvert en avril 2024. Il répond aux besoins des patients malades qui n'ont pas de médecin traitant ou qui en ont un mais qui n'est pas disponible, pour des soins non programmés. Le numéro d'appel est le 116 117, et il fonctionne de 8h à 20h (c'est ensuite la PDSA qui prend le relais). Au 1^{er} décroché, c'est un assistant de régulation médicale qui relève les informations administratives du patient ainsi que le motif d'appel et qui le qualifiera pour voir si cela relève d'une urgence ou d'une régulation par un médecin libéral. Si le motif relève des urgences, le SAMU prend le relais. Si cela relève plus d'une régulation par un médecin libéral, le 2^e décroché se fera alors par un opérateur de soins non programmés (OSNP) qui reprendra les informations avec le patient et qui orientera ensuite vers le médecin régulateur.

Accès aux soins : accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes

Plusieurs mesures et expérimentations sont mises en œuvre afin de favoriser l'accès aux soins au niveau régional. Sur le territoire d'Orléans Métropole, l'expérimentation de l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes sans prescription médicale s'inscrit dans cette dynamique, en visant à améliorer l'accessibilité. À la suite de la publication de la loi portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé le 20 mai 2023, l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes sans prescription médicale est devenu possible. La loi est entrée en vigueur en août 2023 au sein des établissements de santé et des établissements et services médico-sociaux, ainsi que dans les équipes de soins primaires (ESP), les équipes de soins spécialisés (ESS), les centres de santé (CDS) et les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), tout en restant expérimentale au sein des communautés

La définition des secteurs tient compte de la population (nombre, typologie...), de la localisation des services d'urgences, de la superficie à couvrir, du temps nécessaire pour relier les points extrêmes de chaque territoire, de l'activité observée, des structures professionnelles de type SOS médecins. Le département du Loiret compte 10 secteurs de PDSA. De superficie et de population variables, la modalité de gestion de la PDSA au sein de chaque secteur est en conséquence modulée. La PDSA peut être assurée par plusieurs effecteurs : SOS Médecins, les médecins libéraux au sein de leur cabinet, les services d'urgence, le SAMU ou les Maisons médicale de garde (MMG). Sur le territoire Orléans Métropole, les établissements assurant la permanence des soins sont aux nombres de 16.

Le médecin décidera s'il donne uniquement des conseils, délivre une ordonnance ou un rendez-vous. Dans ce cas, c'est l'OSNP qui le planifiera. Pour les rendez-vous, un « pool » de médecins libéraux effecteurs proposent des créneaux pour ces soins non programmés. Ce sont des médecins déjà installés qui proposent en plus ou en complément de leur planning "habituel" des créneaux pour les SNP. La plupart du temps, les rendez-vous sont donnés pour le jour-même lorsque cela est possible. Ce service ne permet cependant pas d'obtenir des certificats médicaux ni de renouvellements d'ordonnance. Il permet en outre de désengorger toute la partie "non-urgente" initialement orientée vers le Samu. Pour les urgences vitales, il faut toujours composer le 15.

professionnelles territoriales de santé (CPTS). À ce titre, 20 départements ont été retenus dans le cadre de cette expérimentation. En région Centre-Val de Loire, l'arrêté du 6 juin 2025 intègre les CPTS du département du Loiret dans le périmètre de l'expérimentation. Au sein d'Orléans Métropole, la CPTS Orléanaise est concernée par cette expérimentation. Le projet s'étend sur une durée de 5 ans, à partir de juin 2025, et permet aux patients d'accéder directement aux masseurs-kinésithérapeutes sans prescription médicale. Toutefois, en l'absence de diagnostic médical préalable, le recours direct est limité à huit séances par patient. Lorsqu'un diagnostic médical a été établi, le masseur-kinésithérapeute intervient conformément aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles et aux protocoles de prise en charge des pathologies diagnostiquées.

Méthodologie

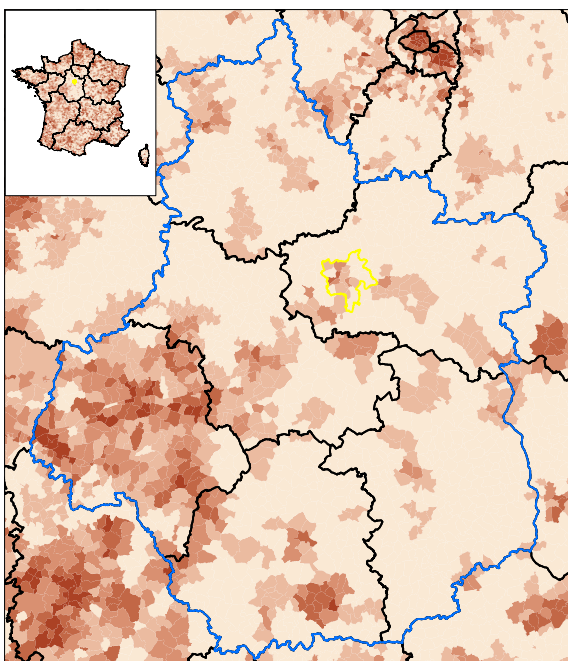
La Drees et l'Irdes ont développé conjointement un indicateur d'accessibilité aux soins : l'APL (accessibilité potentielle localisée). Cet indicateur synthétique permet de tenir compte à la fois de la proximité et de la disponibilité des médecins. Il est donc plus fin et plus opérant que les indicateurs traditionnels de densité médicale par bassin de vie ou de temps d'accès au professionnel le plus proche. Il intègre également une estimation de l'activité des médecins ainsi que des besoins en fonction de l'âge de la population locale et permet des variantes tenant compte de l'âge des médecins ou encore de leur secteur de conventionnement.

L'indicateur d'APL peut être synthétisé ainsi : un patient a, dans son entourage, plusieurs médecins accessibles (zone de recours). Plus le médecin est éloigné, plus son accessibilité est faible voire nulle au-delà d'un seuil. Chaque médecin accessible peut délivrer un certain nombre de consultations/visites aux patients susceptibles de le solliciter (patients de sa zone de patientèle). Pour la plupart des médecins, ce nombre est égal au nombre total d'actes que le médecin effectue dans l'année (prise en compte de

l'activité réelle) divisé par le nombre de patients susceptibles de le solliciter. Ces derniers sont pondérés par âge (pour tenir compte des besoins de soins différenciés en fonction de l'âge) et par leur éloignement. Au final, pour connaître l'accessibilité d'un patient, on additionne le nombre de consultations/visites que peuvent lui proposer les médecins accessibles. On obtient ainsi un nombre de consultations/visites accessibles pour chaque habitant.

Jusqu'à présent, l'APL était exprimée en ETP (équivalents temps plein) de médecins par habitant. Cette unité n'est toutefois pas facile à appréhender. Aussi, dans cette publication, l'accessibilité est exprimée en nombre annuel de consultations/visites par habitant, ce qui est plus parlant. Cette transformation correspond uniquement à la prise en compte directe du nombre d'actes annuels réalisés par les médecins en lieu et place de l'estimation d'équivalents temps plein à partir de ce même nombre d'actes. L'activité réelle est ainsi comptabilisée de manière plus précise qu'auparavant et sans avoir à poser de normes de conversion.

APL AUX MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX



Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes libéraux ou exerçant en centre de santé en 2023 (en nombre de consultations accessibles par an et par habitant)

Bornes d'APL (quintiles de population)

- 4,83 - 40,03
- 4,02 - 4,82
- 3,34 - 4,01
- 2,64 - 3,33
- 0,00 - 2,63
- Orléans Métropole

APL France : 3,7

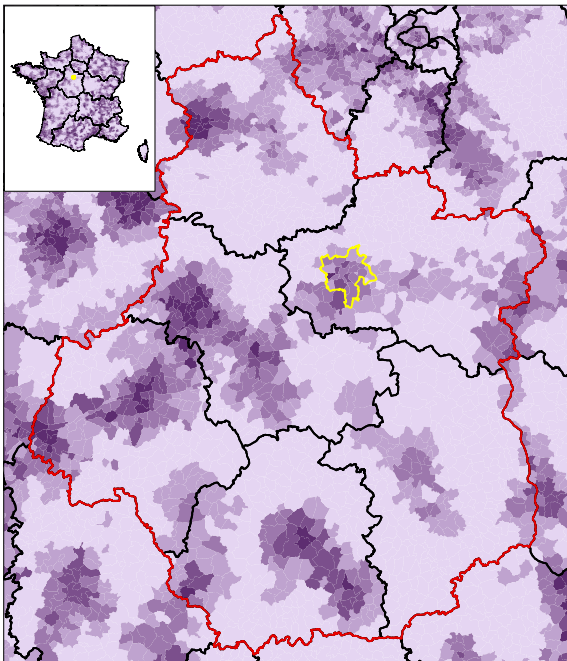
Sources : SNIR-AM, Cham, distancier Metric, Insee, Traitements Drees, Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

L'indicateur d'APL permet de mesurer, pour chaque commune, l'accessibilité aux soins de ville. En France, hors Mayotte, en 2023, l'accessibilité moyenne aux médecins généralistes de moins de 65 ans s'établit à 3,3 consultations par an et par habitant. L'accessibilité aux médecins généralistes continue de se dégrader entre 2022 et 2023 (-1,4 %), en raison de la baisse du nombre de médecins généralistes libéraux et de leur activité moyenne, ainsi que de la croissance de la population. Elle était de 3,4 consultations par an et par habitant en 2021, et de 3,8 en 2015.

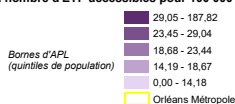
Les 10 % de la population les mieux dotés en médecins généralistes ont accès en moyenne à 5,6 consultations par an tandis que les 10 % de la population les moins bien dotés ont accès en moyenne à 1,4 consultation par an : l'accessibilité des premiers est ainsi 4,1 fois supérieure à celle des seconds. Ce rapport augmente de 5 % entre 2022 et 2023, ce qui témoigne de la croissance des inégalités territoriales d'accessibilité aux médecins généralistes.

En France, hors Mayotte, en 2023, la population a accès, en moyenne, à 3,7 consultations par an chez le médecin généraliste (tous âge). En région Centre-Val de Loire, il est plus compliqué de consulter un médecin généraliste (en moyenne 2,9 consultations par an par habitant). Pour le territoire Orléans Métropole, l'APL moyen est de 2,8. Elle varie de 1,2 consultation par habitants en 2023 sur la commune de Chanteau à 4,8 à La Chapelle-Saint-Mesmin.

APL AUX SAGES-FEMMES LIBÉRALES



Accessibilité potentielle localisée (APL) aux sages-femmes libérales de moins de 65 ans en 2023 (en nombre d'ETP accessibles pour 100 000 femmes standardisées)



APL France : 21,8

Sources : SNIR-AM, Cnam, distancier Metric, Insee, Traitements Drees.
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

En 2023, l'APL moyen aux masseurs-kinésithérapeutes de moins de 65 ans (en nombre d'ETP accessible pour 100 000 habitants standardisés) en France est de 119,3. En région Centre-Val de Loire, l'APL aux masseurs-kinésithérapeutes libéraux de moins de 65 ans est inférieure au niveau national (73,9 ETP pour 100 000 habitants standardisés). Les APL les plus élevées se retrouvent principalement dans les grandes communes de l'axe ligérien ainsi que leurs périphéries.

Pour le territoire Orléans Métropole, l'APL moyen est de 108,9 ETP pour 100 000 habitants. Elle varie de 49,6 ETP pour 100 000 habitants sur la commune de Chanteau à 169,7 pour Saint-Jean-le-Blanc.

