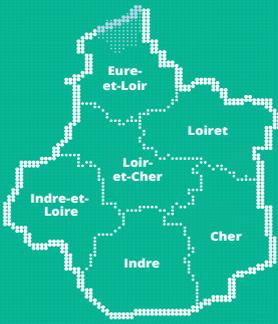


INDICATEURS SANITAIRES, MÉDICO-SOCIAUX ET SOCIAUX

en vue de l'élaboration du Contrat Local de Santé

RAPPORT COMPLET

AGGLO DU PAYS DE DREUX



INDICATEURS
SANITAIRES,
MÉDICO-SOCIAUX
ET SOCIAUX



Méthodologie de l'étude	5
Synthèse de l'étude	6
Contexte général	14
Situation spatiale et démographique	14
Population précaire	23
Formation et ressources de la population	29
Santé environnement	32
Prévention et promotion de la santé	38
Qualité de vie	40
Etat de santé	42
Données de mortalité	42
Données de morbidité	47
Santé de la mère et de l'enfant	48
Santé mentale	59
Maladies chroniques	71
Cancers	71
Maladies de l'appareil circulatoire	75
Diabète	77
Maladies de l'appareil respiratoire	79
Vieillesse de la population	88
Comportements et conduites à risque	97
Addictions	97
Vie affective et sexuelle	99
Violence faites aux femmes	101
Violence routière	102
Nutrition	103
Offre et recours aux soins	106
Médecins généralistes et spécialistes libéraux	106
Autres professionnels de santé libéraux	108
Accessibilité potentielle localisée	112
Offre hospitalière	116
Glossaire	122
Codification des pathologies	125

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 départementale de l'Eure-et-Loir de l'ARS et la Communauté d'agglomération (CA) du Pays de Dreux, nommée "Agglo du Pays de Dreux", projettent d'établir un CLS. Afin d'orienter les choix stratégiques et 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 réalisée 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 l'Agglo du Pays de Dreux, s'est attaché à mettre en perspective l'état de santé de la population et l'offre de soins disponible sur le territoire avec une mise en lumière des caractéristiques sociodémographiques 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 de l'Agglo du Pays de Dreux se structure autour de sept grandes thématiques : le contexte général sociodémographique du territoire ainsi que quelques données environnementales, l'état de santé de la population locale (santé de la mère et de l'enfant, la santé mentale, les maladies chroniques), le vieillissement de la population, les conduites à risques, la nutrition et enfin 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 ici à remercier toutes les personnes, institutions et structures qui ont contribué à la réalisation du présent « diagnostic local de santé de la Communauté d'Agglomération du Pays de Dreux ». 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, 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.

Calendrier du diagnostic

De septembre 2021 à janvier 2022 : réalisation de la phase quantitative de recueil, traitement et analyse des données statistiques.

De octobre à novembre 2021 : réalisation de la phase qualitative et d'analyse de la parole des personnes ressources et des habitants.

Le 22 février 2022 : restitution du DLS à l'ARS et au Président de la Communauté d'agglomération du Pays de Dreux.

Le 1^{er} mars 2022 : restitution du DLS à l'ensemble du comité de pilotage.

D'avril à mai 2022 : recensement des acteurs et actions de prévention.



Le diagnostic local de santé de l'Agglo du Pays de Dreux 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, Pôle emploi, Cnam...)

Des données sanitaires au travers des systèmes d'information de l'Inserm CépiDC (mortalité), du régime général de l'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 répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) et du fichier Adéli 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 la mère et de l'enfant, Conseil départemental de l'Eure-et-Loir, Carsat Centre-Val de Loire...).

Les données provenant de systèmes d'information nationaux ou régionaux ont été privilégiés 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.

-Un **RECENSEMENT DES ACTEURS ET ACTIONS DE PRÉVENTION** a été réalisé sur le territoire pour la période 2019-2021, au regard des thématiques de santé étudiées dans le cadre du diagnostic. Les acteurs de prévention ont été contactés par mail afin de les solliciter sur les actions de santé mises en place localement. Un descriptif des actions et de la structure leur a été demandé. Cette étape présente l'avantage de pouvoir identifier les points forts et les faiblesses du territoire en matière de prévention. De plus, dans le cadre de la réalisation du futur contrat local de santé et en fonction des thématiques identifiées comme prioritaires au regard du diagnostic, ce recensement pointe les leviers d'actions disponibles localement.

-**L'ENTRETIEN DES PERSONNES RESSOURCES DU TERRITOIRE** lors des réunions « thématiques ». Ainsi, une approche par thématique a été privilégiée et quatre réunions ont été organisées les 15 et 18 novembre 2021 à Luray, Anet, Brézolles et Châteauneuf en Thymerais. Ces entretiens collectifs, d'une durée d'au moins 2 heures, ont rassemblé d'une manière générale une quinzaine de professionnels. Avec l'accord des participants et sous couvert d'anonymat, les entretiens ont été enregistrés afin d'en faciliter la retranscription et l'analyse. Les entretiens avec les professionnels ressources du territoire ont permis d'échanger sur des questions et thématiques variées, autour de la santé au sens 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, la vision du partenariat entre professionnels...

-**LA PAROLE DES HABITANTS DU TERRITOIRE** a été recueillie dans différentes communes du territoire. Ces entretiens ont permis d'aborder les problématiques de santé, d'accès aux soins, la connaissance des acteurs et des dispositifs de prévention, les besoins et attentes des habitants...

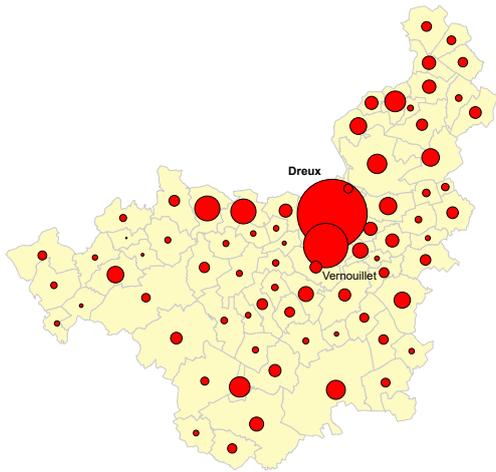
-**L'ENTRETIEN DES ÉLUS DU TERRITOIRE** a eu lieu le 5 novembre 2021. Cette réunion de travail a permis d'aborder des questions et thématiques variées, autour de la santé au sens large, leurs perceptions des habitants sur ce territoire, leurs attentes, leurs besoins et les problématiques de leurs administrés en matière de santé, d'accès aux soins et à la prévention, etc.



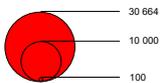
Démographie, cadre de vie et aspects socioéconomiques

L'agglomération du pays de Dreux se compose de 81 communes et compte 114 862 habitants au recensement de population de 2018. Les villes de Dreux (30 664 habitants) et Vernouillet (12 522 habitants) sont les principales communes du territoire. La communauté d'agglomération s'étend sur 1 055,7 km², soit une densité de population de 108,8 habitants au km². À titre de comparaison, la densité de population du département de l'Eure-et-Loir est de 73,5 hab/km², celle de la région, de 65,7 hab/km² et celle de la France hexagonale, de 119,2 hab/km².

POPULATION MUNICIPALE DES COMMUNES DE L'AGGLO DU PAYS DE DREUX EN 2018

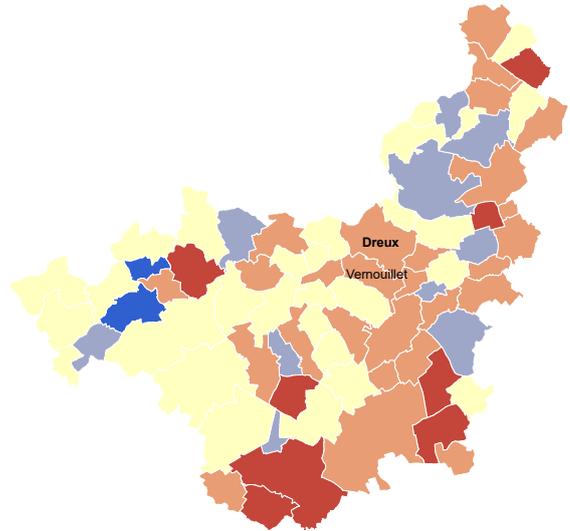


Population municipale en 2018 (en effectifs)

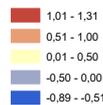


SOURCE : INSEE (RP 2018)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

VARIATION INTER-CENSAIRE DANS LES COMMUNES DE L'AGGLO DU PAYS DE DREUX (2013-2018)



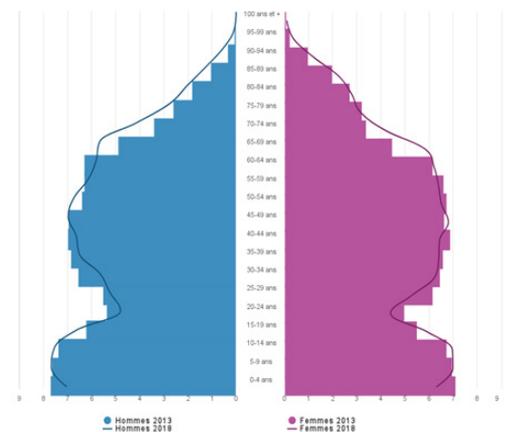
Taux de variation annuel moyen de la population entre 2013 et 2018



SOURCE : INSEE (RP 2013-2018)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

La pyramide des âges de l'Agglo du Pays de Dreux, au recensement de la population de 2018, présente une structure marquée par une forte fécondité de 1955 à 1990, une baisse entre 1990 et 2010 puis un regain à partir de 2010 correspondant à la période du baby-boom (1945- 1975). Le vieillissement de la génération du « baby-boom » (1946-1964) va induire, à court terme, une augmentation du nombre de personnes âgées.

PYRAMIDE DES ÂGES DE L'AGGLO DU PAYS DE DREUX (2013-2018)



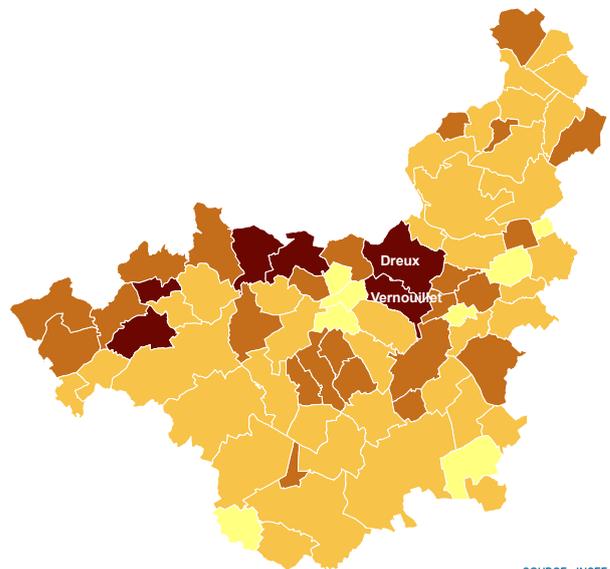
SOURCES : INSEE RP 2013-2018
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

Cette tendance peut d'ores-et-déjà s'observer entre 2013 et 2018, sur le territoire d'étude comme sur les autres territoires de référence. Le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus a augmenté, avec une évolution annuelle plus importante sur la CA que sur les autres territoires de référence (+2,1 % contre +0,8 % pour le département, +0,3 % pour la région et +0,8 % pour la France hexagonale). Si l'indice de vieillissement est inférieur, en 2018 comme en 2013, à ceux des territoires de référence, nous observons une augmentation de près de 17 % sur la période étudiée. Cet indice a évolué de manière plus importante que dans le département (+16,1 %), la région (+13,1 %) et en France hexagonale (+13,0 %). C'est sur l'agglomération en dehors de Dreux et Vernouillet que l'indice a le plus évolué (+19,4 % sur l'Agglo du Pays de Dreux hors Dreux et Vernouillet contre +14,8 % sur Dreux et 10,4 % sur Vernouillet). Le nombre de jeunes de moins de 20 ans est passé, quant à lui, de 31 487 habitants à 31 530, soit une évolution annuelle de +0,03 %, tout comme en France hexagonale (+0,1 %). En revanche, le taux de jeunes de moins de 20 ans a légèrement diminué dans le département (-0,3 %) et dans la région (-0,2 %).



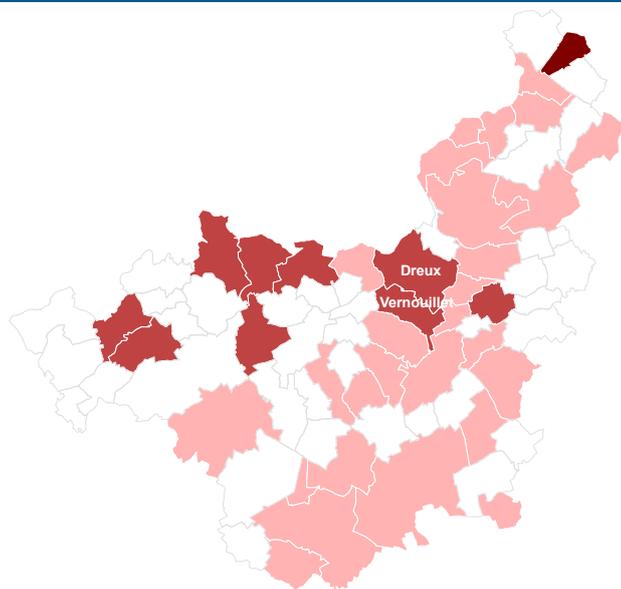
En 2018, sur l'Agglo du Pays de Dreux, les employés (28,6 %) et les professions intermédiaires (26,7 %) sont les catégories socioprofessionnelles les plus représentées, résultat qui s'observe également au niveau départemental, régional et national. Les ouvriers représentent également une proportion plus élevée dans la CA (25,2 %) par rapport au département (24,0 %), à la région (23,6 %) et à la France hexagonale (20,0 %). D'une manière générale, la CA comporte une proportion moindre de cadres et de professions intellectuelles (11,7 % dans la CA contre 13,5 % dans le département, 14,0 % au niveau régional et 18,5 % au niveau national) et d'agriculteurs (1,2 % dans la CA contre 2,0 % dans le département, 1,9 % au niveau régional et 1,5 % au niveau national). Le taux d'artisans, commerçants et chefs d'entreprise est similaire dans les 4 territoires aux alentours de 6 %. Au recensement de population Insee 2018, le taux de chômage des 15-64 ans au sein de l'Agglo du Pays de Dreux est de 15,2 %, un taux supérieur à ceux du département (12,2 %), de la région (12,6 %) et de la France hexagonale (13,0 %). Des disparités au sein de la Communauté d'agglomération existent cependant. Si le taux de chômage des 15-64 ans est de 23,8 % à l'échelle de la ville de Dreux et de 21,4 % à Vernouillet, il est de 11,2 % sur le Pays de Dreux en excluant Dreux et Vernouillet.

TAUX DE CHÔMAGE DES 15-64 ANS EN 2018 (%)

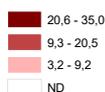


SOURCE : INSEE (RP 2018)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

ALLOCATAIRES DE MINIMA SOCIAUX AU 31.12.2019



Part des allocataires dépendants à 100 %
des prestations CAF et MSA (31.12.2019)



SOURCE : CNAF AU 31/12/2019, CCMSA AU 31/12/2019, INSEE RP 2018
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

D'autres indicateurs mettent en exergue des disparités entre les différents territoires. Dans les villes de Dreux et Vernouillet, la proportion de ménages bénéficiaires du RSA est respectivement de 14,7 % et 9,1 % contre 3,2 % dans l'Agglo du Pays de Dreux sans ces deux communes. S'agissant des allocataires ayant de faibles revenus, 20,5 % des allocataires ont leurs ressources constituées intégralement de prestations sociales dans la ville de Dreux, 15,1 % pour la ville de Vernouillet contre 8,5 % dans l'agglomération du Pays de Dreux hors Dreux et Vernouillet. Des variations sont également relevées concernant les taux de pauvreté variant de 9 % sur Ezy-sur-Eure et Ivry-la-Bataille, 13 % sur Saint-Lubin-des-Joncherets, 14 % sur Châteauneuf-en-Thymerais, 15 % sur Saint-Rémy-sur-Avre et 18 % sur Nonancourt à 24 % sur Vernouillet et 29 % sur Dreux. Sur l'ensemble de l'Agglo du Pays de Dreux, le taux de pauvreté est de 15,5 %, ce qui est supérieur à ceux des territoires de référence (12,0 % pour le département, 13,1 % pour la région et 14,6 % au niveau national). Enfin, 70,2 % des foyers fiscaux de la ville de Dreux ne sont pas imposés, 67,7 % de ceux de la ville de Vernouillet ne le sont pas non plus contre 53,2 % sur l'Agglo du Pays de Dreux (sans Dreux et Vernouillet). Près de 8 700 euros séparent, le revenu net imposable par foyer fiscal sur la ville de Dreux (18 563 euros) de celui de la communauté d'agglomération hors Dreux et Vernouillet (27 235 euros).

niveaux de formation. Nous observons une baisse de 4,5 points par rapport à 2013 (29,9 %). Malgré tout, le taux observé sur le territoire demeure bien supérieur à ceux du département (21,2 %), de la région (19,4 %) et de la France hexagonale (18,5 %).