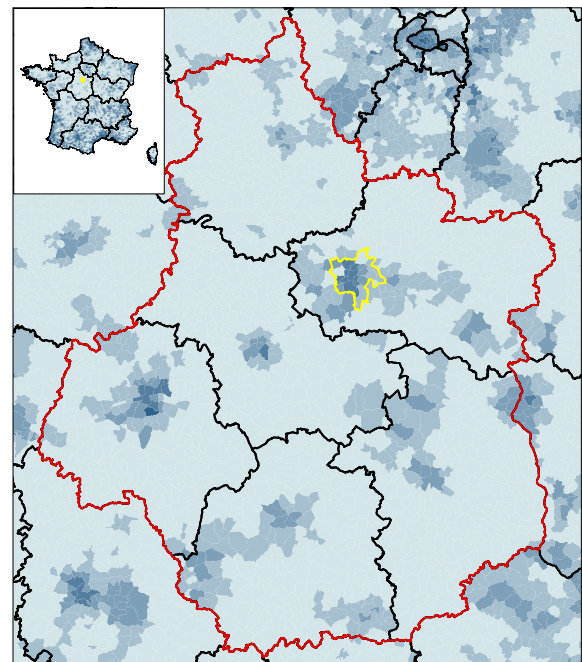
Les APL des sages-femmes, des masseurs-kinésithérapeutes, des chirurgiens-dentistes et des infirmiers se lisent comme une densité en rapportant le nombre de professionnels accessibles, en équivalent temps plein (ETP), à la population pour 100 000 habitants. L'indicateur tient compte du niveau d'activité des professionnels dans la commune de résidence ou les communes avoisinantes et de la structure par âge de la population dans le rayon d'exercice des professionnels.

L'accessibilité aux kinésithérapeutes, aux sages-femmes et aux chirurgiens-dentistes s'améliore entre 2022 et 2023 avec la hausse des effectifs de ces professions. La progression de l'accessibilité est plus importante pour les kinésithérapeutes (+ 4,1 %) et les sages-femmes (+ 3,4 %), du fait notamment d'une plus forte augmentation du nombre de ces professionnels exerçant en libéral.

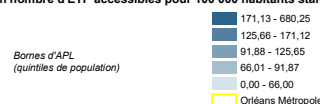
En France, hors Mayotte, en 2023, l'APL aux sages-femmes libérales de moins de 65 ans est en moyenne de 21,8 ETP pour 100 000 femmes standardisées. En région Centre-Val de Loire, l'APL aux sages-femmes libérales de moins de 65 ans est inférieure au niveau national (18,0 ETP pour 100 000 femmes standardisées).

Au niveau du territoire Orléans Métropole, l'APL moyen est de 21,0. Elle varie de 12,6 ETP pour 100 000 femmes pour la commune de Bou à 32,0 sur celle de La Chapelle-Saint-Mesmin.

APL AUX MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES LIBÉRAUX



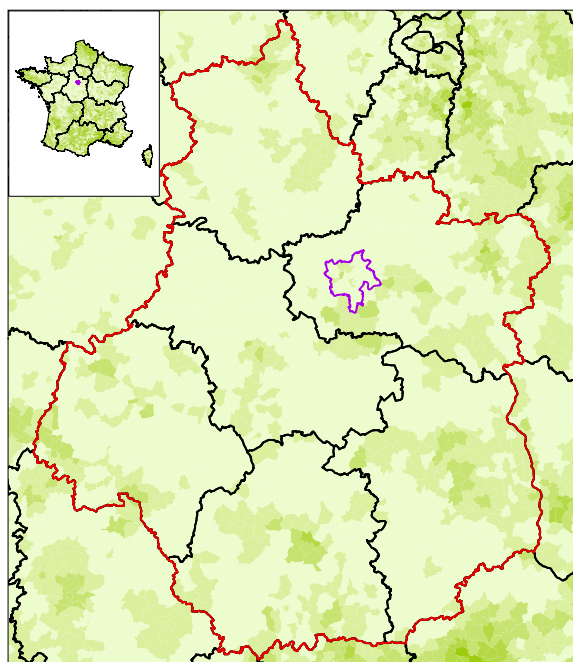
Accessibilité potentielle localisée (APL) aux masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou exerçant en centre de santé de moins de 65 ans en 2023 (en nombre d'ETP accessibles pour 100 000 habitants standardisés)



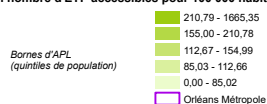
APL France : 119,3

Sources : SNIR-AM, Cnam, distancier Metric, Insee, Traitements Drees.
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

APL AUX INFIRMIERS LIBÉRAUX



Accessibilité potentielle localisée (APL) aux infirmiers libéraux ou exerçant en centre de santé de moins de 65 ans en 2023 (en nombre d'ETP accessibles pour 100 000 habitants standardisés)



APL France : 156,0

Sources : SNIR-AM, Cnam, distancier Metric, Insee, Traitements Divers.
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

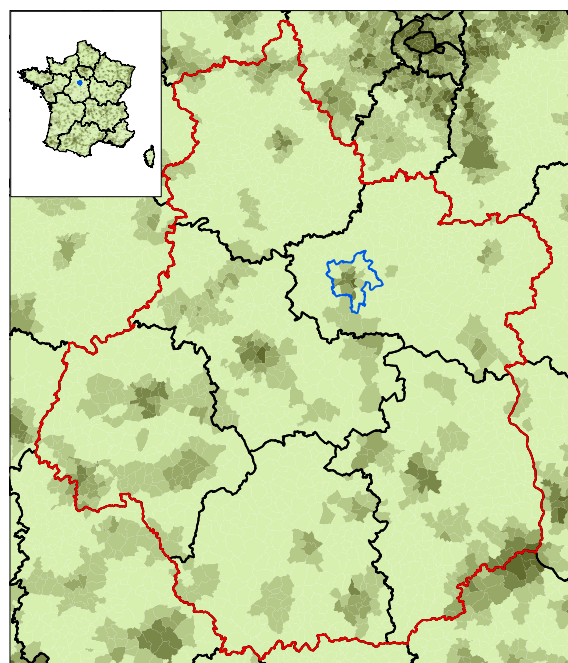
En 2023, l'APL aux infirmiers (en nombre d'ETP pour 100 000 habitants standardisés) en France est de 156,0. En région Centre-Val de Loire, l'APL est nettement inférieure (86,0 ETP pour 100 000 habitants standardisés).

Pour le territoire étudié, l'APL moyenne est de 75,8 et varie de 41,4 ETP pour 100 000 habitants pour la commune de Chanteau à 112,7 pour la commune de Saint-Jean-de-la-Ruelle.

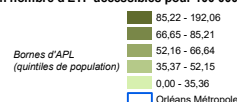
En 2023, l'APL aux chirurgiens-dentistes libéraux de moins de 65 ans (en nombre d'ETP pour 100 000 habitants standardisés) en France (hors Mayotte) est de 60,6. En région Centre-Val de Loire, l'APL est inférieure (42,6 ETP pour 100 000 habitants standardisés).

Pour Orléans Métropole, l'APL moyen est de 43,5. Elle varie de 17,0 ETP pour 100 000 habitants pour la commune de Chanteau à 95,5 pour celle de Saint-Jean-le-Blanc.

APL AUX CHIRURGIENS-DENTISTES



Accessibilité potentielle localisée (APL) aux chirurgiens-dentistes libéraux de moins de 65 ans en 2023 (en nombre d'ETP accessibles pour 100 000 habitants standardisés)



APL France : 60,6

Sources : SNIR-AM, Cnam, distancier Metric, Insee, Traitements Divers.
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

Équipements hospitaliers sur le territoire

Selon la statistique annuelle des établissements 2023, collectée par la Drees, l'offre en établissement de santé du territoire Orléans Métropole est assurée par le CHU d'Orléans, disposant de 1 304 lits dont 1 045 de médecine-chirurgie-obstétrique, 139 places d'ambulatoire et hôpitaux de jour et 120 lits de soins de suite et réadaptation.

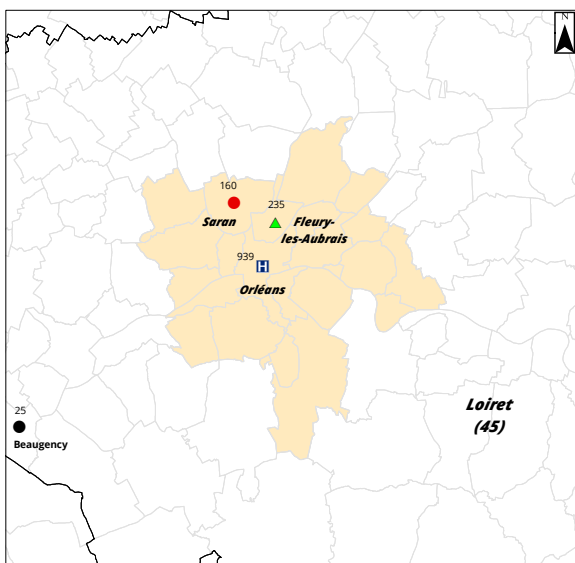
En plus des équipements présents sur le territoire, on retrouve sur le département du Loiret :

- Les centres hospitaliers de Gien, Amilly, Pithiviers, Beaugency, Briare et Orléans ;
- Les cliniques privées de Olivet, Chaingy, Saran, Montargis et Gien ;
- Les établissements de soins de suite et de réadaptation de Chécy, Amilly, La Chapelle-Saint-Mesmin et Saran ;

- D'autres types d'établissements : centres d'hémodialyse et d'autodialyse (Olivet, Gien, Pithiviers, Bellegarde, Orléans), établissement public de santé mentale (Fleury-les-Aubrais), services d'hospitalisation à domicile, centre de radiothérapie et d'oncologie (Amilly), unité de soin longue durée (Saint-Jean-de-Braye).

L'exploitation des données hospitalières (PMSI MCO 2023) révèle, pour l'année 2023, que la majorité des séjours des patients domiciliés au sein d'Orléans Métropole se sont déroulés dans le département. En effet, 42,0 % d'entre eux ont eu lieu au centre hospitalier d'Orléans, 29,8 % à la clinique Oréliance de Saran, 12,0 % à la clinique de l'Archette à Olivet... Au total, 84,7 % de l'ensemble des séjours hospitaliers des habitants d'Orléans Métropole ont eu lieu dans le Loiret.

LOCALISATION DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET NOMBRE DE LITS D'HOSPITALISATION COMPLÈTE EN 2023



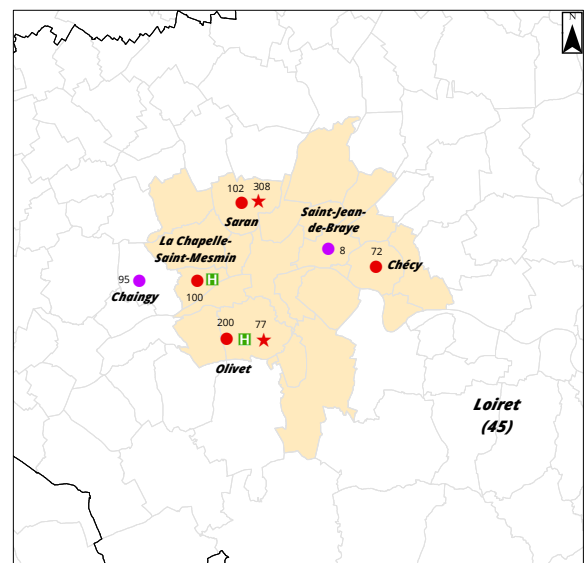
Etablissements publics de santé en 2023

- Centre hospitalier
- Centre hospitalier (ex hôpital local)
- ▲ Centre hospitalier (spécialisé en psychiatrie)
- Unité de soins de longue durée (USLD) / Service de soins de suite et de réadaptation (SSR)

De 25 à 939 : Lits installés en hospitalisation complète (MCO/PSY/SSR/USLD) au 31/12/2023

Source : SAE Diffusion
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

LOCALISATION DES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS DE SANTÉ ET NOMBRE DE LITS D'HOSPITALISATION COMPLÈTE EN 2023



Etablissements privés de santé en 2023

- ★ Clinique / Pôle de santé / Hôpital privé
- Etablissement de psychiatrie
- Soins de suite et réadaptation fonctionnelle
- Hospitalisation à domicile (HAD)

De 8 à 308 : Lits installés en hospitalisation complète (MCO/PSY/SSR/USLD) au 31/12/2023

Source : SAE Diffusion
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

Synthèse des échanges avec les professionnels

Comme dans d'autres territoires de la région, les acteurs de santé de la métropole d'Orléans sont unanimes dans leur conscience des problèmes d'accès aux soins causés notamment par une démographie médicale en tension – qui concerne tant les médecins généralistes que les spécialistes. Si le CLS ne peut résoudre l'entière de cette situation, il peut œuvrer à réduire ses effets délétères en améliorant la connaissance de l'offre existante et en favorisant la coordination des professionnels pour améliorer l'accès lorsque des mesures sont possibles.

« Quel que soit le professionnel de santé, du médecin traitant à l'infirmière, au kiné, à l'ophtalmo, au gynéco, au dermato, on a une telle pénurie sur notre territoire qu'on a besoin de se mettre d'accord pour faire venir les gens – et qu'ils soient d'un côté de la rue ou de l'autre côté de la rue sur la commune d'à côté : peu importe, du moment qu'on puisse avoir une réponse et des délais d'intervention. Et pour ce qui est du médecin traitant, médecin généraliste, que nous, on puisse réussir à avoir une réponse, à donner aux administrés en disant que c'est possible d'avoir un médecin traitant. Aujourd'hui, on leur dit : « non, ce n'est pas possible, je vais vous aider à avoir un rendez-vous médical » ; mais je sais que je n'aurai pas de médecin traitant, enfin, je n'ai pas de réponse à apporter sur la pénurie de médecins traitants qui signent le papier pour le parcours de soins coordonnés. Ça, on a des difficultés là-dessus. »

Sans œuvrer à tirer le meilleur d'une telle dynamique, des conséquences néfastes sont envisagées, tout d'abord, la dispersion des efforts des communes pour attirer des professionnels de santé, mentionnée dans plusieurs entretiens, et qui limite la cohésion de la vision politique de la santé sur le territoire, tout en monopolisant des temps précieux.

« J'entends que les communes se battent entre eux. C'est entre deux communes. Quand je dis se battre, c'est la commune qui va attirer le médecin avec ses facilités. Et là, j'ai entendu dernièrement qu'il y a un médecin, ça fait trois communes qu'il fait. Ben oui, on lui propose un truc intéressant, donc une fois qu'il en a épousé un, il va voir l'autre. »

L'absence de réponses collectives aux défis posés par la démographie médicale est également citée comme participant à limiter la capacité des professionnels déjà installés à assurer leurs missions sanitaires – avec pour conséquence le risque pour la population de renoncer au soin.

« C'est systémique. C'est-à-dire qu'une défaillance va se reporter sur les autres au final. Et quand il n'y a plus de médecins traitants, du coup c'est. On le voit, on a des médecins, nous coordinateurs, mais au final ils deviennent quasiment médecins traitants parce qu'il y a un besoin de suivi dans les traitements, parce que tout ça. Et du coup la charge elle se déplace au final. [...] quand il y a une faille

quelque part, vous voyez, quand il n'y a plus de PASS. C'est sur les urgences que ça peut se répercuter, mais pas que.

- Mais ils peuvent plus non plus, ils sont saturés les pauvres. Et puis ce n'est pas une urgence.

- beh c'est ça. Et puis au final, tout ça, ça amène aussi à ce que la question de l'accès aux soins. Plus elle est ardue, plus elle est complexifiée, moins elle est sollicitée au final. Et on a des gens avec des états de santé qui se dégradent régulièrement. »

Un élément de solution mentionné dans les entretiens réside dans les initiatives de la CPTS, avec notamment le Service d'Accès aux Soins, que le futur CLS pourrait contribuer à faire connaître. L'offre de téléconsultation à destination des personnes à mobilité réduite sans médecin traitant sera renforcée par le concours des infirmières du territoire, qui pourront participer aux séances en se rendant au domicile des personnes et en y assistant sur place le médecin consulté en distanciel.

« La première préoccupation de la population, c'est comme partout ailleurs, c'est avoir un médecin traitant. Nous, on a mis en place avec toutes les CPTS du 45 les soins non programmés. C'est-à-dire que quelqu'un qui a besoin, en 48h, on lui donne un rendez-vous, quel que soit son lieu d'habitation. On a mis un dispositif supplémentaire pour les personnes qui ont des pathologies chroniques et qui n'ont pas de médecin traitant. On leur donne aussi, mais là, il n'y a pas d'urgence à leur donner dans les 48 heures. On a mis en place un dispositif. Ces gens-là sont prioritaires pour avoir un rendez-vous auprès de médecins qui se sont portés volontaires pour donner des créneaux. On a le SAS, on a les patients chroniques. On fait aussi un peu de pédiatrie pour les enfants qui ont besoin sur ce dispositif-là. »

« Les usagers ne connaissent pas le SAS par exemple, le service d'accès aux soins, tout le travail qui est fait par les CPTS. Enfin la CPTS travaille sur une valise connectée par exemple, c'est comment on met ça en valeur, pour moi ça c'est sûr que ça va ressortir ; si ça ressort pas c'est que c'est une erreur, pour moi, le CLS ça sert à ça hein. »

« Les infirmières chez nous vont s'organiser pour faire de la téléconsultation à domicile pour des gens qui ne peuvent pas du tout sortir de chez eux et qui n'ont pas de médecin. Ils ne peuvent même pas aller à la pharmacie pour faire une téléconsultation. Par contre, la particularité, ce seront des infirmières qui vont assister la personne pendant sa téléconsultation. Elles prendront, par exemple, toutes les constantes avant, elles seront là pendant la consultation avec un médecin qui est de l'organisation que l'on a choisie, un médecin qui est en France, qui est local. Et elles géreront après les ordonnances, les soins etc. Donc ça, ça sera premier trimestre 2026, ce dispositif. »

Les MSP sont un autre acteur déterminant pour l'accès aux soins, elles travaillent déjà de concert pour contribuer au SAS, bien que cela ne concerne pas encore l'ensemble de la population – ces efforts de collaboration pourraient donc être étendus.

« Je pense qu'ils peuvent travailler sur l'accès aux soins, par exemple. Les deux MSP participent au SAS. Après, ils ont des projets au sein des MSP. Pour l'instant, c'est ouvert qu'aux patients des MSP, mais ça peut être ouvert à d'autres patients aussi. Ça peut faire du lien aussi entre les MSP, parce que tout le monde ne travaille pas sur tous les sujets. »

Pour autant, la difficulté des professionnels libéraux à se mobiliser en nombre pour participer aux actions du CLS et à d'autres dispositifs de coordination est également rappelée, ce qui pourrait être lu comme une incitation à ne pas surestimer leur capacité à se mobiliser, et à ne les solliciter que de manière très ciblée, en cohérence avec les actions déjà menées par la CPTS – et possiblement après une première phase de définition des enjeux et moyens de l'action afin de restreindre le nombre de réunions où ils seraient conviés.

« Quand on est en maison de santé on sait qu'on a beaucoup plus de charge de travail, de temps de réunions, de protocole, de mise en place de missions de santé publique etc. En plus du temps de soins. Donc ça devient compliqué. Je sais qu'il y a beaucoup aussi de professionnels, notamment à la MSP de Boigny, qui sont déjà très engagés sur les CPTS. Donc ils peuvent faire différentes actions de prévention, des moments de formation, d'information, de partage, etc. Donc je ne sais pas si aujourd'hui on attend de la part des professionnels de santé qu'ils participent aussi ou qu'ils soient liés aussi sur le CLS pour mener des actions de prévention. Auquel cas, je ne sais pas si c'est quelque chose qui serait redondant par rapport à ce qui existe déjà au niveau des CPTS, si ce serait quelque chose qui serait fait en partenariat justement avec les CPTS. »

Une autre perspective d'action du futur CLS face aux enjeux de la démographie médicale sur le territoire est de considérer l'attractivité des métiers, tant du point de vue de mesures incitant les professionnels à s'installer dans les communes de la métropole, que de la formation scolaire qui pourrait sensibiliser les jeunes de manière à anticiper et accompagner leur orientation vers les métiers les plus en tension des secteurs médical et médico-social.

« Je pense qu'en vrai, on aurait besoin d'un projet ambitieux en termes de... Comment attirer les professionnels sur les postes sur lesquels ils n'ont plus envie d'aller ? C'est-à-dire vraiment, pas seulement se contenter de se poser la question de leur salaire, mais se poser la question de quelles conditions de travail et quelles contraintes il y a sur les postes. Et comment on fait pour répondre à ça ? mais rendre le travail plus attractif. »

« J'irais sur aussi l'orientation des jeunes. Aujourd'hui, en

fait... Je trouve que l'école ne sensibilise pas suffisamment les jeunes aux métiers de l'aide et du soin. Il y a des jeunes qui ne sont pas bien dans la structure scolaire. Et pour autant, ils sont obligés d'aller jusqu'au brevet, alors que l'école ne leur correspond pas. Enfin – je suis sûre qu'un certain nombre auraient des prédispositions pour les métiers du soin. Et je pense qu'il y a quelque chose à faire sur l'orientation pour qu'on prépare, en fait, les prochaines années où on va avoir ce mur de personnes vulnérables, personnes âgées, et pas suffisamment de structures pour les accueillir, et pas suffisamment de structures pour les accompagner. »

Plus généralement, le futur CLS devra veiller au maintien et au renforcement d'une dynamique de collaboration des professionnels de tous les secteurs, et au décloisonnement de leurs pratiques et habitudes de travail – cette limite est en effet décrite dans plusieurs entretiens comme encore trop présente sur le territoire.

« On fait des réunions de concertation pluripro au sein des MSP. Et moi, ce que je constate dans les deux, c'est que les infirmières, elles savent faire leur travail, les médecins savent faire leur travail. La difficulté dans le soin, il arrive toujours un moment où c'est le social. Soit c'est parce que c'est la personne qui est isolée, soit elle n'a pas de capacité de transport, soit elle n'a pas d'argent. Il y a toujours un moment où c'est le côté social qui fait qu'on ne peut pas aller plus loin dans le soin. C'est pour ça que je parlais, parce qu'il y a des multitudes d'associations ou même d'aides possibles par les caisses de retraite, qu'on n'identifie pas toujours. Et je pense que ça serait un vrai plus pour le soignant d'avoir ça. »

« On n'a pas de professionnels de santé pour l'instant autour de ces tables-là [sport-santé/activité physique]. On a l'État, on a la CPAM, on a l'ARS, on a plein d'acteurs qui sont super importants. On va avoir les clubs qui sont aussi de plus en plus présents, parce que nous on fait appel à eux, on a les maisons sport-santé, mais c'est vrai qu'aujourd'hui, le pion qui manque sur le maillage, ce sont vraiment les professionnels de santé. »

« Des fois, la relation ville-hôpital est compliquée. Elle n'est pas forcément efficiente. Voilà, ça pourrait être un sujet de travail intéressant. Comment mieux communiquer avec l'hôpital ? Alors quand je dis l'hôpital, c'est les cliniques, ce n'est pas que l'hôpital, le CHU. Je pense que ça pourrait en plus améliorer pas mal le parcours du soin du patient. »

Dans les verbatims précédents, on peut observer que les besoins de coopération sont envisagés selon le point de vue des besoins de leur propre structure, ce qui pourrait refléter les limites actuelles des échanges entre les secteurs évoqués. Celles-ci sont évoquées plus directement dans l'extrait suivant, qui parle des tentatives de communication entreprises par une structure à l'intention des élus des communes de la métropole, dans le contexte de l'organisation de dépistages.