En 2018, dans le pays de Dreux, sont recensés 25,4 % de la population de la classe d'âge non scolarisée sans qualification ou avec de faibles



La population du Pays de Dreux se caractérise par des profils pluriels et disparates. Le ratio de population indique un certain dynamisme démographique, la population étant relativement jeune. De nouveaux habitants participent à un renouvellement



de la population du territoire, perçu comme attractif notamment par les actifs de l'Eure-et-Loir et d'Île-de-France qui s'installent dans la partie francilienne du pays drouais. Bénéficiant de capitaux économiques et sociaux conséquents, ils ont des modes de vie très différents des autres populations du territoire, que traduit l'importance des liaisons fonctionnelles vers l'Île-de-France. La crise sanitaire a accentué ces migrations de populations depuis l'Île-de-France, au point que le phénomène soit qualifié de véritable « tsunami ». En effet, beaucoup de familles sont venues s'installer pendant et après le confinement de mars 2020, et sous l'effet de l'élargissement du télétravail, profitant d'un marché de l'immobilier favorable, au regard de leurs revenus. Cette installation d'un nouveau type d'habitants contribue à renforcer les écarts entre les modes de vie des populations présentes sur le territoire depuis plus longtemps.

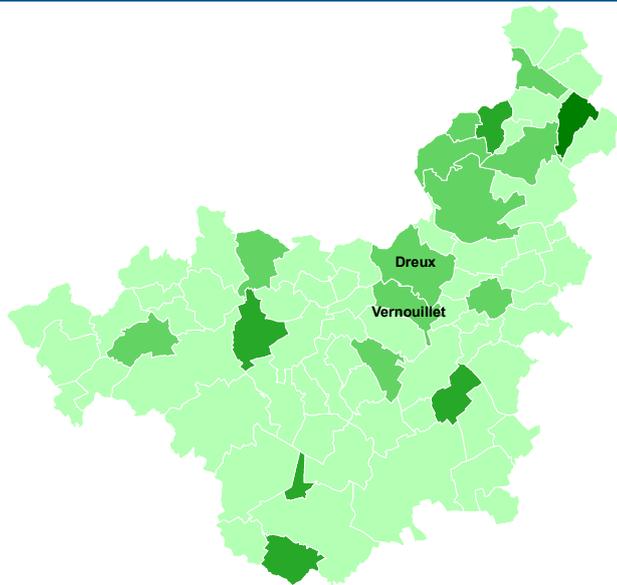


Une grande concentration des services administratifs, sanitaires et sociaux sur l'agglomération de Dreux et de Vernouillet est observée. Si cela exerce une attraction des habitants alentours (notamment les plus mobiles), les inégalités sociales d'accès s'accroissent sur l'ensemble du territoire. La mobilité tant spatiale que sociale représente un enjeu majeur pour ce dernier, en particulier pour les habitants éloignés des aires urbaines. La faible disponibilité des transports en commun pénalise en effet les familles monoparentales, les jeunes, les personnes âgées et les familles en situation de précarité. Les conséquences de ces freins à la mobilité sont nombreuses, notamment en ce qui concerne l'accès à l'éducation et à la santé. Par ailleurs, du fait de l'évolution des modes de vie, beaucoup de personnes âgées se retrouvent seules. De plus, en l'absence de services de proximité, l'isolement social est renforcé par la fracture numérique : bien qu'équipés, certains habitants peinent à s'approprier les outils informatiques et ainsi réaliser leurs formalités administratives. A titre d'exemple, la plateforme Doctolib constitue un frein à la consultation de professionnels de santé ne proposant aucune autre modalité de prise de rendez-vous. A noter également que beaucoup d'habitants pâtissent du manque d'accès à l'information concernant les services qui pourraient leur apporter une aide.

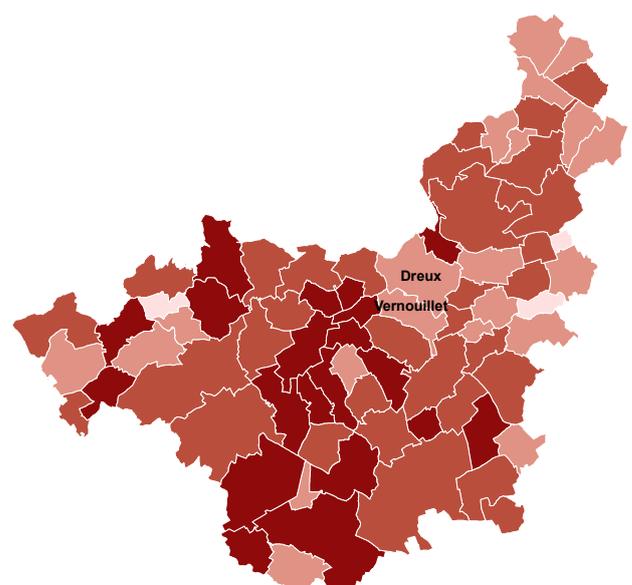


Selon le recensement de population de 2018, le moyen de transport le plus utilisé par la population active de 15 ans et plus du Pays de Dreux pour les déplacements domicile-travail est la voiture (respectivement 81,9 % sur l'Agglo du Pays de Dreux contre 78,1 % dans le département, 79,2 % en Centre-Val de Loire et 70,1 % en France hexagonale). Sur le territoire, 8,0 % de la population active utilise les transports en commun, 4,7 % de la population active utilise la marche à pied pour les déplacements quotidiens, 3,9 % n'utilise pas de transport, 0,9 % utilise les deux roues motorisées et 0,6 % le vélo.

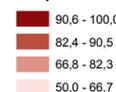
PART DES DÉPLACEMENTS DOMICILE-TRAVAIL SELON LE MOYEN DE TRANSPORT EN 2018 (EN %)



Part de la population active utilisant le vélo pour les déplacements domicile-travail (2018)



Part de la population active utilisant la voiture, le camion, une fourgonnette pour les déplacements domicile-travail (2018)



SOURCES : INSEE
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

SOURCES : INSEE
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE



Santé et environnement

Au sein de la CA pays de Dreux, le secteur du transport est le premier émetteur d'émissions de gaz à effet de serre à hauteur de 37% (contre 36 % en région et 41 % dans le département).

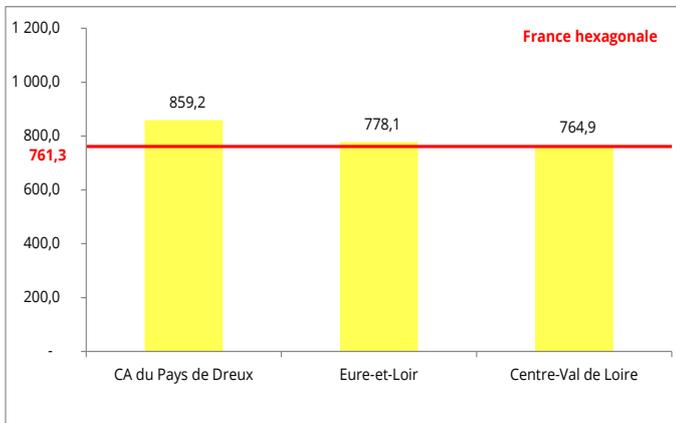


Concernant les eaux d'alimentation, 21 communes de l'Agglo du Pays de Dreux présentent une non-conformité avec le code de la santé relative à la qualité des eaux. Celles-ci ont une teneur maximale en métazachlore supérieure à la réglementation (0,1 µg/l).

Mortalité générale et prématurée

Au sein du Pays de Dreux, 8 654 décès ont été recensés entre 2008 et 2016, ce qui représente 962 décès en moyenne par an. Le taux comparatif, de 859,2 décès pour 100 000 habitants, est en cela bien supérieur à ceux du département, de la région et au niveau national. Le taux de mortalité générale pour la ville de Dreux est de 914,7 pour 100 000 habitants, de 859,6 pour la ville de Vernouillet et de 838,5 pour le reste du territoire hors Dreux et Vernouillet. Quel que soit le territoire, les taux sont significativement supérieurs aux territoires de référence.

TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ GÉNÉRALE (2008-2016)



SOURCES : INSERM CÉPIDC, INSEE
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
RÉFÉRENCE FRANCE HEXAGONALE (RP 2006)
TAUX POUR 100 000 HABITANTS

207,2 décès prématurés (personnes de moins de 65 ans) pour 100 000 habitants ont été recensés en moyenne dans le Pays de Dreux entre 2008 et 2016, soit un taux supérieur à ceux observés au niveau départemental (192,5), régional (192,8) et national (187,7). Le taux de mortalité prématurée pour la ville de Dreux est de 236,5 pour 100 000 habitants, de 196,3 pour la ville de Vernouillet et de 197,8 pour le reste du territoire hors Dreux et Vernouillet. Les taux de mortalité prématurée pour la ville de Dreux sont significativement supérieurs aux territoires de référence tandis que pour la ville de Vernouillet et la communauté d'agglomération hors Dreux et Vernouillet, ils sont comparables. Les hommes sont davantage touchés par

cette mortalité prématurée avec un taux de 287,5 décès prématurés pour 100 000 habitants, taux significativement supérieur aux autres échelons géographiques. Chez les femmes, on retrouve un taux de 130,1 décès prématurés pour 100 000 habitants similaire aux autres territoires. De fait,

une grande part de ces décès 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 pour la période 2008-2016, parmi les 347 décès annuels de personnes de moins de 75 ans survenus sur l'Agglo du Pays de Dreux, on peut considérer que 147 décès auraient pu être évités par la prévention primaire (définition OCDE 2019), soit 42,3 % des décès (42,6 % dans l'Eure-et-Loir, 43,2 % dans la région Centre-Val de Loire et 42,6 % en France hexagonale). 70 décès auraient pu être évités par la prévention liée au traitement (définition OCDE 2019), soit 20,3 % des décès des moins de 75 ans du territoire (19,6 % dans l'Eure-et-Loir, 19,5 % dans la région Centre-Val de Loire et 19,5 % en France hexagonale).

Santé de la mère et de l'enfant



Pour la période 2017-2019, l'indice conjoncturel de fécondité du Pays de Dreux est de 2,1 enfants par femme de 15 à 49 ans ce qui est comparable au département (2,0) et légèrement supérieur à la région (1,9) et au niveau national (1,8). Sur les villes de Dreux et Vernouillet, l'indice conjoncturel de fécondité est 2,5 tandis qu'il est de 1,9 sur le territoire hors Dreux et Vernouillet. L'âge moyen des mères primipares domiciliées dans l'Agglo du Pays de Dreux est de 27,7 ans au cours de la période 2016-2019 (27,7 ans dans l'Eure-et-Loir et 27,9 ans en Centre-Val de Loire).

L'âge moyen à l'accouchement des mères multipares sur le territoire est de 31,8 ans (31,7 ans dans l'Eure-et-Loir et 31,5 ans en Centre-Val de Loire). Au cours de la période 2016-2019, 80,3 % des naissances d'enfants domiciliés sur le Pays de Dreux ont eu lieu au centre hospitalier de Dreux, ce qui représente en moyenne 1 004 naissances par an. 7,3 % des naissances ont eu lieu au centre hospitalier de Chartres sur la même période. Enfin, 11,5 % des accouchements de femmes du Pays de Dreux se sont déroulés en dehors du département sur la période considérée (dont une grande majorité dans les Yvelines et l'Eure).

Au cours de la période 2016-2019, 2 442 femmes enceintes du territoire ont réalisé le nombre d'échographies recommandé au niveau national, au nombre de 3 soit un taux de 56,3 %. Ce taux est inférieur à celui de l'Eure-et-Loir (69,8 %) et de la



région (67,6 %). Concernant la préparation à l'accouchement, elle concerne 43,5 % des grossesses en 2017 en Centre-Val de Loire et est plus fréquente chez les primipares que chez les multipares (en 2017 dans la région, 66,3 % des primipares y ont eu recours contre 28,3 % chez les multipares). La pratique de préparation à l'accouchement dépend également des établissements : en effet, elle est plus fréquente dans les établissements privés (60,0 %) que dans les établissements publics (40,0 %). Concernant l'allaitement, 70,4 % des mères du territoire avaient l'intention d'allaiter. C'est supérieur au taux observé sur le département et en région (respectivement 63,2 % et 62,0 %).

Le suivi gynécologique et le suivi des grossesses est relativement difficile d'accès, du fait du manque de gynécologues installés dans le pays drouais, l'offre se concentrant en majorité dans les grandes agglomérations. Pour effectuer ces suivis, les femmes peuvent s'adresser à un médecin généraliste pratiquant la gynécologie ou encore à une sage-femme, mais cette possibilité est mal connue par la population. Bien qu'opérationnel, le dispositif Prado ne couvre pas tous les besoins qui se font jour dans l'accompagnement à la parentalité. Des actions ont pourtant été menées : la récente mise en œuvre de l'application des « 1000 premiers jours » dispensant des informations aux jeunes parents est un avancement. Or, souvent, la communication opérée demeure trop généraliste d'après les professionnels rencontrés. En effet, si la diffusion de supports de communication destinés aux mères est jugée utile, tel que le carnet de suivi de la grossesse financé par le département, distribué aux femmes enceintes à la maternité, leur surcharge peut nuire à la clarté de l'information ou à la visibilité des actions menées sur le territoire. Lorsque ce carnet de suivi se retrouve saturé de flyers annonçant le déploiement d'actions à l'échelle de tout le département ou la région, l'identification des personnes et des lieux qui peuvent être des ressources au niveau local n'est pas toujours facile. Certains parents, notamment parmi les familles précaires, peuvent se sentir démunis, ne sachant pas qui solliciter pour trouver une réponse à leurs besoins.



Le soutien à la parentalité se joue aussi à l'entrée à l'école et pendant l'adolescence. Sur le territoire, des réseaux d'écoute, lieux d'accueil parents-enfants, avec l'appui d'acteurs de l'intervention sociale et familiale, déploient des actions ayant pour objectif la valorisation des compétences parentales, le renforcement des liens entre les familles et l'école et la prévention des ruptures du lien familial. Les acteurs rencontrés évoquent ainsi l'importance de la Maison des Adolescents, des services de l'Aide Sociale à l'Enfance et d'éducation de rue, mais aussi le rôle de l'Association Départementale pour la

Sauvegarde de l'Enfant à l'Adulte, le Point Infos jeunes, la mission locale, les services d'insertion, les maisons Proximum et les centres sociaux. Ils soulignent les efforts des politiques publiques déployés dans le pays de Dreux, avec une attention portée à la couverture de l'ensemble du territoire. Cependant, sur certaines thématiques spécifiques, comme le harcèlement par exemple, un manque d'informations, de connaissances, mais aussi de dispositifs de repérage et de suivi est évoqué par les acteurs

Pour les enfants en situation de handicap, les acteurs rencontrés estiment que le territoire manque notamment d'orthophonistes, d'ergothérapeutes, de psychomotriciens, de psychologues. De ce fait, l'accès aux soins est problématique : les délais sont trop longs avant l'établissement d'un diagnostic et l'entrée dans un parcours de soins. Cela produit des effets, en termes financiers d'abord : les coûts de mobilité induits sont supportés par les parents pour accéder à une offre de soins en libéral. Les inégalités sociales et territoriales s'en trouvent creusées. En matière de santé, également, les effets sont sensibles : tarder à être orienté vers une prise en charge adaptée produit des sur-handicaps.