« Il y a soit des interlocuteurs qui changent régulièrement et c'est vrai qu'on ne sait jamais à quelle bonne personne on s'adresse, soit parfois on sait qu'on a le bon interlocuteur, mais ça reste sans réponse. »

En conséquence, plusieurs entretiens insistent donc sur la nécessité de constituer une vision collective et commune de la politique de santé de la métropole orléanaise. Un entretien évoque la complexité du maillage professionnel et, faute de coopération animée par une conception unique de la santé, la superposition d'instances pouvant jouer un rôle de coordination, qui découle de la spécialisation des professionnels – mais cette complexité ne devrait pas empêcher l'objectif prioritaire visant à favoriser une offre cohérente dans la globalité .

« Quand on parle de santé, de quoi on parle aussi ? Parce que là, en effet, on oppose santé mentale et santé, comme si la santé, ça... La santé, c'est très large, en fait. Il y a la santé somatique, sociale, mentale, mais c'est vrai qu'il y a beaucoup, beaucoup d'instances. Et c'est comme si ça venait, en effet, là aussi, compartimenter un petit peu les sujets des uns des autres. Alors parfois, il y a des instances qui viennent sur le terrain d'une autre, mais alors où s'arrêtent les compétences de l'un et de l'autre, et à un moment donné, on ne sait plus exactement dans quelle instance doit se décider ou doit se jouer telle ou telle chose. Et pour moi, la question de la santé, il faudrait que ça puisse être la santé au sens de la santé globale. Et malheureusement, derrière, souvent, ça va être la question de la santé somatique. Et voilà, après, moi, ce que je pourrais espérer, c'est qu'on puisse enfin parler de santé globale. »

Les réponses aux questions de l'installation des professionnels, et plus largement à celle de l'action en santé, ne devraient pas se heurter à des rivalités politiques – et devraient au contraire témoigner d'une cohérence entre la vision des communes et des acteurs de santé du territoire.

« Ils auront moins l'impression d'être mis à part en fait sur les autres communes. Dès qu'il y a quelque chose qui se passe sur une commune, c'est « pourquoi ce n'est pas ma commune ? » Et du coup, c'est toujours en termes de rivalité entre les uns et les autres. « Pourquoi il y a ça à Orléans, et il n'y a pas ça à Olivet ou à Fleury ? » Il y a des enjeux qui nous dépassent parfois mais qui ont pu faire des freins à certaines actions parfois, je pense, et qui peuvent faire un frein au déploiement du CLS aussi pour la suite. »

« Et peut-être que s'il y avait une façon de s'accorder à ce niveau-là, ils pourraient peut-être répartir plus intelligemment les professionnels et pas forcément jouer au concours du plus offrant pour, finalement, déshabiller une région qui en aurait plus besoin. »

Pour éviter ces écueils, il est donc nécessaire que le futur CLS soit à même de sensibiliser les élus uniformément aux enjeux de santé du territoire, en visant d'autres enjeux que ceux de la démographie médicale, qui, à Orléans comme ailleurs en région, tendent à être la priorité politique en l'absence d'une culture préalable de l'action en santé. Aussi, un levier important du lien entre CLS et communes résiderait dans la désignation de référents santé dans ces dernières afin de fluidifier les échanges et d'instituer des habitudes de travail en commun.

« La définition de ce qu'est la santé ne doit pas être la même pour tous. Et ça, je pense que c'est un frein. Pour moi, derrière la santé, je vois vraiment la prévention. Et tout ce qu'on peut mettre en place en amont, pour donner du pouvoir d'agir à la personne. Et j'ai l'impression que peut-être certains élus voient la santé uniquement dans le prisme du nombre de médecins par habitant. Et je pense qu'il y a un vrai levier sur l'information de ce que peut être la santé aujourd'hui. En donnant ce pouvoir d'agir à chacun, de prendre la bonne décision. »

Enfin, certains professionnels insistent tout particulièrement sur certains aspects de la coordination de l'offre de soins pour l'adapter à des publics spécifiques. Le sujet le plus largement mentionné concerne l'adaptation de l'offre aux publics précaires, une population importante sur le territoire et qui nécessite par définition une approche décloisonnée de la santé.

« Des difficultés aussi au niveau de la précarité, des patients ont vraiment besoin d'une prise en charge très très très pluriprofessionnelle pour que finalement, le parcours de soins soit plus efficace. »

Un sujet connexe est l'utilisation du numérique en santé, qui peut constituer un frein important pour le public précaire, mais également à la population vieillissante.

« Quand on parle d'accès aux soins, c'est aussi, on a des gens qui n'ont pas de téléphone, et qui n'ont pas Doctolib, et qui n'ont pas Maiia. Déjà, pff ! C'est-à-dire qu'ils se fadent les appels au secrétaire des maisons de santé, qui leur expliquent à tour de bras que finalement il n'y a pas de place, qu'il n'y a pas de tout ça. Et s'il n'y a pas Doctolib, s'il n'y a pas Maiia, déjà, la simple prise de rendez-vous, je ne parle pas de consulter son compte Améli, je ne parle pas du DMP, je ne parle pas de tout ça, je parle juste de ça, vous voyez, juste passer par là. »

Attentes des futurs partenaires du CLS : généralités

Dans l'ensemble, les acteurs interrogés dans le cadre de ce diagnostic ont des attentes liées à la démarche générale des CLS, sans spécificités singularisant particulièrement le contexte Orléanais. Ce constat est à rapprocher du fait que les deux générations précédentes du CLS sont très peu connues : seuls trois entretiens les ont évoquées, et en leur sein les éléments concernant les actions réalisées étaient particulièrement ténus. La perspective d'une coopération en santé actuellement opérante sur le territoire semble éloignée du regard actuel de la plupart des acteurs, certains d'entre eux ayant même signalé qu'ils n'étaient pas au courant de la mise en place d'un troisième CLS. Pour autant, les professionnels appellent quasi-unaniment de leurs vœux la mise en place d'une telle coordination.

Ainsi, les attentes les plus souvent exprimées concernent le fait de faire face aux défis causés par une démographie médicale contrainte, ainsi que de mener à bien des actions probantes délimitées au regard des besoins de la population. Pour cela un travail collectif des partenaires de santé est estimé nécessaire, le CLS devant participer à renouveler l'interconnaissance des acteurs au-delà des collaborations existantes, tout en confortant et en étendant celles-ci.

« Peut-être que le CLS puisse nous permettre de faire des liens avec les autres partenaires et d'avoir aussi des priorités d'action, des axes qui sont dits prioritaires et nous, comment s'intégrer dans ces axes-là pour orienter aussi nos actions. Nous, on a forcément des projets d'établissement, un projet associatif. Maintenant, on n'est pas seuls sur le territoire. Et l'idée, c'est que ça puisse aussi répondre à un diagnostic de terrain, un diagnostic local, et qu'on puisse agir avec les partenaires dans le même sens pour être le plus efficace possible aussi, et pas chacun dans son coin à faire ce qu'il pense être le plus juste. Donc pour moi, ce type d'instances, ça permet aussi de créer de la cohésion et de la pertinence dans les actions des uns et des autres, et d'aller vers une direction commune. »

Le CLS devra donc s'assurer de la communication entre les partenaires afin de favoriser une participation efficace, sans doubler des actions déjà en cours. Pour cela il est estimé nécessaire de favoriser le déclassement des secteurs sanitaires et sociaux, ainsi que de garantir l'articulation du contrat avec des dispositifs de coordination existants comme la CPTS, le CLSM et le Contrat de ville.

La prise en compte des besoins de la population est évoquée à travers la perspective de la réduction des inégalités sociales dans l'accès à la santé, de nombreux acteurs interrogés ayant évoqué les populations fragiles, vulnérables, précaires et éloignées de la santé.

Enfin, certains acteurs insistent plus spécifiquement sur des thématiques de santé spécifiques, relatives à leurs

propres activités, mais qu'on peut également comprendre comme pouvant faire l'objet d'une mobilisation particulière, celle-ci étant actuellement insuffisante. Ces thématiques sont les dépistages, notamment des cancers, des maladies cardiovasculaires et du diabète, la santé environnementale et la santé sexuelle.

La santé communautaire, la participation des usagers en santé à la mise en œuvre du CLS n'est pas un sujet sur lequel tous les acteurs interrogés se sont prononcés, beaucoup n'ayant qu'une vision lointaine de cet enjeu au sein de leurs propres activités. Néanmoins près de la moitié des entretiens reconnaissent l'importance de la parole des personnes concernées et citent plusieurs éléments pouvant se compléter pour la solliciter et l'intégrer en pratique :

- L'inclusion des associations représentant les usagers, ou encore plus spécifiquement les personnes concernées, avec l'exemple des GEM
- L'intégration de la parole des usagers dans des instances spécifiques au sein des structures partenaires du CLS [par exemple, l'Apléat-Acep]
- Des pratiques d'aller-vers pour mesurer les besoins de la population ; par exemple en déployant des questionnaires, à la fois via des professionnels de santé, mais aussi par d'autres relais pour atteindre un public plus large
- L'appui d'instances locales de consultation des habitants, comme les conseils de développement, ou encore les conseils citoyens, qui devraient être renouvelés en 2026.

Enfin, la question portant sur les modalités de communication entre acteurs et vers la population de la métropole a donné lieu à un foisonnement de réponses reflétant la diversité des pratiques d'acteurs de secteurs divers, de publics et d'habitudes de travail variés. On peut noter l'importance grandissante des moyens numériques, eux aussi différenciés (newsletter, gazettes municipales, application PanneauPocket, site web de la métropole, réseaux sociaux), qui n'exclut pas le maintien d'affichages et autres supports papiers pour les publics moins habitués à ces formats. Enfin, quelques acteurs insistent particulièrement sur la nécessité d'organiser des rencontres partenariales pour favoriser l'interconnaissance, ainsi que la constitution d'une conception commune des enjeux du CLS, de l'action devant en découler.

Attentes des futurs partenaires du CLS : freins et leviers à la mise en œuvre

Les partenaires interrogés ont souligné un nombre restreint de freins à la mise en place du CLS :

- Un manque de clarté des attributions du CLS, notamment concernant son articulation avec le CLSM, ainsi qu'une connaissance encore insuffisante du maillage partenarial du territoire (« Il y a vraiment un manque de visibilité des acteurs de terrain, en fait. »).
- Le risque de limiter l'action du CLS à des actions ponctuelles « one-shot », sans débouchés pertinents.
- La disponibilité limitée des acteurs et en particulier des professionnels de santé pour participer à un dispositif qui s'ajoute à d'autres formes de coordination et à leurs propres activités dans un contexte de forte contrainte de l'offre de soins.
- Enfin, le frein principal au regard des entretiens reste la dimension politique du CLS, considérant – au regard d'expériences contrastées de communication avec certaines communes, d'une focalisation attendue des élus sur la démographie médicale pouvant donner lieu à des rivalités, et du renouvellement politique suite aux élections de 2026 – que la vision collective de la santé au sein du CLS et plus largement la bonne intelligence entre élus et acteurs de la santé pourrait limiter la dynamique recherchée. (« Les freins, ça serait plutôt la pénurie de professionnels de santé où actuellement la vision que j'en ai, c'est que la coopération intercommunale se heurte à la nécessité pour nos élus d'apporter une réponse aux administrés en termes de « j'ai fait venir tel et tel professionnel de santé sur mon territoire ». En tout cas, c'est la vision que j'en ai aujourd'hui. Et le CLS, pour moi, c'est important pour que, justement, de cette concurrence intercommunale, on arrive à une coopération intercommunale. »)

Bien que l'inégalité du découpage territorial des deux dispositifs puisse être déroutante, la question de leur articulation n'est pas forcément déterminante ni inquiétante pour tous les acteurs ; un entretien l'évoque en particulier dans des termes assez simples envisageant une cogestion CLS-CLSM d'un même programme, tout en laissant ouverte la question d'une redéfinition territoriale du CLSM. Plus généralement, le rapprochement CLS-CLSM aurait pour intérêt de simplifier la lisibilité des partenariats du territoire.

« Logiquement, CLS et CLSM, ils devraient travailler ensemble. Et effectivement, le CLSM, à mon avis, devrait être une sous-partie du CLS. [...] pourquoi il y aurait à nouveau une commission en santé mentale dans le CLS, alors qu'il existe un CLSM ? Ça me paraît démultiplier les acteurs et les partenariats et les projets et du coup démobiler des gens qui ne vont pas savoir qui fait quoi. »

Il faut toutefois souligner que ces deux derniers points, bien que particulièrement récurrents dans le discours des acteurs interrogés, sont également présentés comme des leviers potentiels : la vision commune à l'ensemble des acteurs des enjeux sanitaires du territoire et l'implication en particulier des élus demeurent envisageables et pourraient s'avérer centrales pour la réussite du contrat. La consultation des acteurs de terrain dans une conception large de la santé afin d'identifier les besoins prégnants sur le territoire, plus largement, leur implication, et notamment la participation des professionnels de santé aux actions du CLS, sont jugées tout aussi importantes.

« La participation des acteurs autour, il serait intéressant d'y intégrer pas que les professionnels de santé ou les chargés de mission. Il serait intéressant d'y associer des personnes de terrain qui sont confrontées à toutes les difficultés que peuvent rencontrer les usagers en termes de santé. Je pense aux assistantes sociales, aux éducateurs, les personnes qui sont plus proches des usagers. Parce que leur regard est intéressant. Leurs connaissances sur les freins et les manques sont intéressantes. Et je pense que ça permettrait d'avancer en tout cas sur les difficultés rencontrées sur le territoire. »

« Sur le quartier des Chaises, il faut plus s'appuyer sur la Maison pour tous que sur les médecins, parce que la Maison pour tous, elle va connaître les familles depuis très longtemps, elle connaît leurs besoins, elle va connaître, je pense, les arguments qui vont faire que la personne va se sentir concernée. Elle connaît l'histoire familiale pratiquement par cœur. Je ne dis pas que le médecin ne le connaît pas mais on ne dit pas tout à son médecin. Et parfois, il y a la peur du médecin qui va faire qu'on va dire oui au médecin pour aller aux ateliers, puis après, on n'y va pas. »

Dans cet ordre d'idées, on peut remarquer que les principaux leviers évoqués dans les entretiens sont tous liés à l'implication des acteurs présents sur le territoire de la métropole :

- Tout d'abord les acteurs sont estimés nombreux, divers et conscients des problèmes actuels de démographie médicale – ils peuvent en outre s'appuyer sur des réseaux professionnels existants comme celui de la CPTS (ou encore, dans le champ de la santé mentale, du CLSM et du PTSM) – en outre leur action auprès du public peut être favorisée par le caractère urbain du territoire, facilitant certaines prises en charge
- De cette ressource partenariale doivent découler de l'interconnaissance et une volonté collective d'agir pour la santé sur le territoire
- Cette volonté doit s'incarner par des rencontres partenariales qui puissent impliquer l'ensemble des acteurs et définir un ordre du jour suffisam-

ment précis pour susciter l'adhésion (sans être excessivement détaillé et de ce fait rédhibitoire)

- Le rôle de la coordinatrice du CLS est donc un point crucial de cette dynamique, qui implique que son poste soit bien identifié, et qu'elle prête une attention particulière à la clarification des enjeux et du fonctionnement du contrat, en particulier auprès des partenaires les moins familiers de la démarche (« déjà qu'il soit bien identifié. Qu'on sache bien qui représente le Contrat local de santé. Voilà, parce qu'identifier, je trouve que ce n'est pas forcément évident sur le territoire. Et à connaître clairement les missions du CLS. Parce que moi, je me rends compte depuis que je suis sur mon poste qu'il y a plein de choses qui se mettent en place à différents niveaux, mais vraiment en parallèle. Et ce n'est pas toujours évident de pouvoir comprendre qui fait quoi, sachant que des fois, il y a plusieurs personnes qui font des choses presque similaires. »)

Cette attention particulière doit en particulier concerner les élus, qui, comme nous l'avons précédemment évoqué, doivent comprendre et s'approprier l'objet du contrat, a fortiori en cas de renouvellement politique – considérant qu'ils ont tendance à limiter la prise en compte de la santé à la démographie médicale (« La définition de ce qu'est la santé ne doit pas être la même pour tous. Et ça, je pense que c'est un frein. Pour moi, derrière la santé, je vois vraiment la prévention. Et tout ce qu'on peut mettre en place en amont, pour donner du pouvoir d'agir à la personne. Et j'ai l'impression que peut-être certains élus voient la santé uniquement dans le prisme du nombre de médecins par habitant. Et je pense qu'il y a un vrai levier sur l'information de ce que peut être la santé aujourd'hui. En donnant ce pouvoir d'agir à chacun, de prendre la bonne décision » ; « La meilleure chose à leur opposer, c'est de communiquer et de leur expliquer en long, en large et en travers ce à quoi sert un CLS et l'intérêt pour la population, pour eux et leurs administrés. Moi, je me souviens, sur le Saint-Amandois, il y avait eu la coordinatrice du CLS qui avait organisé toute une journée avec des ateliers, pour qu'on arrive à se connaître. Et puis, on disait, un petit apéritif déjeunatoire. Il faut mettre du lien, il faut donner de l'information, il faut qu'ils y trouvent un intérêt, en dehors de l'aspect politico-politique »).

Enfin, les entretiens soulignent quelques points relatifs aux modalités des actions elles-mêmes :

- Les acteurs espèrent que le CLS déploiera une communication efficace dans son aptitude à informer et solliciter les partenaires ; et que les supports visant à mobiliser la population pour participer aux actions seront d'autant plus exigeants, veillant à ne pas produire d'effet inverse en décourageant les usagers par des formulations anxio-gènes au sujet des thématiques de santé.
- Les actions devront viser le long terme, être déployées avec les ressources financières et matérielles adéquates, et ne pas être trop ambitieuses et denses pour pouvoir être réalisées de manière probante.
- Les actions devront privilégier l'aller-vers : si des forums réalisés dans des lieux publics sont souvent cités par les acteurs interrogés, nombre d'entre eux questionnent l'efficacité de cette modalité, qui ne susciterait pas une grande affluence, et ne permettrait pas de s'adresser aux populations les plus éloignées des soins.

« Les discours un peu génériques qu'il y a en collège, en lycée, sur les questions de santé sexuelle, ça a du mal à accrocher. Par contre, quand on fait ça en petits groupes, dans des lieux où ce n'est pas tout à fait l'habitude. Par exemple, nous, quand on nous demande dans un lycée d'aller faire un stand, on le fait ; mais on va souvent proposer « vous ne voudriez pas qu'on fasse une soirée pour les jeunes de l'internat ? soirées, discussions avec de la tisane, et en petits groupes », et en fait, ça fonctionne mieux. [...] alors évidemment ça demande beaucoup d'efforts humainement mais j'ai l'impression que ça on touche plus les gens que par des grandes campagnes nationales juste de com. En fait, il faut rencontrer les gens pour réussir à leur faire passer un message. »

Thématiques d'action préconisées par les acteurs :

De manière générale, les acteurs interrogés n'expriment pas une connaissance exhaustive des besoins de la population : nombreux sont ceux qui, tout en insistant pour certains sur leurs domaines privilégiés d'intervention, nuancent en affirmant que les rencontres et la coordination qui en découlera devront permettre une meilleure identification des besoins, et donc une vision commune des enjeux à prioriser au sein des actions mises en œuvre par le CLS.

Néanmoins, on observe à l'échelle de l'ensemble des entretiens une variété importante de thématiques de santé évoquées :

- La plus citée est la santé mentale comme catégorie large, sans forcément y ajouter de détails en dehors d'une minorité d'entretiens qui mentionnent les jeunes comme public prioritaire. Un autre sujet en lien avec la santé mentale régulièrement cité est la prévention des addictions (au sens large, le tabac étant cité deux fois).
- La seconde thématique la plus mentionnée, également très englobante, concerne l'enfance, la parentalité et la jeunesse – c'est plutôt le second terme qui fait l'objet de plus de propositions avec :

l'accompagnement à la parentalité, à l'accouchement, le repérage des vulnérabilités autour de la périnatalité, le soutien aux familles monoparentales, la prévention des enfants secoués et autres formations telles que les « Gestes qui sauvent » ou encore la prévention des violences intrafamiliales. En ce qui concerne l'enfance, bien qu'il s'agisse de thématiques pouvant concerner d'autres classes d'âge, l'enseignement des compétences psychosociales et la prévention de l'exposition aux écrans et aux réseaux sociaux sont aussi mentionnés.

- Les vaccinations, dépistages et autres actions de prévention des maladies chroniques sont également bien identifiés par les acteurs interrogés, qui ne précisent pas toujours mais citent néanmoins les cancers, les maladies cardiovasculaires, le diabète et l'obésité. Deux acteurs citent également la santé des femmes, avec les dépistages des cancers du col de l'utérus et du sein, ou encore l'endométriose. La prise en compte du handicap et le repérage des troubles de l'apprentissage sont également mentionnés.
- En lien avec certaines affections mentionnées dans la thématique précédente, et également avec le bien-être et la santé mentale, beaucoup d'acteurs citent la nutrition, certains évoquant plus spécifiquement l'alimentation et d'autres la lutte contre la sédentarité et le sport, notamment le sport-santé/l'activité physique adaptée.
- Le vieillissement et le maintien de l'autonomie, notamment à domicile sont également cités, ce qu'on peut également relier à la question de la mobilité dans l'accès au soin des populations fragiles et à celle de l'isolement qui pourrait être combattu par des initiatives intergénérationnelles. La prévention de l'épuisement des aidants est également mentionnée.
- La santé environnementale apparaît également dans de nombreux entretiens même si un seul d'entre eux détaille diverses thématiques spécifiques en son sein : lutte antivectorielle/espèces invasives, qualité de l'air, notamment intérieur, urbanisme favorable à la santé (désimperméabilisation des sols, végétalisation), adaptation du logement et lutte contre l'habitat indigne, ou encore qualité de l'eau.
- Enfin, bien que la difficulté du CLS à se positionner efficacement sur ces questions soit connue d'une partie d'entre eux, les acteurs sont très nombreux à citer les problèmes de démographie médicale et d'accès aux soins et aux droits de la population de la métropole. Deux entretiens évoquent à ce sujet

la possibilité d'agir sur l'attractivité du territoire.

En outre, d'autres thématiques plus spécifiques sont également mentionnées comme l'accès au numérique en santé, des sujets de prévention spécifiques à des parties du corps comme la santé buccodentaire ou la santé du dos, le vivre-ensemble et la prévention du harcèlement, la santé sexuelle et la prévention des IST, ainsi que la prise en compte spécifique des populations précaires, vulnérables et isolées.