Santé mentale/bien-être



Après standardisation de la population par tranche d'âge, le taux d'admission en ALD pour affections psychiatriques est de 196,1 pour 100 000 personnes du Pays de Dreux. Le taux est similaire à ceux rencontrés dans le département (190,1) et la région (189,9) et inférieur à celui en France hexagonale (234,3).

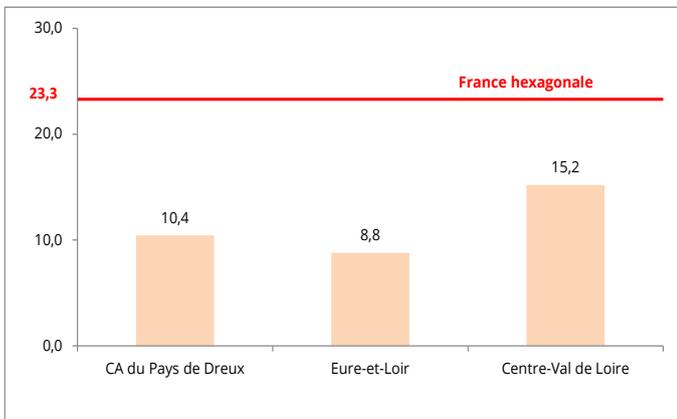
À l'échelle du Pays de Dreux, 18 décès par an en moyenne sont recensés au cours de la période 2008-2016 (soit 1,9 % des décès). A structure d'âge comparable, le territoire présente une mortalité par suicide de 16,5 décès pour 100 000 habitants, soit un taux comparable à celui du département (16,5), de la région (17,5) et au niveau national (14,9).

Concernant la prise en charge de la santé mentale, le territoire d'étude montre un réel déficit, à l'instar des autres territoires de la région Centre-Val-de-Loire. Au 1^{er} janvier 2021, 2 psychiatres libéraux sont en exercice au 1^{er} janvier 2021, soit une densité de 1,7 psychiatres pour 100 000 habitants. Tous modes d'exercice confondus, la densité sur l'Agglo du Pays de Dreux est de 10,4 professionnels pour 100 000 habitants (8,8 en Eure-et-Loir, 15,2 en Centre-Val de Loire et 23,3 en France hexagonale). Le territoire compte, début 2021, 13 psychologues libéraux, ce qui représente une densité de 11,3 professionnels pour 100 000 habitants. Ce taux est inférieur à ceux retrouvés dans le département (16,2), dans la région (17,1) et au niveau national (25,9). A l'offre libérale s'ajoutent les professionnels ayant une activité mixte (22) et salariée (55) soit, au total, une



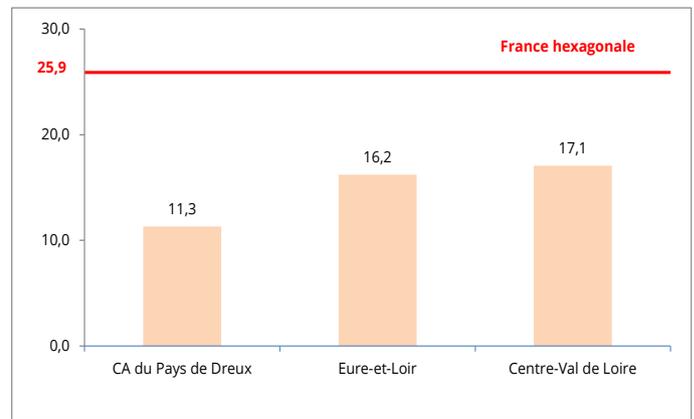
densité pour le Pays de Dreux de 78,4 psychologues pour 100 000 habitants (91,4 en Eure-et-Loir, 100,7 en Centre-Val de Loire et 118,2 en France hexagonale).

DENSITÉ DES PSYCHIATRES (LIBÉRAUX, SALARIÉS, MIXTES) AU 1^{ER} JANVIER 2021



SOURCES : RPPS 2021, INSEE
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

DENSITÉ DES PSYCHOLOGUES LIBÉRAUX AU 1^{ER} JANVIER 2021



SOURCES : ADÉLI 2021, INSEE
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

Les acteurs rencontrés soulignent le besoin d'améliorer l'efficacité du repérage des troubles en santé mentale, qu'il s'agisse des troubles du neurodéveloppement, de l'apprentissage ou du spectre autistique. Parce que les besoins sont importants et les enjeux du dépistage connus, il est nécessaire de renforcer et de valoriser les compétences des professionnels de première ligne (personnels de l'Education Nationale, bailleurs sociaux, etc.) les plus à même d'observer les premières difficultés.

Par ailleurs, pour améliorer la réponse aux besoins et gérer certaines situations problématiques, certains dispositifs sont possibles mais leur cadre réglementaire doit être revu. Par exemple, l'hospitalisation sous contrainte nécessite la validation d'un psychiatre à intervalle très régulier ; mais dans un contexte de pénurie de professionnels, la rigidité de la procédure légale empêche d'y recourir. De manière générale, la coordination est reconnue comme permettant de pallier les déficiences d'une offre sectorisée insuffisante ou difficile d'accès. Les acteurs rencontrés soulignent l'importance d'une synergie entre les soins et l'accompagnement, qui supposerait d'inclure dans la coordination globale des acteurs de la santé psychique, somatique et de l'accompagnement social (insertion professionnelle, formation, logement...). Seulement, les coordinations sont fragiles, lorsque les dispositifs reposent sur des volontés individuelles ou qu'il manque de personnels pour exercer les fonctions supports.

Autonomie (personnes âgées/personnes handicapées)

La demande sociale est celle de pouvoir vieillir chez soi, et de conserver le plus longtemps possible son autonomie en restant à son domicile. Seulement, le territoire doit faire face à une pénurie de structures relais, tels que les dispositifs de répit pour les aidants. Le déploiement de l'aide à domicile est reconnu comme complexe, également ; le travail est précaire, peu reconnu au plan financier et symbolique. Les personnels soignants manquent aussi dans les établissements de santé et structures d'accueil pour personnes dépendantes, notamment en soins de suite gériatriques.



L'évolution de la démographie médicale est telle que désormais, la demande de soins est supérieure à l'offre. Le territoire pâtit notamment du manque de médecins évaluateurs en capacité de diagnostiquer et de faire reconnaître la perte d'autonomie, de manière à ce que les usagers puissent accéder aux aides disponibles et faire valoir leurs droits. Le soutien à l'autonomie suppose aussi d'anticiper l'arrivée des problèmes liés à la dépendance. Ce travail d'anticipation doit s'effectuer avec les personnes âgées, leurs familles, et les différents services de santé et de l'aide sociale. Mais ce travail nécessite au préalable une amélioration de l'information des usagers. De plus, il est nécessaire de développer des initiatives « d'aller-vers », et ce, pas uniquement dans l'agglomération Drouaise.

À l'échelle de l'Agglo du Pays de Dreux, ce sont les communes à l'est du territoire qui bénéficient d'une accessibilité potentielle localisée aux établissements d'hébergement pour personnes âgées la plus faible. L'accessibilité est intermédiaire sur les communes en périphérie de Dreux et la plus élevée sur la commune de Brezollès. Le territoire du Pays de Dreux compte 10 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) totalisant environ 950 places d'accueil (3 à



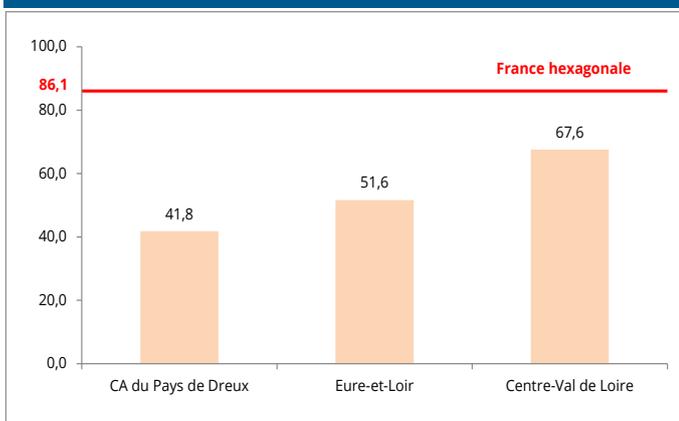
Dreux, 2 à Vernouillet et 1 à Brezolles, Abondant, Châteauneuf-en-Thymerais, Saint-Lubin-des-Joncherets et Ivry-la-Bataille) et une résidence autonomie à Dreux, soit un taux d'équipement de 107,3 places d'hébergement pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus (114,8 dans l'Eure-et-Loir et 123,4 en Centre-Val de Loire).

Le soutien à l'autonomie doit être multidimensionnel. Il suppose l'articulation de plusieurs problématiques : offre de soins, aménagement urbain, habitat, emploi, sports et loisirs, etc. Cette articulation suppose l'engagement de plusieurs acteurs aux enjeux différents, et le déploiement de moyens matériels, financiers et humains conséquents.

L'offre de soins/prévention

Le Pays de Dreux, comme dans l'ensemble du département, voit le nombre de médecins généralistes diminuer fortement (respectivement -9,4 % et -7,9%). Le territoire compte 96 médecins généralistes (libéraux, salariés, mixtes) exerçant sur son territoire, soit une densité totale de 83,6 professionnels pour 100 000 habitants. Elle est comparable à celle de l'Eure-et-Loir (86,8) mais inférieure à celles de la région et de la France métropolitaine, avec des taux respectifs de 109,8 et 139,5 médecins généralistes pour 100 000 habitants.

DENSITÉ DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX AU 1^{ER} JANVIER 2021



SOURCES : RPPS 2021, INSEE (RP 2018)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

En 2019, 76,7 % des assurés de l'Agglo du Pays de Dreux ont eu recours au moins une fois à un médecin généraliste. Le taux de recours à un médecin généraliste du territoire est inférieur à ceux des territoires de référence (respectivement 78,9 % dans l'Eure-et-Loir, 79,9 % en Centre-Val de Loire et 80,8 % en France hexagonale). Ce taux masque par ailleurs de grandes disparités. En effet, si 87,1 % des assurés de Saint-Lubin-de-Cravant ont eu recours au moins une fois à un médecin généraliste en 2019, ils ne sont que 70,6 % sur la commune de Dreux.

L'Agglo du Pays de Dreux compte au total 113 médecins spécialistes (24 en activité libérale, 17 en activité mixte et 72 salariés) soit une densité de 98,7 professionnels pour 100 000 habitants ce qui est inférieur aux territoires de référence (99,1 dans l'Eure-et-Loir, 131,4 en région et 182,1 en France hexagonale). Il en est de même pour les spécialistes libéraux avec une densité de 20,9 contre 32,6 pour le département, 49,5 pour la région et 64,6 pour le niveau national. En 2021, dans l'Agglo du Pays de Dreux, après la médecine générale, les 2 spécialités les plus représentées sont la cardiologie et maladies vasculaires avec une densité de 10,4 et la psychiatrie avec également une densité de 10,4.

La désertification médicale est au cœur des préoccupations des acteurs rencontrés, élus comme professionnels. Sur tous les sujets évoqués, cette problématique est signalée comme transversale. L'offre insuffisante de professionnels de soins primaires et de spécialistes accentue les inégalités d'accès aux soins, freine les dynamiques d'innovation et de coopération comme la mise en œuvre d'actions de prévention. Un grand nombre d'habitants renonce à se soigner, d'autant plus facilement et rapidement que l'inégale répartition des professionnels de santé autour de l'agglomération de Dreux induit un allongement des délais de prise en charge et que la précarité entraîne des problèmes de mobilité. La communication entre les acteurs des zones urbaines et rurales, entre l'hôpital et la ville, entre médecins généralistes et spécialistes fait défaut. Les efforts pour communiquer, importants et chronophages, reposent trop souvent sur des volontés individuelles, ce qui fragilise l'économie des coopérations et la coordination sur le long terme.

Dans ce contexte de pénurie de l'offre de soins sur le territoire, les acteurs rencontrés soulignent la nécessité de renforcer les liens entre professionnels de santé : des dynamiques de coordination pré-existent, parfois depuis longtemps, mais celles-ci sont entravées par le turn-over au sein des équipes de soignants, les départs en retraite, etc. Le départ d'une seule personne très investie, connue pour son travail de mise en relation des acteurs, peut compromettre les efforts accomplis sur plusieurs années. S'il existe bien des dispositifs de coordination sur le territoire, ils demeurent parfois peu lisibles, du fait de leur sectorisation (à l'instar des CPTS focalisées sur l'activité libérale) et de l'émiettement des actions proposées. Des attentes sont exprimées : pour maintenir l'engagement dans la coordination, les acteurs soulignent la nécessité de renforcer l'information comme la formation pour faire connaître les enjeux, les ressources, les leviers des dispositifs existants et ainsi mieux identifier les problématiques à prioriser.





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

1. **Enrichir les actions de prévention notamment autour de la nutrition, du tabac, de l'alcool et des conduites à risque**
 - Renforcer les programmes de prévention et d'éducation thérapeutique des patients
 - Développer les compétences psychosociales
 - Porter un intérêt soutenu à la prévention en direction des enfants, des jeunes et de leurs parents
2. **Lutter contre l'isolement de certains publics**
 - Prévenir et mieux accompagner la perte d'autonomie
 - Renforcer les initiatives « d'aller-vers » en les engageant sur l'ensemble du territoire
3. **Qualité de vie et enjeux environnementaux**
 - Poursuivre les actions en faveur de la mobilité et de l'accessibilité au soin/aux services tout en améliorant l'information tant des populations que des professionnels en la matière
 - S'attacher à intégrer les questions environnementales aux enjeux de santé et de qualité de vie

Axes transversaux :

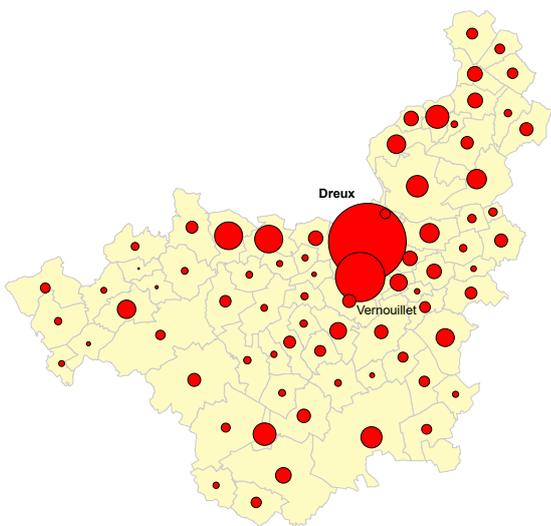
- Favoriser la coordination des soins et des accompagnements, œuvrer en faveur du décroisement des approches médicale et sociale
- Intervenir sur la réduction des disparités territoriales et sur l'accompagnement des personnes les plus éloignées de l'offre de santé
- Améliorer la connaissance des ressources présentes sur le territoire

Agglo du Pays de Dreux, son territoire et peuplement

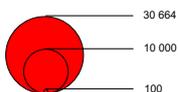
L'Agglo du Pays de Dreux est située dans le département de l'Eure-et-Loir en région Centre-Val de Loire. Elle se compose de 81 communes et compte 114 862 habitants au recensement de population de 2018. Les villes de Dreux (30 664 habitants) et Vernouillet (12 522 habitants) sont les principales communes du territoire.

La communauté d'agglomération s'étend sur 1 055,7 km², soit une densité de population de 108,8 habitants au km². À titre de comparaison, la densité de population du département de l'Eure-et-Loir est de 73,5 hab/km², celle de la région, de 65,7 hab/km² et celle de la France hexagonale, de 119,2 hab/km².