Ce dernier point, bien que rarement identifié comme thématique à part entière, est particulièrement cité en réponse à la question du guide d'entretien consistant à identifier des populations que le CLS devrait spécifiquement cibler au-delà de la population générale : ainsi plusieurs acteurs évoquent les populations migrantes, défavorisées, précaires, éloignées des soins, notamment dans les quartiers prioritaires de la ville. Les personnes en situation de handicap, les enfants/scolaires et les personnes âgées sont également citées par quelques acteurs.

Préconisations des acteurs en matière d'opérationnalité du CLS

Le point le plus fréquemment commenté – bien qu'il faille y lire l'influence d'une question de notre guide d'entretien ciblant spécifiquement cette thématique – concerne le déploiement territorial du CLS. En effet, de très nombreux acteurs souhaitent que l'ensemble des 22 communes du territoire de la métropole d'Orléans puissent s'impliquer dans la démarche du CLS pour rendre plus cohérente l'action du contrat. Outre l'importance de la volonté des élus, ce lien doit être permis par la désignation de référents santé dans chacune des communes de la métropole, ce qui semble avoir manqué lors des générations précédentes du CLS – qui par ailleurs ne s'étendaient pas à l'ensemble des communes, ce qui renforçait le morcèlement des actions.

« On sentait le côté où tous les signataires ne sont pas présents. Toutes les communes n'étaient pas signataires des CLS, on voyait bien le décalage finalement, c'est-à-dire que vous aviez des gens qui avaient envie de venir, mais comme la commune n'avait pas signé les CLS, du coup ils ne viennent pas. Pour moi, une des garanties, effectivement, c'était que les 22 communes soient signataires du CLS. Comme ça, ça légitime aussi les acteurs de terrain. [...] et pour la faisabilité du CLS, pour moi les communes signataires doivent identifier une personne qui s'engage [...] c'est-à-dire 22 communes, 22 référents qui ne sont pas juste des prête-noms. C'est-à-dire, oui, je vais aux réunions, je représente ma commune. Ça, c'est pour moi la base absolue. Parce que là, je reprends les quelques comptes-rendus que j'ai sous les yeux, c'est toujours les mêmes qui venaient. C'est-à-dire, c'est les deux ou trois personnes qui sont vraiment investies, que je connais à l'échelle de la métropole, c'est toujours les mêmes, de toute façon, qu'on voit en réunion. Et s'il n'y a

pas 22 référents, en termes de faisabilité ou d'aller jusqu'au bout, comment vous allez avoir la petite commune, je ne sais pas, je vais dire [commune], une toute petite commune, qui n'est pas la moins représentée souvent. Mais oui, il faut qu'on ait ça, pour moi c'est impératif. Il faut que l'animateur de cette thématique-là, il ait d'emblée, on lui donne, ce n'est pas des volontaires, c'est une liste de 22 référents qui représentent, ou un référent peut représenter deux communes, mais qui soit légitimé. Ça, pour moi, c'est la base absolue. »

L'intérêt de tels postes est de gagner en efficacité par rapport à des élus souvent moins aptes à participer directement à la mise en œuvre des actions – contrairement à ces derniers, les référents santé pourraient être formés de façon à adopter un regard de long terme sur les enjeux de santé du territoire, ce qui permettrait de favoriser durablement le déploiement des actions du CLS.

« Ça faciliterait les choses aussi. Si autour de la table, on pouvait avoir l'ensemble des référents santé ; et si on pouvait effectivement les sensibiliser à chaque thématique. Ça va leur demander du temps, mais en même temps, c'est comme ça qu'ils vont repérer aussi les partenaires. Une fois que c'est fait, c'est fait. Si pendant une heure on leur parle de dépistage, au moins ils sont censés connaître cette thématique-là. Mais voilà, c'est un travail, je pense, en amont

– Parfois il y a certaines communes qui disent qu'il faut discuter directement avec l' élu en charge de la santé. Alors c'est bien, il ou elle est content de nous voir une fois, mais après opérationnellement il n'y a rien. Parce qu'on n'a pas les personnes qui sont vraiment en charge sur le terrain de faire les choses. On a pris le temps d'avoir dit bonjour une fois d'avoir présenté les chiffres : « ah c'est pas bien – ben oui. » Mais c'est tout. »

Ces référents pourraient s'assurer des possibilités de déploiement des actions et se concerter pour permettre à celles-ci d'être connues de l'ensemble de la population – en faisant en sorte que les populations des communes limitrophes de celles où les actions ont lieu soient informées et puissent plus facilement accéder aux événements proposés, quitte à rediscuter du « découpage » d'une année à l'autre. Plus généralement, le CLS aura vocation à stimuler les échanges de bons procédés entre communes concernant le déploiement des actions.

« L'année dernière, on a essayé de faire des actions, là, sur la Semaine Bleue, des actions cantonales, enfin, intra-cantonales, je ne sais pas trop comment, mais voilà, par exemple, Chécy s'est mis avec Saint-Jean-de-Braye, ils ont fait des actions spécifiques en proximité géographique. Après, pareil, c'était pour des personnes âgées, donc c'était ciblé, etc. Mais voilà, ils ont réfléchi ensemble à quel était le lieu le plus adapté. Et là, l'objectif, c'est de redéployer cette action, mais de le faire plus côté Chécy plutôt que Saint-Jean-de-

Braye, de cibler. Je pense que c'est une vraie question, parce que moi, j'habite une grosse commune de la métropole, mais mes collègues le disent bien. L'avantage des petites communes, c'est qu'elles peuvent repérer facilement les personnes vulnérables et cibler vraiment par rapport à ça leurs actions de santé ou leurs actions sociales. »

« Si tout le monde se mobilise un petit peu, les choses peuvent être possibles. On se dit aujourd'hui ça se passe à Fleury : puisque c'est un travail commun, je vais mobiliser un agent de la commune d'Orléans et on va l'envoyer accompagner à Fleury. [...] Si Bou ne peut pas faire cette action, pourquoi nous, on n'irait pas soutenir Bou sur cette action ? Là, on en revient sur la thématique cancer. Pourquoi Orléans, c'est le plus bas taux de dépistage ? Allez voir ce qui se passe auprès des autres communes pour comprendre ce que nous, on ne fait pas, par exemple, et ce qu'on peut développer de mieux ! »

Ces considérations rejoignent ce qui ultimement pourrait être un critère permettant de déterminer la nécessité plus ou moins grande de recourir à l'aller-vers, soit le fait de penser la question de la mobilité des publics pour chacune des actions du CLS, une habitude de travail qui impliquerait l'ensemble des partenaires et non uniquement les référents santé des communes.

« Faire peut-être plus des choses par – oui, pas par quartier, mais par ville associée ; où il est facile de se déplacer, où le patient va pouvoir y aller. »

Par ailleurs, certains acteurs soulignent qu'actuellement, leur structure a déjà eu l'occasion de solliciter plusieurs communes, et que la facilité de la communication et la possibilité d'y organiser des actions varient significativement. Aussi le CLS permettrait-il de réaffirmer la nécessité de couvrir l'ensemble du territoire de la métropole.

« Il y a des services de certaines communes avec qui le travail se fait très, très bien. [...] Et il y en a d'autres avec qui c'est assez compliqué. »

« Ce serait plus pour avoir une vue d'ensemble et éventuellement pour que ce soit inscrit dans le marbre que pour une période en tout cas, il y ait des actions qui soient vraiment réalisées à l'échelle de la métropole. On a quand même des communes sur lesquelles on n'arrive pas à aller et des quartiers qui sont parfois un peu difficiles d'accès aussi. »

D'autres entretiens évoquent le fait que différentes communes peuvent avoir des regards différents sur la santé, et de ce fait plus ou moins prioriser la question de l'installation des professionnels, au point de produire des tensions entre communes voisines. La persistance de celles-ci serait d'autant plus dommageable qu'il s'agit d'un phénomène qui avait déjà été identifié lors des précédentes générations de CLS.

« Je sais qu'il y a certaines communes qui ne pratiquent pas forcément la même agressivité pour maintenir certains. J'ai entendu parler de certaines communes qui, justement, étaient un petit peu mécontentes de se dire qu'elles avaient fait un peu le travail pour essayer de récupérer des trucs. Finalement, la personne qui souhaitait s'installer, en posant la question aux trois communes d'à côté, se rendait compte que, finalement, c'était le jeu de la surenchère. Et peut-être que s'il y avait une façon de s'accorder à ce niveau-là, ils pourraient peut-être répartir plus intelligemment les professionnels et pas forcément jouer au concours du plus offrant pour, finalement, déshabiller une région qui en aurait plus besoin. »

« La précédente coordinatrice, elle a essayé de travailler sur la répartition des médecins libéraux entre les villes, qu'elles soient mieux réparties, en tout cas qu'une ville ne prenne pas un médecin à une autre. Je pense qu'elles ont essayé de travailler sur cette représentativité au niveau des villes, mais ça n'a pas forcément abouti à ce qu'elles souhaitaient auparavant. »

Un facteur identifié comme pouvant faciliter l'implication de l'ensemble des communes de la métropole est la réalisation des réunions du CLS dans d'autres communes qu'Orléans, de manière alternante. D'autres entretiens soulignent l'importance du cadrage thématique et temporel des réunions CLS, que la coordinatrice doit optimiser pour ne pas risquer, si elles sont trop nombreuses et pas assez aptes à se concentrer sur la mise en œuvre, de susciter le désengagement des acteurs.

« Il faut passer par les élus. Il n'y a que comme ça, je pense. Et puis, peut-être aussi que les réunions se fassent dans ces communes-là. Et forcément, quand on va sur les territoires, les populations se sentent plus impliquées, les élus aussi. Si on fait toutes les réunions à Orléans, c'est une action d'Orléans, ce ne sera pas du CLS. »

« Ce qui freine la coordination des acteurs, c'est la multiplicité des actions ou des réunions. Donc, je pense que ce qui est important, et moi, ce que j'essaie de faire, et ce n'est pas facile, c'est de ne pas refaire ce qui existe déjà, de voir aussi déjà ce qui existe, ce qui est déjà porté. Là, le CLS, il va porter des actions, mais qu'est-ce qui est déjà porté par un tissu associatif qui fait déjà des choses, ou si la CPTS, par exemple, la communauté de professionnels du territoire de santé de l'Orléanais fait déjà des forums santé ou des choses, ne pas être redondant, en fait. Mais essayer de se servir de l'existant, et de le valoriser plutôt, ou alors de se rattacher à l'existant pour améliorer la proposition, ou étendre la proposition, le forum, à d'autres professionnels qui n'étaient peut-être pas concernés. Mais je pense que les freins dans toutes ces structures, ces organisations, ces coordinations, c'est la multiplicité des coordinations, et de mobiliser à différents endroits les mêmes partenaires qui sont redondants et qui, à un moment donné, ne savent plus

qui fait quoi. »

D'autres entretiens évoquent aussi les pistes suivantes pour faciliter le déploiement des actions, même au-delà des clivages communaux : favoriser l'aller-vers au regard des besoins, et impliquer les associations locales et les lieux de proximité.

« D'expérience, il faut vraiment s'appuyer sur les associations de proximité. Par exemple, si vous faites un gros raout, je ne sais pas moi, à la salle Eiffel, vous n'allez pas toucher les gens que vous voulez toucher. Il faut vraiment trouver une association de proximité, que ça se fasse dans ses locaux, etc. que ce soit des lieux connus. »

« Parfois il y a des actions qui peuvent être organisées dans des salles des fêtes ou dans des structures, j'ai l'impression que ça touche quand même beaucoup moins de monde, que quand c'est plutôt les acteurs de santé qui vont à la rencontre des usagers, sur des lieux publics, en centre-ville, sur une place de marché, un samedi matin, des choses comme ça. »

Plusieurs entretiens rappellent en outre un aspect déterminant de la conception et de la réalisation des actions : le financement, qui doit être envisagé dès la rédaction des fiches-actions, et qui doit favoriser l'inscription des actions dans la durée. Ce point est d'autant plus important que les partenaires du CLS ne sont pas égaux entre eux du point de vue de la capacité à se positionner comme porteur d'actions, en raison de la dimension budgétaire qu'elle requiert. Il est important de penser l'action à travers ses moyens financiers, matériels et humains, ainsi que plus généralement de soutenir les associations et les infrastructures des communes.

« On a des appels à projets sur le dépistage des cancers, sur la santé sexuelle, sur les addictions, sur la vaccination. Et puis dans le cadre de Mois Sans Tabac on a beaucoup d'appels à projets aussi. C'est pour ça que c'est important toutes ces instances de coordination, puisque nous, on peut mettre à disposition des moyens financiers. Quelquefois, les associations ont des besoins, mais n'ont pas forcément les financements qui vont avec. Donc l'idée, c'était de partager l'information entre... tous les partenaires, les acteurs du CLS pour que tous ces biais de réalisation soient connus. »

« Il y a un modèle quand même qui est à revoir dans le cadre de l'opérationnalité des actions de façon pérenne et un petit peu en rétro, voir comment eux arrivent à avoir des financements, comment ces financements en termes de visibilité, communication, opérationnalité, ces éléments-là doivent perdurer dans le temps. Il faut que le modèle soit un cercle vertueux qui perdure, quelles que soient les personnes ou les dispositifs qui arrivent. »

Cette question du financement renvoie plus largement à

la nécessité de la coordination des acteurs pour favoriser l'opérationnalité du contrat. Le décloisonnement des secteurs sanitaire et social est identifié comme structurant dans certains entretiens. De tels rapprochements ont déjà été entrepris et leur généralisation est considérée comme un enjeu central des CLS, ce qui semble témoigner d'une bonne compréhension des missions et dimensions pratiques de la démarche.

« Après le levier, ça serait plutôt, justement, d'utiliser l'ensemble des partenaires, quel que soit le champ d'action, que ce soit santé, social, ou je ne sais pas quoi, culturel, sportif, n'importe. J'ai envie de dire tout partenaire qui est en contact avec des usagers. Ça, c'est un vrai levier de pouvoir utiliser la connaissance qu'on a tous de notre désert médical sur notre territoire pour justement travailler ensemble, parce que si on travaille ensemble, on sait qu'on va mieux y arriver. Avoir une meilleure coopération les uns avec les autres ; qu'on soit sur le champ du paramédical, du médical ou du social. »

Certains acteurs évoquent aussi l'importance de l'implication des professionnels de santé dans les actions proposées par le CLS, pour que la prévention puisse être plus tangiblement reliée à la possibilité d'accéder aux soins par les usagers. De leur point de vue, cette présence a quasiment un rôle symbolique, celui de garantir une forme de confiance des habitants, dont une des attentes principale demeure l'accès aux soins.

« Ce qui est important quand on fait une action, c'est que ce soit pas simplement de l'information, mais qu'il y ait derrière une possibilité d'accéder aux soins en lien avec la problématique. Vous voyez, par exemple, un forum santé, prévention, on l'appelle comme on veut, c'est très bien. Mais si c'est juste pour faire le tour des stands et récupérer des flyers, pour moi, ça n'a pas d'intérêt. Il faut qu'il y ait du dépistage et puis il faut qu'il y ait la présence de professionnels de santé. »

« Donc il y a depuis un an, au niveau de la CPAM un travail qui est fait pour rencontrer une infirmière, parce que les médecins il n'y en a pas assez, pour faire des bilans de santé. Ça c'est très important. Et lorsque je fais des actions sur le terrain, de dépistage ou de sensibilisation aux dépistages, ce qui marche bien aussi c'est d'avoir le centre d'examen de santé, où il y a par exemple une dentiste qui va faire un dépistage, donc qui ne va pas proposer de soins mais qui va faire un dépistage. Et c'est vrai que la population est très attirée par le fait qu'il y a un médecin, ou un professionnel de santé, même s'il ne fait pas de soins, mais en tout cas de la prévention, de la sensibilisation. Ça, ça fonctionne bien vis-à-vis de la population et ça vient un petit peu compenser, je dirais, le manque de professionnels. »

Selon certains partenaires, les actions doivent, d'un point de vue général, être pensées en rapport avec les effets

qu'elles doivent viser au sein des publics, notamment l'évolution des comportements – autant que possible. Cette réflexion, qui s'oppose au « one-shot » et qui est sans doute plus adaptée à certaines thématiques et/ou modalités d'action plutôt que d'autres, fait suite à une question de notre guide d'entretien concernant l'évaluation de l'impact des actions, qui n'a pas donné lieu à des discussions très fournies, nombre de partenaires évoquant simplement la passation de questionnaires à l'issue des événements et/ou la mesure des files actives des professionnels de santé partenaires d'actions visant à augmenter les dépistages ou à favoriser les soins.

« Avoir un vrai impact, c'est faire des actions déjà qui durent dans le temps pour pouvoir changer. Sur les actions où on cherche à faire prendre de nouvelles habitudes aux personnes, là, pour le coup, les actions probantes, ce que la CNSA nous a montré, c'est qu'il fallait que ce soit des actions qui s'inscrivent dans le temps, des ateliers sur 12 semaines minimum, enfin une temporalité qui prenne vraiment en compte un changement d'habitudes chez les personnes et une étude en effet sur l'impact que ça peut avoir sur le long terme, ne pas se focaliser sur le nombre de personnes touchées au temps T de l'action, mais vérifier que derrière, au temps T plus 1, T plus 6... les personnes, elles ont un souvenir de ce qu'elles ont vu, ce qu'elles ont entendu et qu'elles ont pu mettre en œuvre chez elles. Donc, donner aussi les moyens aux personnes [...] de revenir vers le porteur de l'action pour reposer des questions ou révéifier que ce qu'elles ont retenu, c'est bien ce qu'on leur a dit à un moment donné. Déjà, ne serait-ce que ça, avoir la possibilité que les personnes puissent revoir l'animateur ou le porteur de projet, déjà c'est bien. Après, dans l'idéal, moi ce que j'aimerais, c'est quand je fais des actions de prévention, c'est me dire, allez ! Six mois plus tard, je rappelle toutes les personnes qui ont participé à mon atelier machin pour voir. Alors, six mois après, qu'est-ce que vous reprenez ? Qu'est-ce que vous avez mis en place ? Je n'ai pas le temps, je ne le fais jamais. J'ai mes belles intentions, mais je ne le fais jamais. Voilà. On peut le marquer aussi comme objectif des actions qui se sont déployées. Et se donner les moyens de le faire. »

Ainsi, si tous les acteurs interrogés n'ont pas une expérience directe de la pratique des Contrats locaux de santé, l'analyse des entretiens révèle dans l'ensemble une compréhension largement partagée de l'importance de la dynamique partenariale. La sensibilisation des élus et la cohérence territoriale du contrat sont appelées de leurs vœux, en outre l'action du CLS pourra s'inspirer des actions de prévention réalisées ces dernières années – dont certaines ont été citées dans les sections précédentes.

Au regard de tous ces constats, il est proposé les recommandations suivantes :

- ✚ La concertation partenariale est cruciale pour la vie du futur CLS : il est nécessaire que les acteurs se rencontrent et puissent échanger sur les thématiques de santé et les besoins prégnants identifiés sur le territoire. Le maillage partenarial est un atout du territoire, que le CLS doit être attentif à consolider.
- ✚ Pour permettre un travail en commun efficace, la communication et les modalités de sollicitation et de réunion des partenaires doivent être pensées d'une manière efficiente et qui convienne à chacun.
- ✚ Certaines thématiques ont été particulièrement citées dans les entretiens (santé mentale, enfance/parentalité/jeunesse, dépistages/maladies chroniques/nutrition, vieillissement/maintien de l'autonomie, santé environnementale...) – leur intégration au programme d'action doit être produite collégialement avec les acteurs, en anticipant les moyens de leur mise en œuvre opérationnelle.
- ✚ Le déploiement des actions doit être pensé à l'échelle du territoire pour atteindre au mieux la population au regard des enjeux de réduction des inégalités de santé.
- ✚ La santé communautaire, la participation des usagers, sont considérées importantes par l'ensemble des acteurs interrogés – l'intégration de ces notions au CLS pourrait être bénéfique pour la prise en compte des besoins de la population de la Métropole.

AAH : Allocation aux adultes handicapés. Allocation attribuée à toute personne âgée de 20 ans ou plus qui présente une incapacité permanente d'au moins 80 % ou qui est reconnue dans l'impossibilité de travailler par la CDAPH (Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées) lorsque son incapacité permanente est comprise entre 50 et 80 %. Elle est accordée sous conditions de ressources. C'est une allocation subsidiaire. Les bénéficiaires peuvent exercer une activité, soit en milieu ordinaire, soit en milieu protégé.

Adapei : Association départementale d'amis et de parents d'enfants inadaptés

ADD : Association des diabétiques départementale

ADMR : Aide à domicile en milieu rural. Associations offrant différentes prestations permettant le maintien à domicile des personnes : aide à la vie quotidienne (ménage, repas, repassage, courses...), accompagnement dans les démarches (budget, relation avec les organismes...), relais pour maintenir un équilibre familial lors des difficultés passagères (naissance, maladie, décès...) et aide à l'insertion sociale et éducative (suivi scolaire, activités ludiques...). Ces types d'interventions peuvent être pris en charge par les caisses d'allocations familiales ou le Conseil départemental. La fédération ADMR est agréée « services aux personnes ».

ADOPS : Association départementale pour l'organisation de la permanence des soins

ADPEP : Association départementale des pupilles de l'enseignement public

Aidaphi : Association départementale pour le développement des actions en faveur des personnes handicapées et inadaptées.

ALD : Admission en affection de longue durée. En cas d'affection comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le Code de la Sécurité sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections dites « longue durée » (ALD) est établie par décret. La liste actuelle porte sur 30 affections ou groupes d'affections.

Allocataire à bas revenu : Allocataire ayant son revenu par unité de consommation (RUC) inférieur à 60 % du revenu médian par unité de consommation (UC) de la population (hors 65 ans et plus). Le RUC correspond au revenu mensuel divisé par le nombre d'UC (les membres du foyer sont pondérés par des coefficients : 1 pour l'allocataire, 0,5 pour une personne de 14 ans ou plus supplémentaire, 0,3 pour un enfant de moins de 14 ans et 0,2 pour les familles monoparentales).

ALSH : Accueil de loisirs sans hébergement

Anpaa : Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie

Apa : Allocation personnalisée d'autonomie. Prestation attribuée aux personnes âgées en perte d'autonomie en vue de solvabiliser les besoins préconisés dans un plan d'aide personnalisée élaboré par une équipe médico-sociale. L'Apa peut être versée directement aux bénéficiaires ou aux structures professionnelles (services d'aide à domicile, établissements...) mettant en œuvre ce plan d'aide.