POPULATION MUNICIPALE DES COMMUNES DE L'AGGLO DU PAYS DE DREUX EN 2018



Population municipale en 2018 (en effectifs)

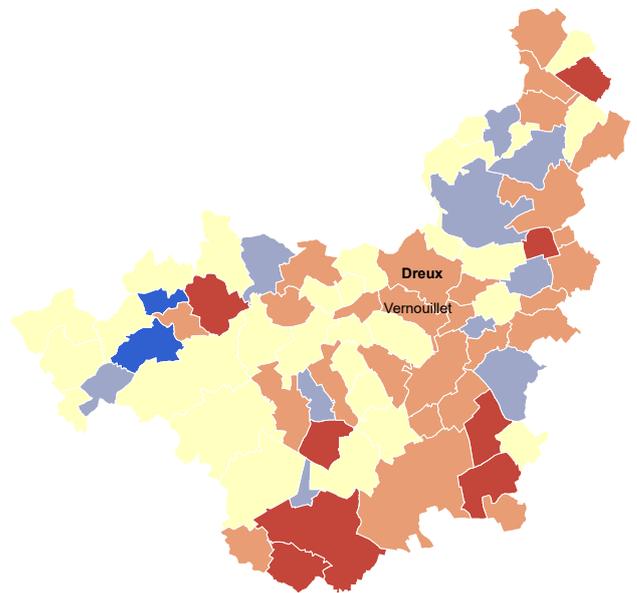


SOURCE : INSEE (RP 2018)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

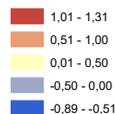
Variation de population inter-censitaire

Sur la période 2013-2018, la population de l'Agglo du Pays de Dreux est restée globalement stable : 114 433 habitants en 2013 et 114 862 habitants en 2018. Le taux de variation annuel est de + 0,07 %, supérieur à celui de l'Eure-et-Loir (- 0,04 %) et de la région (+ 0,02 %) et inférieur à celui de la France hexagonale (+ 0,36 %).

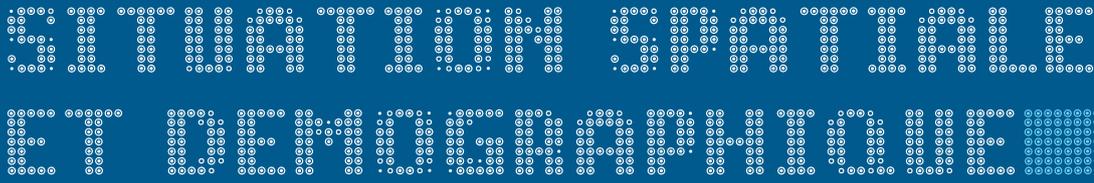
VARIATION INTER-CENSAIRE DANS LES COMMUNES DE L'AGGLO DU PAYS DE DREUX (2013-2018)



Taux de variation annuel moyen de la population entre 2013 et 2018



SOURCE : INSEE (RP 2013-2018)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE



Structure de la population

En 2018, les jeunes de moins de 20 ans représentent 27,5 % de la population du territoire, soit une proportion supérieure à celle observée dans le département (25,3 %), la région (23,7 %) et de celle du niveau national (24,0 %). À l'échelle de la Communauté d'agglomération, la part de jeunes de moins de 20 ans varie de 15,0 % sur la commune des Châtelets à 34,7 % sur celle de Fessanvilliers-Mattanvilliers.

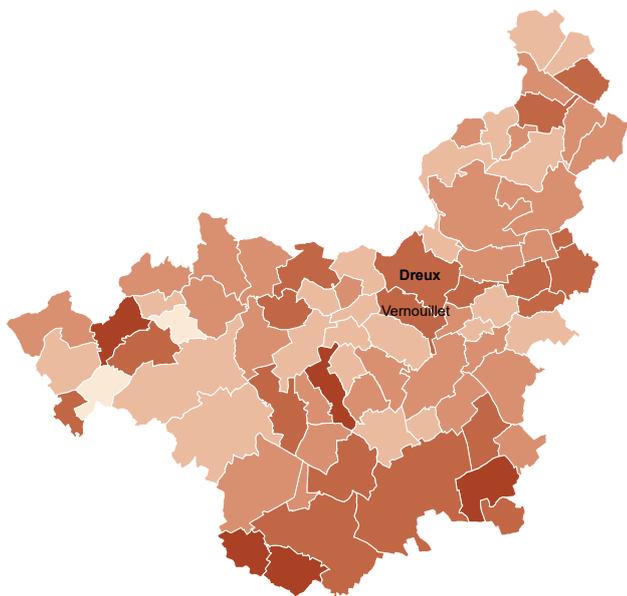
Le territoire comporte, en proportion, moins de personnes âgées en comparaison avec le département et la région. En effet, les 75 ans et plus représentent, sur l'Agglo, 8,2% de la population contre 9,5% dans l'Eure-et-Loir, 10,7% en Centre-Val de Loire et 9,4% en France hexagonale. La commune de Revercourt compte, en proportion, le moins d'habitants de 75 ans et plus dans la population totale (0,0 %). Et celle des Châtelets en compte le plus (14,0 %).

POPULATION PAR ÂGE EN 2018

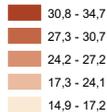
	Population	Population âgée de moins de 20 ans		Population âgée de 65 ans et plus		Population âgée de 75 ans et plus		Indice de vieillissement en 2018 (65 ans et plus/moins de 20 ans)
		Effectifs	% de la population	Effectifs	% de la population	Effectifs	% de la population	
Dreux	30 664	9 155	29,9	5 118	16,7	2 451	8,0	55,9
Vernouillet	12 522	3 810	30,4	2 355	18,8	1 264	10,1	61,8
CA du Pays de Dreux (hors Dreux et Vernouillet)	71 676	18 565	25,9	13 319	18,6	5 716	8,0	71,7
CA du Pays de Dreux	114 862	31 530	27,5	20 792	18,1	9 431	8,2	65,9
Eure-et-Loir	431 997	109 121	25,3	87 513	20,3	41 213	9,5	80,2
Centre-Val de Loire	2 572 853	609 495	23,7	572 546	22,3	275 860	10,7	93,9
France hexagonale	64 844 037	15 569 944	24,0	12 944 755	20,0	6 122 915	9,4	83,1

SOURCE : INSEE [RP 2018, EXPLOITATION PRINCIPALE]
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

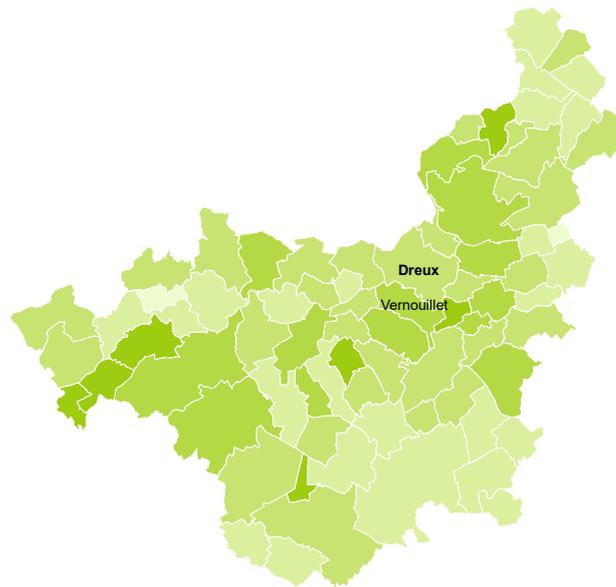
STRUCTURE DE LA POPULATION EN 2018



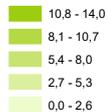
Part de la population âgée de moins de 20 ans (2018)



SOURCE : INSEE (RP 2018)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE



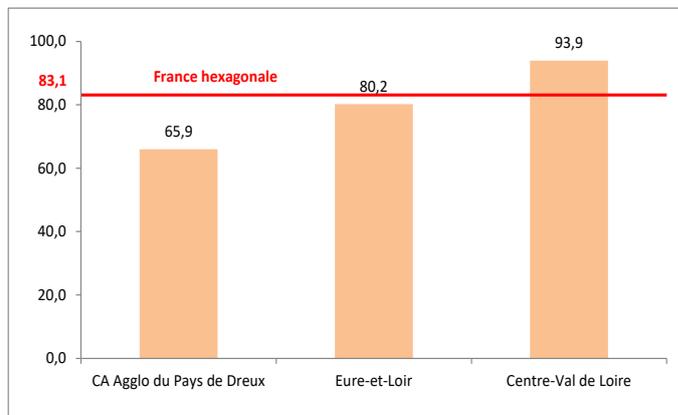
Part de la population âgée de 75 ans et plus (2018)



SOURCE : INSEE (RP 2018)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

INDICE DE VIEILLISSEMENT EN 2018

L'indice de vieillissement, rapport du nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 individus de moins de 20 ans, est plus faible dans l'Agglo du Pays de Dreux (65,9) que dans le département (80,2), la région (93,9) et la France hexagonale (83,1). Sur l'Agglo du Pays de Dreux, l'indice varie de 24,6 sur Fessanvilliers-Mattanvilliers à 200,0 sur les Châtelets.



SOURCE : INSEE (RP 2018)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

Évolution de la structure de la population entre 2013 et 2018

La structure de la population du territoire a fortement évolué entre 2013 et 2018, avec un vieillissement de la population, comme constaté également au niveau des territoires de référence.

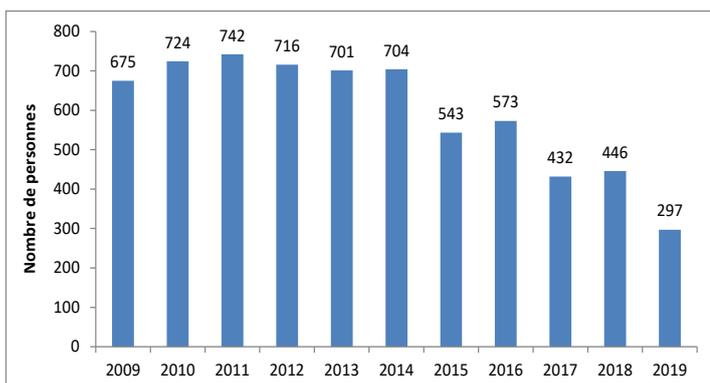
Entre 2013 et 2018, le nombre de jeunes de moins de 20 ans est passé de 31 487 habitants à 31 530, soit une évolution annuelle de +0,03%, tout comme en France hexagonale (+0,1%). En revanche, le taux de jeunes de moins de 20 ans a légèrement diminué dans le département (-0,3%) et dans la région (-0,2%).

Sur le territoire d'étude comme sur les autres territoires de référence, le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus a augmenté, avec une évolution annuelle plus importante sur la CA que sur les autres territoires de référence (+2,1 % contre +0,8 % pour le département, +0,3 % pour la région et +0,8 % pour la France hexagonale).

	Population de moins de 20 ans				Évolution annuelle	Population de 75 ans et plus				Évolution annuelle
	2013		2018			2013		2018		
	Effectifs	en %	Effectifs	en %		Effectifs	en %	Effectifs	en %	
Dreux	9 107	0,3	9 155	0,3	0,11	2 177	0,1	2 451	0,1	2,52
Vernouillet	3 546	0,3	3 810	0,3	1,49	965	0,1	1 264	0,1	6,20
CA du Pays de Dreux (hors Dreux et Vernouillet)	18 834	0,3	18 565	0,3	-0,29	5 403	0,1	5 716	0,1	1,16
CA du Pays de Dreux	31 487	0,3	31 530	0,3	0,03	8 545	0,1	9 431	0,1	2,07
Eure-et-Loir	110 681	0,3	109 121	0,3	-0,28	39 672	0,1	41 213	0,1	0,78
Centre-Val de Loire	616 415	0,2	609 495	0,2	-0,22	271 594	0,1	275 860	0,1	0,31
France hexagonale	15 512 631	0,2	15 569 944	0,2	0,07	5 889 474	0,1	6 122 915	0,1	0,79

SOURCE : INSEE [RP 2013 ET 2018, EXPLOITATION PRINCIPALE]
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

SOLDE NATUREL DE L'AGGLO DU PAYS DE DREUX [2009-2019]

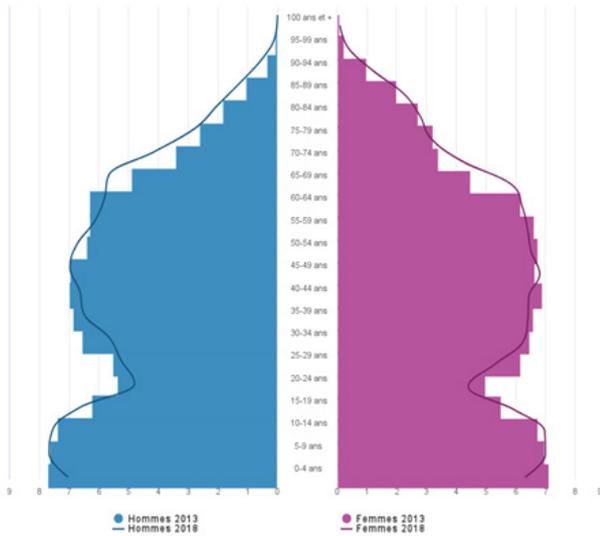


SOURCE : INSEE, STATISTIQUES DE L'ÉTAT CIVIL EN GÉOGRAPHIE AU 01/01/2020
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

Au cours des 10 dernières années, entre 2009 et 2019, le solde naturel du territoire est resté positif. Le territoire enregistre un accroissement de la population de 6 553 individus sur les dix années, soit un solde moyen de 596 individus par an.

Centre-Val de Loire

PYRAMIDE DES ÂGES DE L'AGGLO DU PAYS DE DREUX (2013-2018)



SOURCES : INSEE RP 2013-2018
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

La pyramide des âges de l'Agglo du Pays de Dreux, au recensement de la population de 2018, présente une structure marquée par une forte fécondité de 1955 à 1990, une baisse entre 1990 et 2010 puis un regain à partir de 2010 correspondant à la période du baby-boom (1945-1975). Le vieillissement de la génération du « baby boom » (1946-1964) va induire, à court terme, une augmentation du nombre de personnes âgées.

Projection de la population à l'horizon 2050 en région Centre-Val de Loire et dans l'Eure-et-Loir

À l'horizon 2050, si les tendances démographiques se poursuivent, la région Centre-Val de Loire gagnera près de 161 000 habitants (par rapport à l'année 2013). Avec une hausse annuelle moyenne, en 2050, de 0,17 %, la population atteindra 2 732 254 habitants. Ces chiffres s'expliquent par une forte hausse des décès dans les années à venir, avec l'arrivée aux âges de forte mortalité des générations nombreuses du baby-boom.

Au sein de la région, les taux de croissance annuels moyens entre 2013 et 2050 seront de -0,1 % pour le Cher, +0,2 % pour l'Eure-et-Loir, -0,3 % pour l'Indre, +0,4 % pour l'Indre-et-Loire, +0,04 % pour le Loir-et-Cher et +0,3 % pour le Loiret.

Ces évolutions s'expliquent par la contribution du solde naturel positif pour les départements de l'Eure-et-Loir, de l'Indre-et-Loire et du Loiret. Hormis le Loiret (-0,01 %), tous les départements profiteront d'un solde migratoire positif.

Malgré sa diminution régulière, l'excédent naturel resterait suffisamment élevé dans l'Eure-et-Loir (0,2 %) pour y

entraîner une hausse de la population équivalente à la moyenne régionale (0,2 % en moyenne annuelle). Cela s'explique par la relative jeunesse de ce département.

Concernant l'Eure-et-Loir, sa population augmenterait de 34 000 habitants environ. En 2050, 28,5 % de sa population serait âgée de plus de 65 ans contre 17,4 % en 2013. Les effectifs des personnes âgées de 80 ans et plus (âge de la dépendance) devraient doubler durant cette période, passant de 5,7 % de la population en 2013 à 11,5 % en 2050.

En dépit de l'accroissement de la population en Eure-et-Loir, on assistera à son fort vieillissement, ce qui impliquera de s'interroger sur l'évolution des politiques en faveur des personnes âgées, en matière d'offre de soins adaptés et de prise en charge de la dépendance comme un important défi à relever pour les années à venir (prestations spécifiques aux personnes dépendantes comme par exemple, la gestion des aidants, l'allocation personnalisée d'autonomie, l'accès aux établissements sociaux et médico-sociaux...).

Le parc de logements

PARC DE LOGEMENTS (2013-2018)

	Nombre de logements		Évolution (en %)	Résidences principales		Évolution (en %)	Résidences secondaires et logements occasionnels		Évolution (en %)	Logements vacants		Évolution (en %)
	2013	2018		2013	2018		2013	2018		2013	2018	
Dreux	13 501	13 706	1,5	12 079	11 943	-1,1	161	175	8,5	1260	1588	26,0
Vernouillet	4 498	4 944	9,9	4 269	4 628	8,4	39	39	0,1	190	277	45,8
CA Agglo du Pays de Dreux (hors Dreux et Vernouillet)	32 709	33 794	3,3	27 684	28 878	4,3	3 019	2 506	-17,0	2 006	2 410	20,2
CA du Pays de Dreux	50 707	52 443	3,4	44 032	45 449	3,2	3 220	2 720	-15,5	3 456	4 275	23,7
Eure-et-Loir	205 550	182 541	4,0	12 765	182 541	3,1	15 798	12 862	0,8	15 798	18 421	16,6
Centre-Val de Loire	1 111 024	1 371 782	4,4	83 869	1 146 938	3,2	119 350	86 484	3,1	119 350	138 359	15,9
France hexagonale	32 783 537	34 613 124	5,6	3 147 690	28 415 185	4,7	3 147 690	3 414 756	8,5	2 504 021	2 783 183	11,1

SOURCE : INSEE (RP 2013 ET 2018)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

Au recensement de la population de 2018, l'Agglo du Pays de Dreux compte 52 443 logements. Les résidences principales représentent 86,7 % de ces logements, les résidences secondaires et logements occasionnels 5,2 % et les logements vacants 8,2 %.

Entre 2013 et 2018, le nombre de résidences principales a augmenté de 3,1 % sur le territoire passant de 44 032 à 45 449 tout comme dans l'Eure-et-Loir (+3,0 %), en Centre-Val de Loire (+3,1 %) et en France hexagonale (+4,5 %).

Sur la même période, on constate aussi que le nombre de logements vacants a fortement augmenté sur le territoire

du Pays de Dreux (+23,7 %), passant de 3 456 à 4 275. Cette tendance est également visible de façon plus modérée en Eure-et-Loir (+16,6 %), en région Centre-Val de Loire (+15,9 %) et en France hexagonale (+11,1 %).

Concernant les résidences secondaires et les logements occasionnels, leur nombre dans l'Agglo du Pays de Dreux est passé de 3 220 à 2 720, soit une diminution de -15,5 %. Cette tendance baissière est propre à ce territoire puisqu'on constate dans le département, la région et la France hexagonale des augmentations respectives de 0,8 %, 3,1 % et 8,5 %.

PARC DE LOGEMENTS LOCATAIRES (2013-2018)

	Nombre de ménages locataires		Evolution (en %)	Nombre de ménages locataires en HLM		Evolution (en %)	Part des ménages locataires	Part des ménages locataires en HLM
	2013	2018		2013	2018			
Dreux	6 889	6 615	-4,0	4 155	3 875	-6,7	55,0	32,2
Vernouillet	1 811	2 047	13,1	1 353	1 545	14,2	43,6	32,9
CA Agglo du Pays de Dreux (hors Dreux et Vernouillet)	6 085	6 425	5,6	1 957	2 137	9,2	21,9	7,3
CA du Pays de Dreux	14 784	15 087	2,1	7 465	7 556	1,2	32,8	16,4
Eure-et-Loir	57 973	59 675	2,9	27 898	28 599	2,5	32,2	15,5
Centre-Val de Loire	388 202	400 040	3,0	166 978	168 856	1,1	34,4	14,5
France hexagonale	11 084 970	11 659 178	5,2	4 064 988	4 264 406	4,9	40,2	14,7

SOURCE : INSEE (RP 2013 ET 2018)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

ANALYSE

ANALYSE

En 2018, 32,8 % des ménages de l'Agglo du Pays de Dreux sont locataires, un taux similaire à ceux du département (32,2 %) mais inférieur à celui de la région Centre-Val de Loire (34,4 %) et de la France hexagonale (40,2 %). 16,4 % des ménages locataires vivent en HLM sur le territoire étudié, un taux supérieur aux territoires de référence (15, % dans le département, 14,5 % en région et 14,7 % en France hexagonale).

Les villes de Dreux et Vernouillet portent un grand nombre de ménages locataires. En effet, plus de la moitié des ménages de la ville de Dreux sont locataires (55,0 %) et 32,2 % sont locataires d'un logement HLM. À Vernouillet, 43,6 % des ménages sont locataires et environ 33 % sont locataires d'un logement HLM. Si l'on extrait les villes de

Dreux et Vernouillet, les ménages locataires de l'Agglo du Pays de Dreux ne représentent plus que 21,9 % des ménages et les ménages locataires d'un logement HLM, 7,3 %.

Entre 2013 et 2018, le nombre de ménages vivant en résidences locataires est passé de 14 784 à 15 087, soit une hausse de 2,1 %. Cette augmentation sur le territoire du Pays de Dreux est moins forte que celle observée dans le département (+2,9 %), la région (+3,0 %) et la France hexagonale (+5,2 %). Le nombre de ménages vivant en logements HLM est en légère augmentation sur le territoire étudié (+1,2 %), comme en région (+1,1 %). Cette hausse est inférieure à celle observée dans le département (+2,5 %) et en France hexagonale (+4,9 %).

LES ALLOCATIONS LOGEMENTS AU 31.12.2019

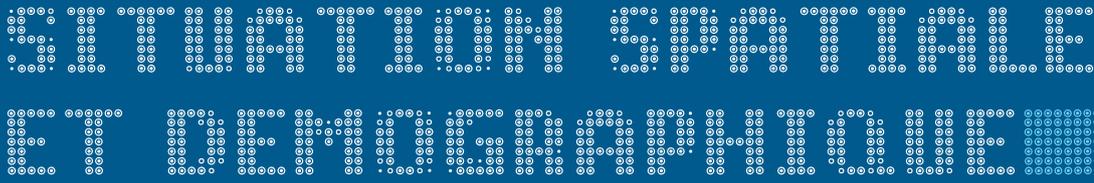
	Nombre d'allocataires	Allocataires et allocation logement		Taux de couverture des ménages par les allocations logements (en %)
		Effectif	En %	
Dreux	8 193	4 526	55,2	37,6
Vernouillet	2 738	1 394	50,9	29,7
CA Agglo du Pays de Dreux (hors Dreux et Vernouillet)	11 770	3 196	27,2	10,9
CA du Pays de Dreux	22 701	9 116	40,2	19,8
Eure-et-Loir	78 967	29 617	37,5	16,0
Centre-Val de Loire	516 746	229 849	44,5	19,7
France hexagonale	13 659 287	6 321 451	46,3	21,8

SOURCE : INSEE RP 2019
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

En 2019, 40,2 % des allocataires bénéficient d'une allocation logement (APL, ALS, ALF), soit une proportion supérieure à celle du département (37,5 %) mais inférieure à celles de la région (44,5 %) et de la France hexagonale (46,3 %).

Au total, 19,8 % des ménages du territoire sont couverts par une allocation logement (16,0 % dans le département, 19,7 % au niveau régional et 21,8 % au niveau national).

Pour les villes de Dreux et Vernouillet, respectivement 37,6 % et 29,7 % des ménages sont bénéficiaires d'une allocation logement. Sans ces deux communes dans le décompte, 10,9 % des ménages de l'Agglo du Pays de Dreux bénéficient d'au moins une allocation logement.



Composition des ménages

STRUCTURE DES MÉNAGES EN 2018

	Nombre de ménages	Population des ménages	Nombre de ménages isolés		Nombre de familles ou couples avec ou sans enfants		Nombre de ménages monoparentaux		Nombre d'autres types de ménages		Nombre moyen de personnes par ménage
			Effectifs	En %	Effectifs	En %	Effectifs	En %	Effectifs	En %	
Dreux	12 035	29 744	4 279	35,6	5 887	48,9	1 651	13,7	220	1,8	2,5
Vernouillet	4 699	12 239	1 357	28,9	2 808	59,8	489	10,4	44	0,9	2,6
CA Agglo du Pays de Dreux (hors Dreux et Vernouillet)	29 298	70 506	7 986	27,3	18 330	62,6	2 570	8,8	390	1,3	2,4
CA du Pays de Dreux	46 033	112 489	13 623	29,6	27 025	58,7	4 711	10,2	655	1,4	2,4
Eure-et-Loir	185 040	423 164	60 698	32,8	105 732	57,1	16 205	8,8	2 466	1,3	2,3
Centre-Val de Loire	1 164 069	2 509 172	426 055	36,6	621 460	53,4	99 463	8,5	17 050	1,5	2,2
France hexagonale	28 999 669	63 386 124	10 686 740	36,9	14 976 406	51,6	2 770 037	9,6	563 569	1,9	2,2

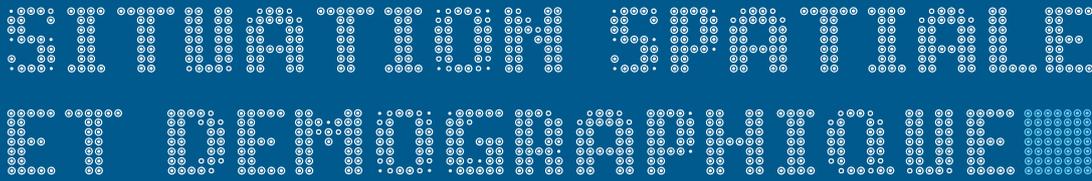
SOURCE : INSEE (RP 2018)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

La CA du Pays de Dreux compte, au recensement Insee de population de 2018, 46 033 ménages constitués par 112 489 habitants, soit 2,4 personnes par ménage.

Les couples, avec ou sans enfants, représentent la majorité des ménages (58,7 %), taux supérieur à ceux du département (57,1 %), de la région (53,4 %) et de la France hexagonale (51,6 %).

Au niveau des ménages isolés, dans la CA, leur taux est de 29,6 % ce qui est inférieur à ceux du département (32,8 %), de la région (36,6 %) et de la France hexagonale (36,9 %). Les ménages monoparentaux sont en revanche plus nombreux dans le Pays de Dreux (10,2 %) par rapport aux différents territoires de référence (8,8 % pour le département, 8,5 % pour la région et 9,6 % au niveau national).

Les ménages isolés représentent 35,6 % des ménages dans la ville de Dreux et 28,9 % dans la ville de Vernouillet contre 27,3 % au sein de l'Agglo du Pays de Dreux hors Dreux et Vernouillet. C'est le même constat pour les ménages monoparentaux qui représentent 13,7 % des ménages dans la ville de Dreux et 10,4 % dans Vernouillet contre 8,8 % hors Dreux et Vernouillet.



Structure familiale des allocataires

Fin 2019, l'Agglo du Pays de Dreux compte 22 701 allocataires CNAF et CCMSA. L'analyse de la structure familiale des allocataires met en évidence que 44,2 % d'entre eux sont des couples avec enfant(s), une proportion similaire à celle observée en Eure-et-Loir (43,8 %) et supérieure à celles de la région (36,8 %) et de la France hexagonale (35,3 %).

Les allocataires isolés représentent 34,8 % des allocataires sur le territoire, un taux inférieur aux autres territoires de référence (36,4 % pour le département, 43,2 % pour la région et 44,8 % au niveau national).

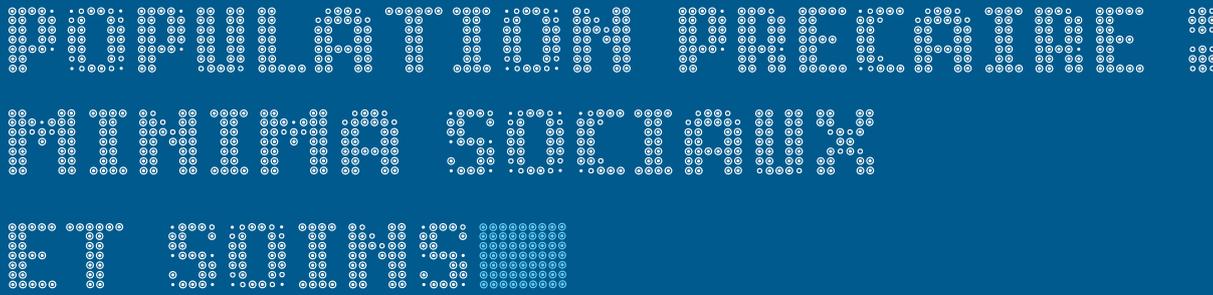
Les familles monoparentales représentent 16,2 % des allocataires, soit une proportion supérieure à celles observées en Eure-et-Loir (15,4 %), en Centre-Val de Loire (14,6 %) et en France hexagonale (14,6 %).

Les couples sans enfant représentent 4,6 % des allocataires, une proportion similaire à celle du département (4,4 %) mais inférieur à celles de la région (5,2 %) et de la France hexagonale (5,1 %).

STRUCTURE FAMILIALE DES ALLOCATAIRES AU 31.12.2019

	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 %
Dreux	8 193	3 550	43,3	485	5,9	2 779	33,9	1 369	16,7
Vernouillet	2 738	941	34,4	158	5,8	1 217	44,4	420	15,3
CA Agglo du Pays de Dreux (hors Dreux et Vernouillet)	11 770	3 413	29,0	408	3,5	6 045	51,4	1 892	16,1
CA du Pays de Dreux	22 701	7 904	34,8	1 051	4,6	10 041	44,2	3 681	16,2
Eure-et-Loir	78 967	28 709	36,4	3 438	4,4	34 559	43,8	12 151	15,4
Centre-Val de Loire	516 746	223 480	43,2	26 969	5,2	189 947	36,8	75 270	14,6
France hexagonale	13 659 287	6 116 363	44,8	695 050	5,1	4 825 949	35,3	1 996 140	14,6

SOURCE : CNAF AU 31/12/2019, CCMSA AU 31/12/2019, INSEE RP 2018
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE



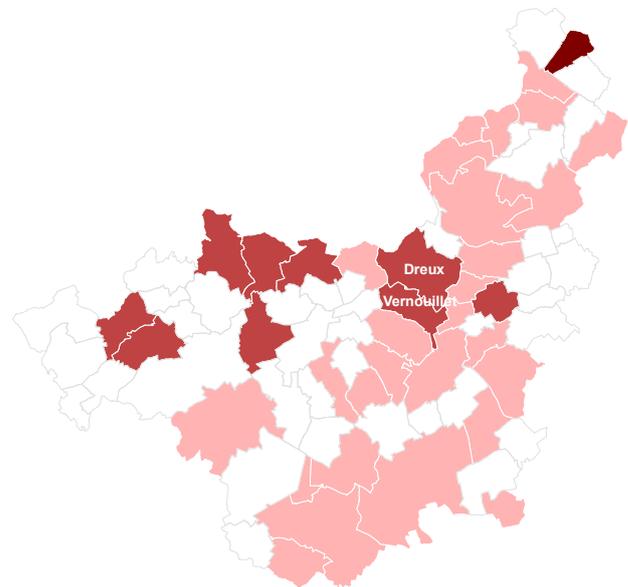
Minima sociaux

Au 31 décembre 2019, 4,1% des ménages du Pays de Dreux bénéficient de l'allocation adulte handicapé (AAH), un taux supérieur à celui du département (3,3 %) et similaire à ceux de la région (3,9 %) et de la France hexagonale (4,1 %) (6,2 % dans la ville de Dreux, 6,1 % dans la ville de Vernouillet et 2,9 % sur l'Agglo du Pays de Dreux hors Dreux et Vernouillet).

Le revenu de solidarité active socle (RSA socle), filet de sécurité minimal pour les personnes sans ressources est délivré à 3 134 habitants de l'Agglo du Pays de Dreux, soit 6,8 % des ménages. Cette proportion est supérieure à celles des territoires de référence (4,5 % pour le département, 5,0 % au niveau régional et 5,9 % au niveau national). Dans les villes de Dreux et Vernouillet, la proportion de ménages bénéficiaires du RSA est respectivement de 14,7 % et 9,1 % contre 3,2 % dans l'Agglo du Pays de Dreux sans ces deux communes.