APA : Activité physique adaptée

APL : Accessibilité potentielle localisée

APL : Aide personnalisée au logement

Apleat : Association pour l'écoute et l'accueil en addictologie et toxicomanie

APS : Activité physique et sportive

ARS : Agence régionale de santé

ARSEP : Aide à la recherche sur la sclérose en plaques

ASE : Aide sociale à l'enfance

ASPA : Allocation de solidarité aux personnes âgées

BPDJ : Brigade de prévention de la délinquance juvénile

BSEM : Bilan de santé en école maternelle

Caarud : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues

Caf : Caisse d'allocations familiales

C.A.L.M.E. : Centre d'action et de libération du mal-être éthylique

Camsp : Centre d'action médico-sociale précoce

Carsat : Caisse d'assurance retraite et de santé au travail

CATTP : Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel

CC : Communauté de communes

CCAS : Centre communal d'action sociale

CCDC : Centre de coordination des dépistages des cancers

CDAG : Centre de dépistage anonyme et gratuit

CDOM : Conseil départemental de l'Ordre des médecins

CeGIDD : Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (= CDAG + CIDDIST)

CESC : Centre d'éducation à la santé et à la citoyenneté

CH : Centre hospitalier

CHIC : Centre hospitalier inter-communal

Cicat : Centre d'information et de consultations en addictologie et en toxicomanie

Ciddist : Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles

CIDFF : Centre d'information sur les droits des femmes et des familles

Clic : Centres locaux d'information et de coordination. Sous ce label, sont installés des guichets qui ont pour mission : l'accueil, l'écoute, l'orientation et l'information des personnes de plus de 60 ans, de leur famille et des professionnels ; l'évaluation des besoins, l'aide à la mise en place de réponses concrètes et adaptées aux situations, le suivi, la coordination. Les objectifs des Clic sont :

- d'apporter une réponse globale aux besoins des personnes âgées dépendantes, fragiles ou en perte d'autonomie ;
- de permettre le soutien à domicile, l'accès à une filière de soins gériatriques, de favoriser le retour à domicile ou d'aider à l'entrée en institution ;
- de prévenir les situations de dépendance et de crise et d'assurer une mission de veille et d'alerte afin d'éviter les ruptures de prise en charge ;
- de renforcer l'efficacité des prestations et des moyens mis en œuvre.

CMP : Centre médico-psychologique.

CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique

CMU : Couverture maladie universelle. Dispositif qui garantit à tous une prise en charge des soins par un régime d'assurance maladie et qui comporte deux volets : la CMU de base et la CMU complémentaire. La couverture maladie universelle de base permet l'accès à l'assurance maladie pour toutes les personnes résidant en France de manière stable et régulière depuis plus de trois mois et qui n'ont pas droit à l'assurance maladie à un autre titre (activité professionnelle etc.). La CMU complémentaire permet de fournir une couverture complémentaire gratuite à toute personne résidant en France de manière stable et régulière, sous conditions de ressources fixées par décret.

Cnav : Caisse nationale d'assurance vieillesse

CODAMUPS-TS : Comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CPCA : Centre de prise en charge des auteur.e.s de violences conjugales

CPEF : Centre de planification ou d'éducation familiale

CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé

CRCDC : Centre régional de coordination de dépistage des cancers

Creai : Centre régional d'études d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité

CRT : Centre de ressources territorial

Csapa : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

CTS : Conseil territorial de santé

DAC : Dispositif d'appui à la coordination

DAME : Dispositif d'accompagnement médicoéducatif

DDETS : Direction départementale de l'emploi, du travail et des solidarités

DDETSPP : Direction départementale de l'emploi, du travail, des solidarités et de la protection des populations

Drees : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DSAM : Direction de la santé et de l'attractivité médicale

DSDEN : Direction des services départementaux de l'Éducation nationale

EARS : Éducation affective relationnelle et sexuelle

EHIF : Entraide handicaps invisibles fibromyalgies

Ehpad : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Elsa : Équipe de liaison et de soins en addictologie

EMPP : Équipe mobile précarité psychiatrie

Esat : Établissement et service d'aide par le travail

ETP : Équivalent temps plein

EVAS : Éducation à la vie affective et sexuelle

FRAPS : Fédération régionale des acteurs en promotion de la santé

GEM : Groupe d'entraide mutuelle

GES : Gaz à effet de serre

Grille AGGIR (autonomie gérontologique groupe iso-ressources) : grille qui classe les personnes âgées en 6 niveaux de perte d'autonomie à partir du constat des activités ou gestes de la vie quotidienne réellement effectués ou non par la personne. Le 1er niveau comprend les personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotive et sociale et le 6ème, les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie quotidienne.

HAD : Hospitalisation à domicile. L'hospitalisation à domicile s'adresse à des personnes dont la situation ne nécessite plus d'hospitalisation. Ce dispositif permet d'assurer la prise en charge globale et continue du patient chez lui et d'effectuer les soins techniques hospitaliers ou d'accompagnement dont il a besoin : pansements complexes, perfusions veineuses, soins de sonde, traitement de la douleur, soins palliatifs. L'admission en hospitalisation à domicile se fait à la demande du médecin.

IFSI : Institut de formation en soins infirmiers

IME : Institut médicoéducatif

IMC : Indice de masse corporelle. L'IMC est une mesure de référence internationale égale au poids (en kg) sur le carré de la taille (en mètre).

IPA : Infirmier en pratique avancée

IPP : Institut des politiques publiques

Irdes : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé

IST : Infection sexuellement transmissible

IVG : Interruption volontaire de grossesse

LAEP : Lieu d'accueil enfants parents

MAIA : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie

MDA : Maison des adolescents

MDA : Maison de l'autonomie

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

MDS : Maison départementale de la solidarité

MDSC : Maison départementale de la solidarité et de la citoyenneté

MFPP : Mouvement français pour le planning familial

MMG : Maison médicale de garde

Mortalité infantile : Nombre de décès d'enfants de moins d'un an pour 1 000 naissances vivantes

Mortalité prématurée : Ensemble des décès survenant avant 65 ans

MSA : Mutualité sociale agricole

OMS : Organisation mondiale de la santé

PASS : Permanence d'accès aux soins de santé

PAT : Projet alimentaire territorial

PCH : Prestation de compensation du handicap

PDSA : Permanence des soins ambulatoires

PIF : Point information famille

PIJ : Point information jeunesse

PNNS : Programme national nutrition santé

PMI : Protection maternelle et infantile

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information. Dispositif faisant partie de la réforme du système de santé français ayant pour but la réduction des inégalités de ressources entre les établissements de santé (ordonnance du 24/04/1996) sur la réforme de l'hospitalisation. Afin de mesurer l'activité et les ressources des établissements, il est nécessaire de disposer d'informations quantifiées et standardisées, le PMSI.

PRH ELI : Pôle ressources handicap - Éveil et loisir inclusifs

PTA : Plateforme territoriale d'appui

QVCT : Qualité de vie et des conditions de travail

Rased : Réseau d'aides spécialisées aux élèves en difficulté

Reaap : Réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents. Les Reaap permettent la mise en réseau d'actions visant à conforter, à travers le dialogue et l'échange, les compétences des parents et la mise en valeur de leurs capacités dans le respect et le soutien. Ils sont, par ailleurs, un cadre de partenariat entre les différentes institutions et associations intervenant dans le champ de la parentalité.

REP : Relai petite enfance

RSA : Revenu de solidarité active. Allocation qui complète les ressources initiales du foyer pour qu'elles atteignent le niveau d'un revenu garanti (si elles sont inférieures à ce dernier). En juin 2009, la réforme du revenu de solidarité active (RSA) modifie le système en place : en Métropole, le RSA se substitue au revenu minimum d'insertion (RMI), à l'allocation de parent isolé (API) ainsi qu'aux dispositifs d'aide à la reprise d'emploi qui leur sont associés. Le RSA est une prestation « hybride » assurant à la fois une fonction de minimum social (RSA socle) et de complément de revenu pour les travailleurs vivant dans des foyers aux revenus modestes (RSA activité). Dans les départements d'outre-mer, la mise en place du RSA est prévue ultérieurement et le RMI et l'API restent en vigueur.

SAAD (ou SAD) : Services d'aide et d'accompagnement à domicile assurent des prestations de services ménagers et d'aide à la personne pour les activités ordinaires et les actes essentiels de la vie quotidienne (aide à la toilette, aide à la prise des repas, courses...)

SAE : Statistique annuelle des établissements de santé

SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

SASF : Service d'aide et de soutien aux familles

SAVS : Service d'accompagnement à la vie sociale

SDJES : Service départemental à la jeunesse, à l'engagement et aux sports

SEP : Sclérose en plaques

Sessad : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile

Ssiad : Service de soins infirmiers à domicile. Service ayant pour objet de prévenir ou de différer une hospitalisation ou une institutionnalisation, ou à l'inverse de rendre possible un retour au domicile plus rapide et dans de meilleures conditions suite à une hospitalisation. Le Ssiad est destiné aux personnes de 60 ans et plus, malades ou dépendantes, ainsi qu'aux moins de 60 ans présentant un handicap ou une maladie chronique (décret du 24 juin 2004). Le Ssiad apporte des services en matière de santé.

SSR : Soins de suite et de réadaptation

Taux comparatif de mortalité : Le taux comparatif de mortalité, ou taux standardisé direct, est défini comme le taux que l'on observerait dans la région et dans les cantons si ses différents échelons géographiques avaient la même structure par âge que la population de référence. Les taux comparatifs de mortalité éliminent les effets de la structure par âge et autorisent les comparaisons entre les sexes et les échelons géographiques.

UAD : Unité d'autodialyse assistée

UDAF : Union départementale des associations familiales

UEMA : Unité d'enseignement maternel pour enfants autistes

UFOLEP : Union française des œuvres laïques d'éducation physique

UFSBD : Union française pour la santé bucco-dentaire

Unafam : Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

Cancers : C000 à C97 en diagnostic principal et relié

- Cancer du sein : C50 en diagnostic principal et relié
- Cancer de la prostate : C61 en diagnostic principal et relié
- Cancer du poumon : C33, C34 en diagnostic principal et relié
- Cancer colorectal : C18 - C20 en diagnostic principal et relié

Maladies de l'appareil circulatoire :

- Cardiopathies ischémiques :
 - I20 – I25 en diagnostic principal
 - Exclusion des séjours sans nuitée dont l'issue était un retour à domicile (hospitalisation de jour) et exclusion des séjours de moins de 2 jours avec mode de sortie par transfert, pour éviter les doublons de séjour avec DP d'infarctus.

Maladies de l'appareil respiratoire :

- Asthme : J45, J46 en diagnostic principal
- BPCO (indicateur strict) :
 - J44.0 ou J44.1 en diagnostic principal,
 - J960 en diagnostic principal et J44 ou J43 en diagnostic associé,
 - J10-J18, J20-J22 en diagnostic principal et J43 ou J44 en diagnostic associé,
 - J43 ou J44 en diagnostic principal et J10-J18, J20-J22 ou J960 en diagnostic associé.
 - Exclusion des séjours de moins de 2 jours dont l'issue n'est pas le décès.

Diabète :

- E10, E11, E12, E13, E14 en diagnostic principal et relié
- G59.0, G63.2, G73.0, G99.0, H28.0 en diagnostic principal et relié, E10, E11, E12, E13, E14 en diagnostic associé
- H36.0, I79.2, L97, M14.2, M14.6, N08.3 en diagnostic principal et relié

Complications liées à l'alcool : en diagnostic principal, relié ou associé

- Hospitalisation pour dépendance alcoolique : racine GHM 20Z04
- Hospitalisation pour complication liée à l'alcool : F10 en diagnostic associé
- Hospitalisation pour intoxication alcoolique aigüe : racine GHM 20Z05

Tentative de suicide (certaine) : X60 - X84 en diagnostic associé



Observatoire régional de la santé du
Centre-Val de Loire
14 avenue de l'Hôpital
CS 86709
45067 Orléans Cedex 2
www.orscentre.org



Agence régionale de santé du
Centre-Val de Loire
Cité Coligny
131 rue du Faubourg Bannier
BP 74409
45044 Orléans Cedex 1
www.ars.centre.sante.fr



Orléans Métropole
5 Place 6 Juin 1944
45000 Orléans
www.orleans-metropole.fr