S'agissant des allocataires ayant de faibles revenus, 5 084 allocataires du Pays de Dreux ont des ressources constituées à 50 % ou plus de prestations Caf ou MSA (24,0 % des allocataires dont les ressources sont connues) et pour 2 850 d'entre eux (13,5 % des allocataires dont les ressources sont connues), leurs ressources sont intégralement constituées de ces prestations. Pour cette population d'allocataires, les proportions se révèlent supérieures à celles des niveaux départemental (11,2 %) et régional (12,9 %) mais inférieures au niveau national (14,4 %). Les disparités à l'intérieur de la Communauté d'agglomérations

sont importantes, puisque dans la ville de Dreux, 20,5 % des allocataires ont leurs ressources constituées intégralement de prestations sociales, 15,1 % pour la ville de Vernouillet contre 8,5 % dans l'agglomération du Pays de Dreux hors Dreux et Vernouillet.



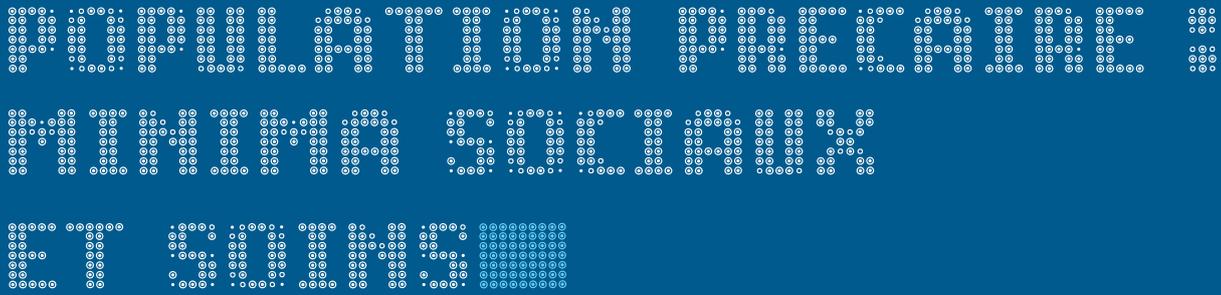
Part des allocataires dépendants à 100 % des prestations CAF et MSA (31.12.2019)



SOURCE CARTE ET TABLEAU : CNAF AU 31/12/2019, CCMSA AU 31/12/2019, INSEE RP 2018
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

ALLOCATAIRES DE MINIMA SOCIAUX AU 31.12.2019

	Allocataires AAH		Allocataires RSA socle		Nombre d'allocataires dont les ressources sont constituées à 50 % ou plus de prestations Cnaf ou CCMSA	Part d'allocataires dont les ressources sont constituées à 50 % ou plus de prestations Cnaf ou CCMSA	Nombre d'allocataires dont les ressources sont constituées à 100 % ou plus de prestations Cnaf ou CCMSA	Part d'allocataires dont les ressources sont constituées à 100 % de prestations Cnaf ou CCMSA
	Effectifs	% des ménages	Effectifs	% des ménages				
Dreux	743	6,2	1 774	14,7	2 639	35,8	1 510	20,5
Vernouillet	288	6,1	426	9,1	722	28,4	383	15,1
CA Agglo du Pays de Dreux (hors Dreux et Vernouillet)	838	2,9	934	3,2	1 723	15,3	957	8,5
CA du Pays de Dreux	1 869	4,1	3 134	6,8	5 084	24,0	2 850	13,5
Eure-et-Loir	6 036	3,3	8 609	4,7	14 996	20,4	8 239	11,2
Centre-Val de Loire	45 318	3,9	60 036	5,2	106 541	23,3	58 735	12,9
France hexagonale	1 174 509	4,1	1 703 214	5,9	2 967 803	24,9	1 711 678	14,4



Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)

Depuis le 1^{er} janvier 2019, la CMU complémentaire (couverture maladie universelle complémentaire) et l'ACS (aide au paiement d'une complémentaire santé) ont été remplacées par la Complémentaire santé solidaire (C2S). Elle permet aux assurés de les aider à payer leurs dépenses de santé si leurs ressources sont modestes. Le droit à la C2S dépend de la situation de l'assuré et de ses ressources.

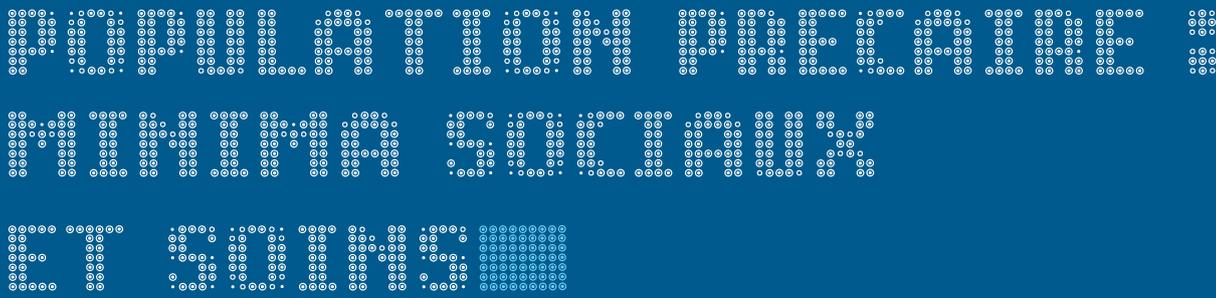
Au 1^{er} janvier 2020, parmi les 93 318 bénéficiaires (assurés et ayants-droit) de la Cnam, 9 412 sont bénéficiaires de la CMU-C au sein de la CA Pays de Dreux. Cela représente 10,1 % de bénéficiaires de la CMU-C parmi l'ensemble des bénéficiaires de l'Assurance maladie. Cette proportion est égale à 7,3 % dans l'Eure-et-Loir et à 7,9 % en région.

Les bases de la Cnam nous permettent cependant toujours d'avoir le nombre de bénéficiaires de la CMU-C.

BÉNÉFICIAIRES (ASSURÉS ET AYANTS-DROIT) DE LA CMU-C AU 01.01.2020

	Nombre de bénéficiaires Cnam	Nombre de bénéficiaires de la CMU-C	Part des bénéficiaires de la CMU-C parmi les bénéficiaires de la Cnam	Nombre de bénéficiaires de la CMU-C de moins de 20 ans	Part des moins de 20 ans parmi les bénéficiaires de la CMU-C
CA du Pays de Dreux	93 318	9 412	10,1	43,7	47,2
Eure-et-Loir	363 265	26 530	7,3	44,5	44,6
Centre-Val de Loire	2 164 768	170 711	7,9	43,7	43,7

SOURCE : CNAMTS AU 01.01.2020. DÉNOMBREMENT DES BÉNÉFICIAIRES DU RÉGIME GÉNÉRAL HORS SLM
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE



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 Etats-Unis ou l'Australie) ont une approche absolue. Dans l'approche en terme 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 2018, le taux de pauvreté de l'Agglo du Pays de Dreux est de 15,5 %, un taux supérieur aux territoires de référence (12,0 % pour le département, 13,1 % pour la région et 14,6 % au niveau national). Des variations sont également relevées à l'intérieur de la communauté d'agglomération avec des taux variant de 9 % sur Ezy-sur-Eure et Ivry-la-Bataille, 13 % sur Saint-Lubin-des-Joncherets, 14 % sur Châteauneuf-en-Thymerais, 15 % sur Saint-Rémy-sur-Avre et 18 % sur Nonancourt à 24 % sur Vernouillet et 29 % sur Dreux.

TAUX DE PAUVRETÉ EN 2018 (EN %)

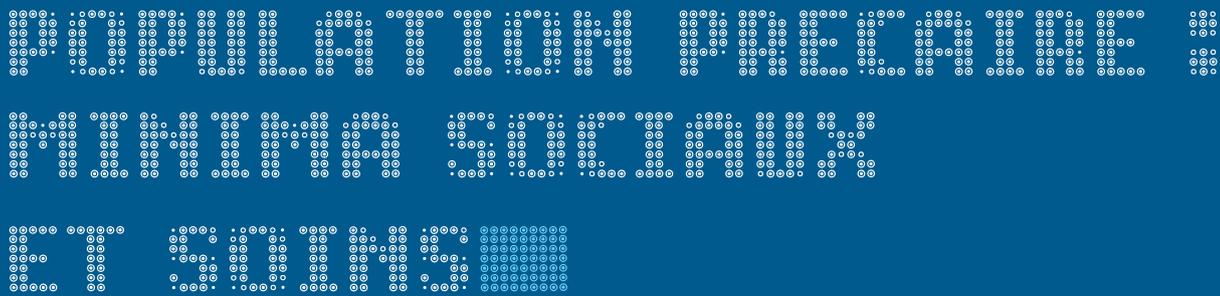
	Ensemble	moins de 30 ans	de 30 à 39 ans	de 40 à 49 ans	de 50 à 59 ans	de 60 à 74 ans	75 ans et plus
Dreux	29,0	32,0	36,0	35,0	30,0	21,0	13,0
Vernouillet	24,0	ND	30,0	30,0	22,0	17,0	ND
Saint-Rémy-sur-Avre	15,0	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Saint-Lubin-des-Joncherets	13,0	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Châteauneuf-en-Thymerais	14,0	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Nonancourt (27)	18,0	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Ezy-sur-Eure (27)	9,0	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Ivry-la-Bataille (27)	9,0	ND	ND	ND	ND	ND	ND
CA du Pays de Dreux	15,5	19,5	18,6	18,4	15,6	11	8,3
Eure-et-Loir	12,0	17,5	14,3	14,3	11,9	8,2	6,6
Centre-Val de Loire	13,1	21,4	16,2	15,3	12,8	8,7	7,8
France hexagonale	14,6	22,2	16,8	16,7	14,6	10,5	9,7

SOURCES : INSEE-DGPIP-CNAF-CCMSA. FICHER LOCALISE SOCIAL ET FISCAL
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
ND: NON DISPONIBLE

Emploi

En 2018, sur l'Agglo du Pays de Dreux, les employés (28,6 %) et les professions intermédiaires (26,7 %) sont les catégories socioprofessionnelles les plus représentées, résultat qui s'observe également aux niveaux départemental, régional et national. Les ouvriers représentent également une proportion plus élevée dans la CA (25,2 %) par rapport au département (24,0 %), à la région (23,6 %) et à la France hexagonale (20,0 %).

D'une manière générale, la CA comporte une proportion moindre de cadres et de professions intellectuelles (11,7 % dans la CA contre 13,5 % dans le département, 14,0 % au niveau régional et 18,5 % au niveau national) et d'agriculteurs (1,2 % dans la CA contre 2,0 % dans le département, 1,9 % au niveau régional et 1,5 % au niveau national). Le taux d'artisans, commerçants et chefs d'entreprise est similaire dans les 4 territoires aux alentours de 6 %.

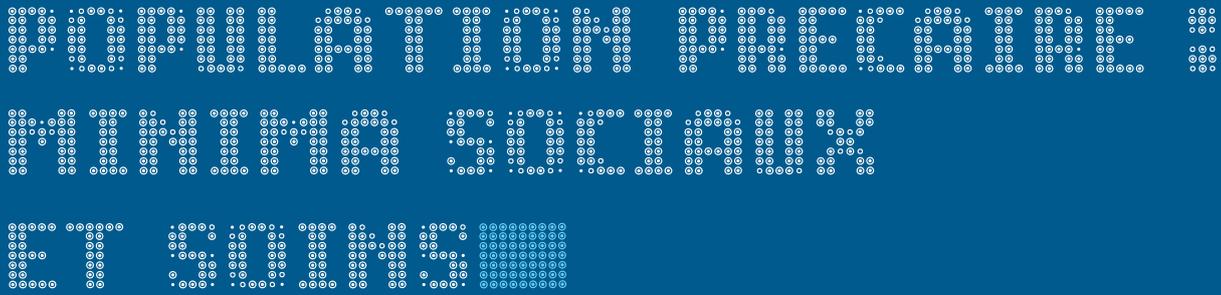


POPULATION ACTIVE AYANT UN EMPLOI, PAR CSP

	Population active ayant un emploi		Agriculteurs				Artisans, commerçants et chefs d'entreprise				Cadres et professions intellectuelles supérieures			
			Effectifs		% de la pop. active ayant un emploi		Effectifs		% de la pop. active ayant un emploi		Effectifs		% de la pop. active ayant un emploi	
	2013	2018	2013	2018	2013	2018	2013	2018	2013	2018	2013	2018	2013	2018
Dreux	10 274	9 746	11	22	0,1	0,2	443	477	4,3	4,9	1 012	1 168	9,9	12,0
Vernouillet	4 000	3 997	8	8	0,2	0,2	172	139	4,3	3,5	290	330	7,3	8,3
CA Agglo du Pays de Dreux (hors Dreux et Vernouillet)	31 099	30 710	614	497	2,0	1,6	2 157	2 131	6,9	6,9	3 738	3 716	12,0	12,1
CA du Pays de Dreux	45 373	44 453	633	526	1,4	1,2	2 772	2 747	6,1	6,2	5 041	5 215	11,1	11,7
Eure-et-Loir	181 091	177 337	3 757	3 520	2,1	2,0	10 609	10 358	5,9	5,8	22 935	23 953	12,7	13,5
Centre-Val de Loire	1 044 205	1 030 019	22 301	19 951	2,1	1,9	63 578	63 772	6,1	6,2	138 004	144 101	13,2	14,0
France hexagonale	26 154 566	26 445 878	441 186	405 242	1,7	1,5	1 678 319	1 762 004	6,4	6,7	4 539 781	4 905 430	17,4	18,5

	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	
	2013	2018	2013	2018	2013	2018	2013	2018	2013	2018	2013	2018
Dreux	2 383	2 093	23,2	21,5	3 374	3 105	32,8	31,9	3 050	2 881	29,7	29,6
Vernouillet	857	1 091	21,4	27,3	1 354	1 188	33,9	29,7	1 318	1 241	33,0	31,0
CA Pays de Dreux (hors Dreux et Vernouillet)	8 328	8 680	26,8	28,3	8 722	8 417	28,0	27,4	7 540	7 269	24,2	23,7
CA du Pays de Dreux	11 568	11 864	25,5	26,7	13 451	12 709	29,6	28,6	11 908	11 391	26,2	25,6
Eure-et-Loir	46 397	47 521	25,6	26,8	52 110	49 462	28,8	27,9	45 284	42 525	25,0	24,0
Centre-Val de Loire	264 584	269 295	25,3	26,1	298 628	289 892	28,6	28,1	257 111	243 008	24,6	23,6
France hexagonale	6 709 739	6 884 531	25,7	26,0	7 288 290	7 211 269	27,9	27,3	5 497 251	5 277 402	21,0	20,0

SOURCE : INSEE (RP 2013-2018)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE



Chômage

Fin 2020, 11 078 demandeurs d'emploi de catégorie ABC ont été recensés au sein de l'Agglo du Pays de Dreux (dont 6 998 de catégorie A). Parmi eux, 5 606 sont des demandeurs d'emploi de longue durée, c'est-à-dire d'un an ou plus, soit 50,6 % de l'ensemble des demandeurs d'emploi de catégorie ABC (50,5 % en Eure-et-Loir, 50,1 % en Centre-Val de Loire et 49,4 % en France hexagonale). Avec 14,1 % de jeunes demandeurs d'emplois, le territoire affiche un taux similaire à celui de la France hexagonale (14,0 %) et inférieur aux taux du département (14,8 %) et de la région (14,8 %).

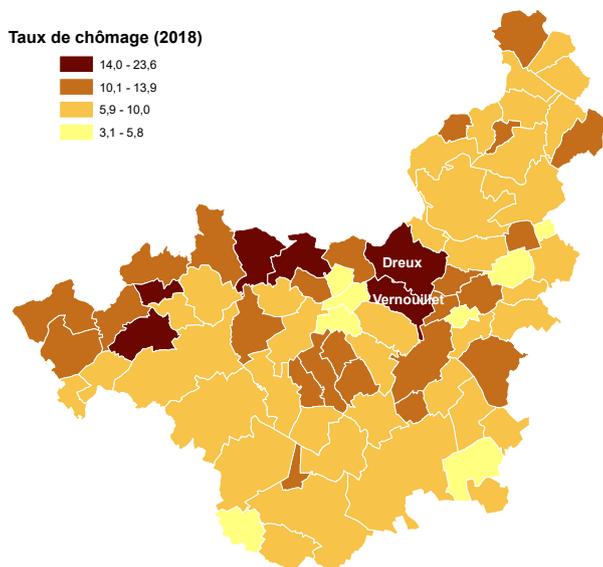
L'Agglo du Pays de Dreux a, en revanche, un taux de femmes demandeuses d'emplois (49,1 %) supérieur à ceux retrouvés en Eure-et-Loir (48,5 %), en Centre-Val de Loire (48,0 %) et au niveau national (48,1 %). Avec un taux de 26,8 %, la CA compte proportionnellement moins de séniors demandeurs d'emplois en fin de mois qu'aux niveaux départemental (27,3 %) et régional (27,7 %) et autant qu'en France hexagonale (26,8 %).

STRUCTURE DES DEMANDEURS D'EMPLOI EN FIN DE MOIS AU 31.12.2020

	Nombre de DEFM A	Nombre de DEFM jeunes (moins de 25 ans) A		Nombre de DEFM femmes A		Nombre de DEFM séniors (50 ans et plus) A		Nombre de DEFM (ABC)	Nombre de DEFM longue durée (ABC)	% DEFM longue durée (ABC)
		Effectifs	% total DEFM A	Effectifs	% total DEFM A	Effectifs	% total DEFM A			
CA du Pays de Dreux	6 998	987	14,1	3 439	49,1	1 877	26,8	11 078	5 606	50,6
Eure-et-Loir	20 928	3 106	14,8	10 155	48,5	5 712	27,3	35 769	18 081	50,5
Centre-Val de Loire	124 661	18 442	14,8	59 828	48,0	34 512	27,7	219 725	110 016	50,1
France hexagonale	3 651 369	512 853	14,0	1 754 680	48,1	980 254	26,8	5 779 924	2 856 417	49,4

SOURCE : PÔLE EMPLOI CENTRE-VAL DE LOIRE / STMAT (DONNÉES BRUTES À FIN DÉCEMBRE 2020)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

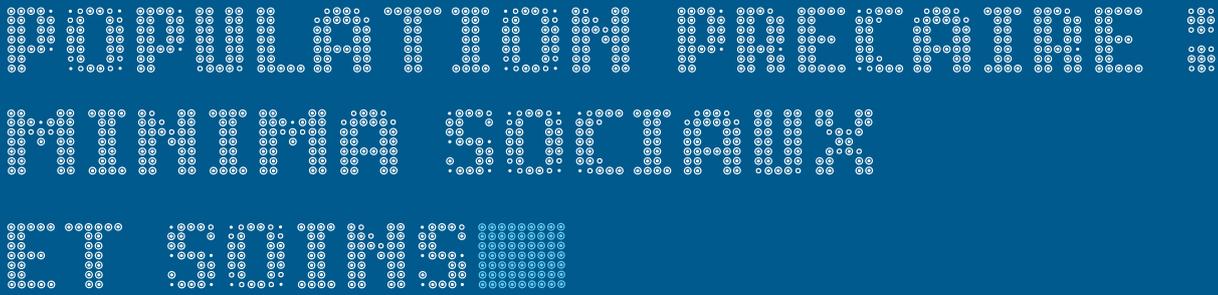
TAUX DE CHÔMAGE DES 15-64 ANS EN 2018 [%]



Au recensement de population Insee 2018, le taux de chômage des 15-64 ans au sein de l'Agglo du Pays de Dreux est de 15,2 %, un taux supérieur à ceux du département (12,2 %), de la région (12,6 %) et de la France hexagonale (13,0 %). Des disparités au sein de la Communauté d'agglomération existent cependant. Si le taux de chômage des 15-64 ans est de 23,8 % à l'échelle de la ville de Dreux et de 21,4 % à Vernouillet, il est de 11,2 % sur le Pays de Dreux en excluant Dreux et Vernouillet.

	Taux de chômage des 15-64 ans (en %)
Dreux	23,8
Vernouillet	21,4
CA Agglo du Pays de Dreux (hors Dreux et Vernouillet)	11,2
CA du Pays de Dreux	15,2
Eure-et-Loir	12,2
Centre-Val de Loire	12,6
France hexagonale	13,0

SOURCE CARTE ET TABLEAU : INSEE (RP 2018)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE



Ressources disponibles sur le territoire

Le Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) du pôle santé publique 28 a une mission générale de prévention, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles ; la prévention des autres risques liés à la sexualité dans une approche globale de santé sexuelle ; la prévention et la détection des violences sexuelles. Le Cegidd réalise des interventions (information, dépistage, orientation) en particulier auprès des populations précaires, éloignées des soins, et des jeunes. Le Cegidd collabore ainsi avec différents partenaires, structures d'accueil et d'hébergement (CADA, COATEL, GIP relais, Missions locales), structures scolaires (CFA, lycée professionnels) et des associations (AIDES, mouvement du nid...)

Le centre de vaccination du pôle santé publique 28 est ouvert à tout public, mais cible plus spécifiquement les publics dits « précaires » constitués des personnes qui accèdent difficilement aux structures de soins et de prévention, en particulier du fait d'insuffisance de protection sociale, d'insuffisance de ressources. Il organise des séances de vaccination hors les murs en fonction des attentes des partenaires (CAADA, COATEL, GIP relais, missions locales et des séances d'information et de promotion de la vaccination

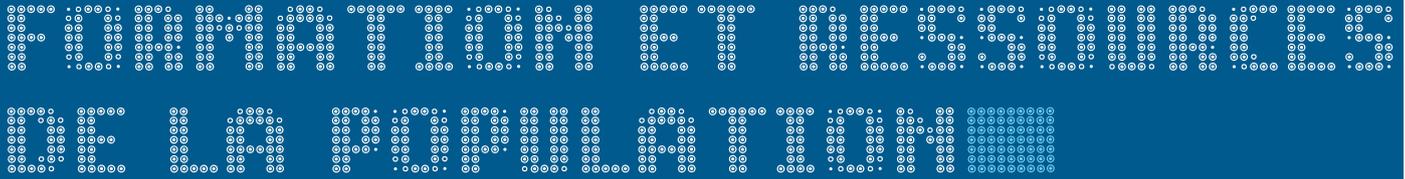
Le centre de lutte antituberculeuse (CLAT) assure le dépistage ciblé de la tuberculose dans des groupes à risques, réalise le diagnostic et le traitement (tests, radios, consultations spécialisées) et mène des enquêtes autour des cas de tuberculose. Il travaille en partenariat avec des structures d'accueil et d'hébergement des populations à risque.

La Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) est située au sein de l'hôpital de Dreux, propose une prise en charge médico-sociale destinée à faciliter l'accès des personnes démunies au système hospitalier ainsi qu'aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil, de prévention et d'accompagnement social. Elle a également pour fonction d'accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits, notamment en matière de couverture sociale et, d'organiser la continuité des soins à l'issue d'une prise en charge hospitalière. La PASS mobilise de nombreux partenaires pour le parcours de ces usagers (Associations, médecins libéraux, professions

paramédicales, conseils Départementaux, CCAS, CPAM, Service d'hébergement...)

Le CCAS de Dreux, l'UPE du CH de Dreux et Adoma proposent des temps d'échange et ateliers auprès des résidents des structures Adoma sur le secteur de Dreux et Vernouillet (pension de famille, résidence sociale) autour des questions d'hygiène. Ces ateliers « Parlons hygiène ! » visent à les sensibiliser et leur permettre d'adopter de nouvelles habitudes favorables à la qualité de vie (hygiène corporelle, vestimentaire, meilleure entretien des espaces collectifs, gestion des déchets, aération du logement, ateliers nettoyage).

En matière de prévention des risques environnementaux, notamment auditifs, solaires, les services infirmiers de l'Education nationale ont mené différentes actions de sensibilisation au sein des établissements (avec ou sans partenaire externes) touchant 1476 élèves du secteur de Dreux, essentiellement en lycée. Ils ont également mené des actions de promotion de l'hygiène bucco-dentaire (219 élèves) ; hygiène corporelle (61 élèves), et des actions de promotion des gestes Barrières (2878 élèves).



Les niveaux de formation

Le taux de scolarisation des 15-24 ans de l'Agglo du Pays de Dreux atteint 55,1 %, soit 0,5% de plus qu'au niveau départemental. Par ailleurs, il est inférieur à ceux de la région Centre-Val de Loire (58,7 %) et de la France hexagonale (62,5%). Dans les villes de Dreux et Vernouillet, le taux de scolarisation des 15-24 ans est respectivement de 56,5 % et 58,3 % tandis qu'il n'est que de 53,8 % sur la communauté d'agglomération (hors Dreux et Vernouillet). Lorsqu'on compare les taux de scolarisation des 15-17 ans, le constat est globalement positif : en effet, sur le territoire de la CA,

96,2 % de ces jeunes sont scolarisés, proportion presque équivalente à ce qu'on observe aux échelles départementale (96,0 %), régionale (95,9 %) et nationale (95,9 %)

Ainsi, la différence de taux de scolarisation des 15-24 ans s'explique essentiellement par le taux de scolarisation des 18-24 ans : il est seulement de 38,2 % dans la CA et de 37,2 % dans le département, contre 45,9 % dans la région et 52,5 % en France hexagonale.

TAUX DE SCOLARISATION EN 2018 (EN %)

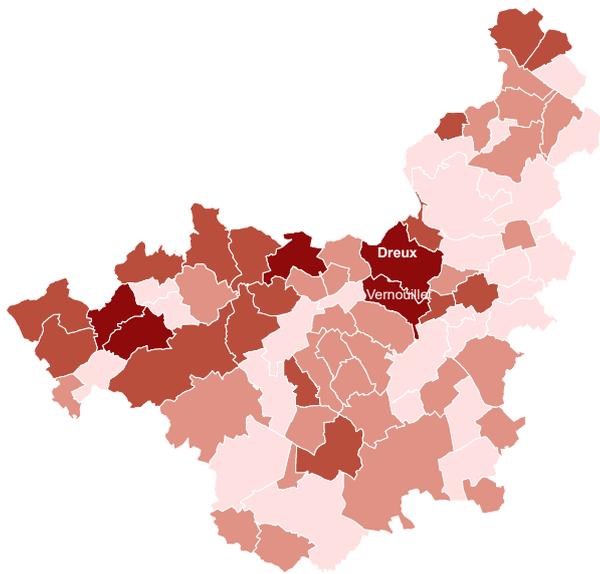
	15-24 ans	18-24 ans	15-17 ans
Dreux	56,5	43,5	95,3
Vernouillet	58,3	43,0	96,0
CA Agglo du Pays de Dreux (hors Dreux et Vernouillet)	53,8	34,0	96,7
CA du Pays de Dreux	55,1	38,2	96,2
Eure-et-Loir	54,6	37,2	96,0
Centre-Val de Loire	58,7	45,9	95,9
France hexagonale	62,5	52,5	95,9

SOURCE : INSEE (RP 2018)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

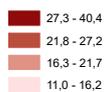
NIVEAUX DE FORMATION EN 2018

	Population âgée de 15 à 64 ans non scolarisée en 2018	Sans qualification ou de faibles niveaux de formation (aucun diplôme, BEP, BEPC, Brevet des collèges)				Titulaires d'un Bac +2 et plus			
		Effectifs		% de la population âgée de 15-64 ans non scolarisée		Effectifs		% de la population âgée de 15-64 ans non scolarisée	
		2013	2018	2013	2018	2013	2018	2013	2018
Dreux	15 899	6 450	5 591	37,3	35,2	3 536	3 653	20,5	23,0
Vernouillet	6 219	2 331	1 978	36,5	31,8	1 054	1 228	16,5	19,7
CA Agglo du Pays de Dreux (hors Dreux et Vernouillet)	39 415	10 383	8 058	25,7	20,4	9 499	10 477	23,5	26,6
CA du Pays de Dreux	61 533	19 164	15 627	29,9	25,4	14 089	15 358	22,0	25,0
Eure-et-Loir	231 761	63 649	49 132	26,3	21,2	60 150	66 323	24,9	28,6
Centre-Val de Loire	1 350 439	343 278	261 816	24,5	19,4	375 657	419 198	26,9	31,0
France hexagonale	34 596 818	8 214 512	6 398 447	23,5	18,5	11 130 881	12 619 585	31,8	36,5

SOURCE : INSEE (RP 2013, 2018)
 EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

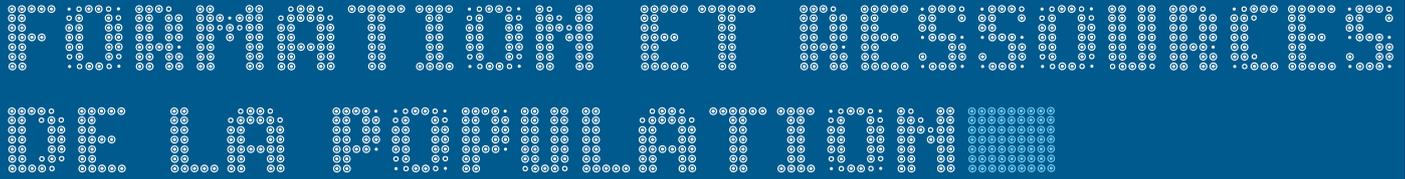


Part de la population de 15-64 ans non scolarisée sortie du système scolaire sans diplôme (2018)



En 2018, 15 627 individus âgés de 15 à 64 ans sans qualification ou avec de faibles niveaux de formation sont recensés dans le Pays de Dreux. Ils représentent 25,4 % de la population de la classe d'âge non scolarisée, taux en baisse de 4,5 points par rapport à 2013 (29,9 %). Malgré tout, le taux observé sur le territoire demeure bien supérieur à ceux du département (21,2 %), de la région (19,4 %) et de la France hexagonale (18,5 %).

En parallèle, 25,0 % de la population des 15-64 ans non scolarisée du territoire sont titulaires d'un bac+2 et plus. Bien qu'en augmentation depuis le recensement de 2013 (22,0 %), ce taux reste inférieur à ceux observés dans le département (28,6 %), la région (31,0 %) et au niveau national (36,5 %).

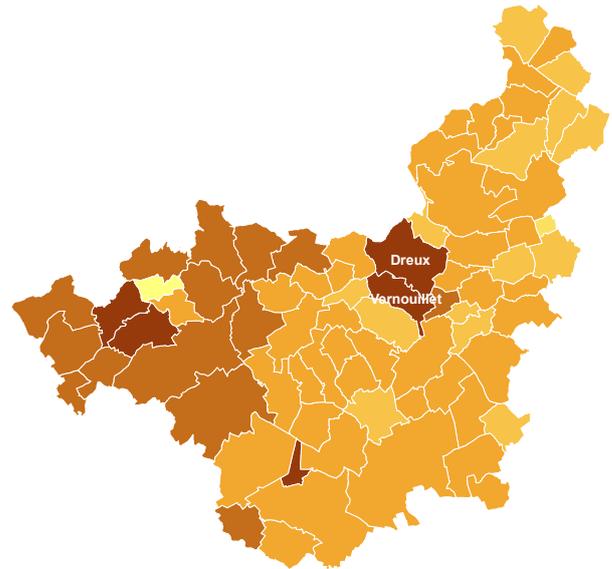


Les revenus fiscaux par unités de consommation

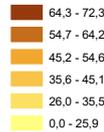
PART DE FOYERS FISCAUX NON IMPOSÉS EN 2017

D'après la DGFIP, l'Agglo du Pays de Dreux compte 62 832 foyers fiscaux en 2017, dont 37 355 non imposés soit 59,5 %. Cette proportion est supérieure à celles observées sur le département (54,9 %), la région (56,7 %) et au niveau national (55,7 %). Il y a cependant des disparités au sein du Pays de Dreux. En effet, 70,2 % des foyers fiscaux de la ville de Dreux ne sont pas imposés, 67,7 % de ceux de la ville de Vernouillet ne le sont pas non plus contre 53,2 % sur l'Agglo du Pays de Dreux (sans Dreux et Vernouillet).

Le revenu net imposable moyen par foyer est de 24 123 euros au sein du Pays de Dreux en 2017. Ce montant est inférieur à ceux du département (26 063 euros), de la région (25 104 euros) et de la France hexagonale (27 155 euros). Près de 8 700 euros séparent, le revenu net imposable par foyer fiscal sur la ville de Dreux (18 563 euros) de celui de la communauté d'agglomération hors Dreux et Vernouillet (27 235 euros). Le revenu net imposable par foyer fiscal de la ville de Vernouillet est de 20 495 euros.



Part de foyers fiscaux non imposés (2017)



REVENUS FISCAUX EN 2017

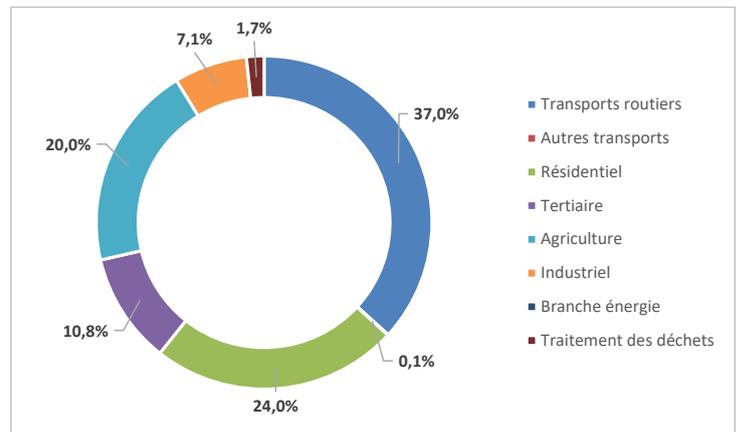
	Nombre de foyers fiscaux	Nombre de foyers fiscaux imposés	Nombre de foyers fiscaux non imposés	% de foyers fiscaux non imposés	Revenus nets imposables moyens par foyer fiscal
Dreux	17 534	5 233	12 301	70,2	18 563
Vernouillet	6 462	2 084	4 378	67,7	20 495
CA Agglo du Pays de Dreux (hors Dreux et Vernouillet)	38 836	18 160	20 676	53,2	27 235
CA du Pays de Dreux	62 832	25 477	37 355	59,5	24 123
Eure-et-Loir	241 210	108 886	132 324	54,9	26 063
Centre-Val de Loire	1 481 476	641 273	840 203	56,7	25 104
France hexagonale	36 916 199	16 364 770	20 551 429	55,7	27 155

SOURCES : DGI
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

L'inventaire des émissions de gaz à effet de serre

En 2018, les émissions de gaz à effet de serre (GES) de la région Centre-Val de Loire s'élevaient à 17 209 369 tonnes équivalents CO₂, 2 874 006 tonnes équivalent CO₂ (soit 16,7 % des émissions régionales de GES) dans l'Eure-et-Loir et 506 318 tonnes équivalent CO₂ (2,9 % des émissions régionales de GES et 17,6 % des émissions départementales) au sein du Pays de Dreux.

Le secteur transport routier constitue le premier secteur émetteur sur le territoire (36 % en région, 41 % dans le département et 37 % au sein du Pays de Dreux), suivi par le secteur agriculture et résidentiel pour la région et le département (respectivement 24 % et 24 % pour l'agriculture et 17 % et 18 % pour le secteur résidentiel). Pour l'Agglo du Pays de Dreux, le secteur résidentiel constitue le deuxième secteur émetteur (24 %) et le secteur agriculture se positionne en 3^{ème} place (20 %).



SOURCES : ODACE, LIG'AIR
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

Le réseau de surveillance de la qualité de l'air

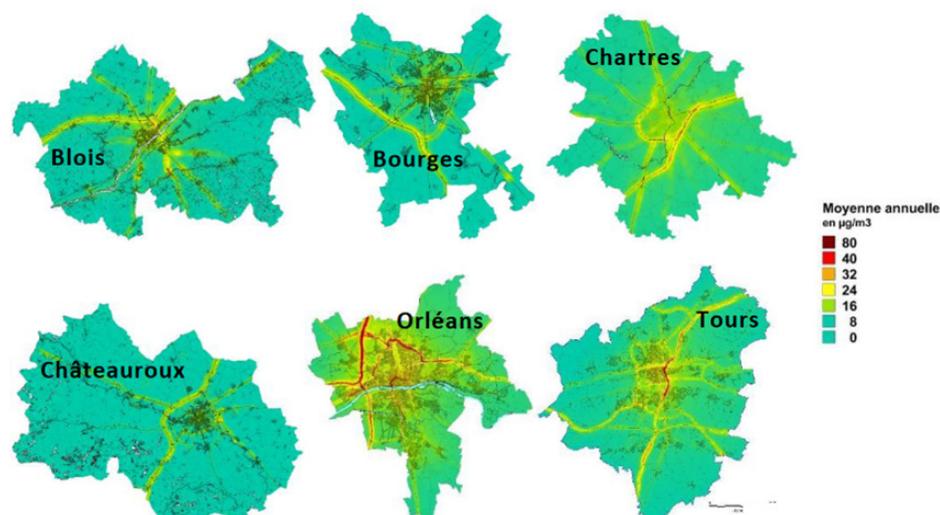
La région Centre-Val de Loire peut être scindée en 5 zones administratives de surveillance (ZAS) :

- Zone agglomération (ZAG) d'Orléans : regroupe les communes du SCOT d'Orléans,
- ZAG de Tours : regroupe les communes du SCOT de Tours,
- 2 Zones à risque (ZAR) :
 - ZAR Blois correspondant au SCOT de Blois,
 - ZAR Chartres-Dreux correspondant au SCOT de Chartres plus le SCOT de Dreux (SCOTS limitrophes constituant une zone à risque homogène),
- Zone régionale (ZR) Centre-Val de Loire : regroupe les autres communes de la région Centre-Val de Loire.

En 2017, le réseau régional est constitué de 23 stations fixes complété par la modélisation régionale qui permet une évaluation des polluants réglementés (O₃, NO₂, PM₁₀, PM_{2,5} et C₆H₆) sur l'ensemble du territoire du Centre-Val de Loire. Dans les six préfectures départementales, les évaluations du dioxyde d'azote (NO₂), des particules PM₁₀, de l'ozone (O₃) et du benzène (C₆H₆) sont également réalisées par la modélisation urbaine à haute résolution.

En région Centre-Val de Loire, les oxydes d'azote sont principalement émis par le trafic routier. Cependant, l'année 2018 confirme la baisse des niveaux en dioxyde d'azote observés depuis plusieurs années. En effet en 10 ans, de 2008 à 2018, les émissions d'oxydes d'azote ont diminué de 42%. Les véhicules particuliers diesel catalysés représentent le poste prédominant d'émissions de NO_x, l'évolution de leurs émissions est légèrement à la hausse année après année sur la période 2008 à 2016, puis la tendance s'inverse depuis 2017 où les émissions de ce type de véhicule s'infléchissent légèrement. Les poids lourds diesel, représentant le deuxième poste d'émissions de NO_x, sont quant à eux en réduction significative sur la période 2008 à 2018, expliquant ainsi les progrès observés. Il faut cependant rester vigilant au regard des cartes urbaines de modélisation qui montrent toutefois des zones où le risque de dépassements peut encore exister notamment aux abords des axes routiers à forte circulation automobile et dans les zones d'hyper centre urbain.

ÉVALUATION DES CONCENTRATIONS EN NO₂ EN 2014



SOURCES : PRSQA 2017-2021 LIC'AIR
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

Les particules en suspension peuvent altérer la fonction respiratoire des personnes sensibles (personnes âgées, enfants, asthmatiques). Le secteur agriculture/sylviculture/aquaculture est celui qui émet le plus de particules en suspension total (TSP), mais également celles inférieures à 10 µm (PM10). A contrario, les émissions de particules en suspension plus fines (PM2,5 et PM10) proviennent principalement du secteur résidentiel.

Les particules en suspension PM10 présentent un profil saisonnier en région Centre-Val de Loire. En effet, elles se caractérisent par des niveaux relativement élevés en période hivernale et des concentrations assez faibles en période estivale. Le secteur agriculture/sylviculture/aquaculture est majoritaire avec 46 % des émissions régionales, suivi du secteur résidentiel (32 %), de l'industrie (12 %) et du transport routier (8 %).

En région Centre Val de Loire, en 2018, les concentrations annuelles PM10 sont globalement homogènes et respectent la valeur limite annuelle de 40µm/m³. Il en est de même pour les polluants atmosphériques NO₂ et O₃. Malgré le respect de ces valeurs, le territoire a fait l'objet d'épisodes de pollution en PM10 conduisant aux déclenchements de procédures préfectorales d'information et recommandation mais aussi d'alerte.

Depuis la directive du 21 mai 2008 sur la qualité de l'air définissant une valeur limite de 25 µg/m³ à respecter en 2015, les concentrations de PM_{2,5} sont encadrées réglementairement. Le Grenelle de l'Environnement a fixé les objectifs de réduction des concentrations de PM_{2,5} d'ici 2015 à 30 % sur l'ensemble du territoire, y compris en proximité de trafic. Le bilan de la qualité de l'air extérieur en France en 2019 confirme que la qualité de l'air s'améliore en lien avec la réduction des émissions de polluants, qui fait suite à la mise en œuvre depuis plusieurs années de stratégies et plans d'action dans différents secteurs d'activité.

Toutefois, des dépassements des normes réglementaires de qualité de l'air pour la protection de la santé humaine à long terme persistent, même s'ils sont moins nombreux que par le passé et touchent moins de zones. Ils concernent plus particulièrement l'ozone, les particules de diamètre inférieur à 10 µm et le dioxyde d'azote, principalement à proximité du trafic routier.

En 2018, le secteur résidentiel est à l'origine de 57 % des émissions de particules en suspension inférieures à 2,5 µm en région Centre-Val de Loire (soit 4 865 tonnes), suivi du secteur agricole avec 19,4 % des émissions régionales.

En ce qui concerne le monoxyde de carbone (CO), en 2018, le secteur résidentiel est le principal émetteur avec 76 % des émissions en région, 74 % dans l'Eure-et-Loir et 78 % pour l'Agglo du Pays de Dreux. Le secteur du transport routier arrive en 2^{ème} position avec 14 % en Centre Val de Loire, 17 % pour le département et 15 % pour la CA. Ensuite il s'agit de l'agriculture pour la CA, le département et la région.

Le dioxyde de soufre (SO₂) est un gaz très irritant pour l'appareil respiratoire car il provoque des affections telles que les toux, les gênes respiratoires et les maladies ORL. Au niveau régional, le secteur industrie/traitement de déchets/construction est prédominant pour les émissions de dioxyde de soufre avec 50 % des émissions régionales. Il est suivi par le secteur résidentiel qui représente 32 % des émissions et le secteur tertiaire avec 11 %. Au niveau départemental et de l'Agglo du Pays de Dreux, c'est le secteur résidentiel qui émet le plus de SO₂ (respectivement 56 % et 71 %), suivi du secteur tertiaire (19 % et 21 %). La branche énergie arrive en 3^{ème} position au niveau du département (16 %) alors qu'au niveau de la CA, c'est le secteur des transports routiers qui arrivent en 3^{ème} position (4 %).

Les eaux d'alimentation

De nombreux micro-organismes (bactéries, virus, parasites) sont présents dans les eaux dont certains sont vecteurs de maladies pour l'homme. La qualité microbiologique des eaux demeure une préoccupation sanitaire essentielle. La non-conformité bactériologique peut-être appréciée à partir de l'importance de dépassement de deux seuils suivants : 30 % de non-conformité (pour les petites unités de distribution) et 5 % de non-conformité (pour les grandes unités de distribution). En 2019, 99 % de la population régionale a bénéficié d'une eau de bonne qualité bactériologique, avec un taux de conformité des analyses supérieur à 95 %. Aucune unité de distribution n'a été alimentée par une eau de mauvaise qualité bactériologique, soit un taux de conformité inférieur à 70 %.

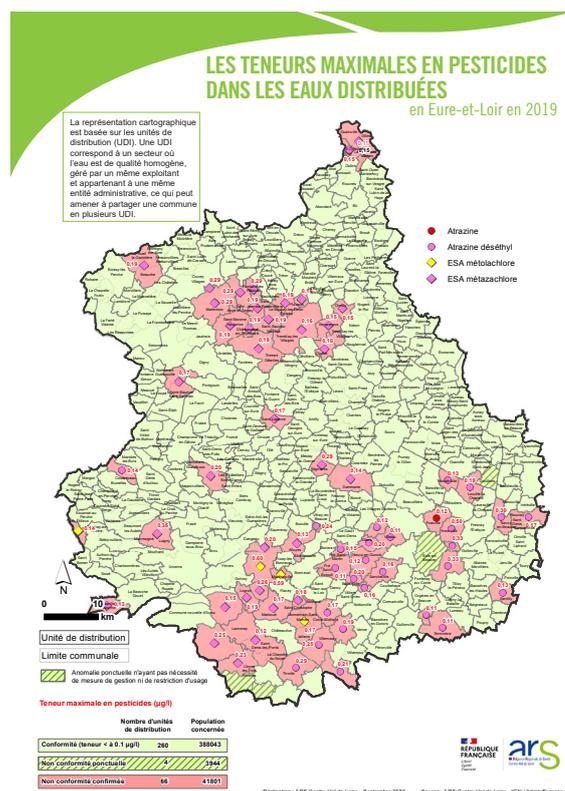
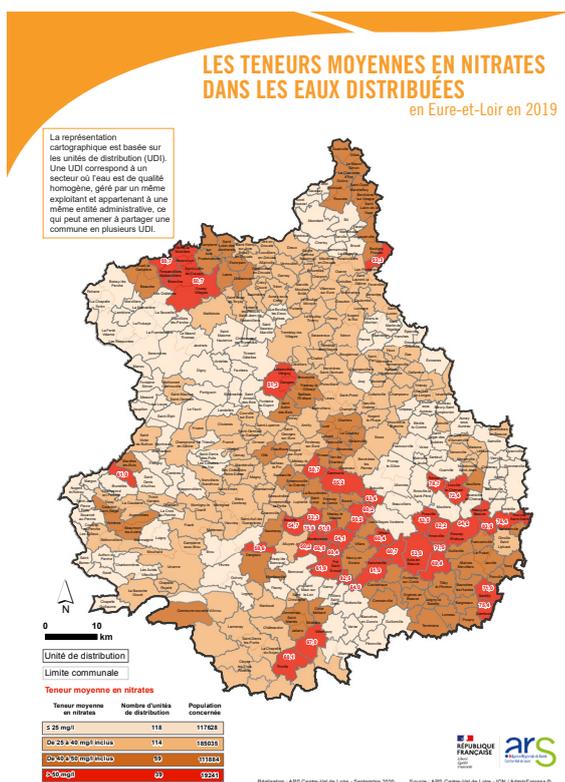
Les nitrates transformés en nitrites dans l'organisme peuvent, par la modification des propriétés de l'hémoglobine du sang, empêcher un transport correct de l'oxygène par les globules rouges. La directive européenne du 3 novembre 1998 relative à la qualité des eaux destinées à la consommation humaine 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 2019, sur les 75 communes de l'Agglo du Pays de Dreux (en dehors des 6 communes du département de l'Eure), 6 ont une teneur moyenne en nitrates supérieure à 50 mg/l, 17 entre 40 et 50 mg/l, 31 entre 25 et 40 mg/l et 21 ont une teneur inférieure à 25 mg/l.

Les effets sur la santé des pesticides sont surtout connus dans le cas d'intoxications professionnelles suite à l'exposition accidentelle à un produit concentré. À de très fortes doses, l'intoxication dite « aiguë » 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 (µg/l) par substance quelle que soit la matière active et la toxicité (sauf l'aldrine, la dieldrine, l'heptachlore et l'heptachlorépoxyde : 0,03 µg/l),
- 0,5 µg/l pour la totalité des substances.

En 2018, la recherche dans l'eau de nouvelles molécules, issues notamment de la dégradation du métolachlore et du métazachlore (herbicides), avait entraîné une hausse sensible des non conformités par rapport au bilan de l'année 2017. Il est constaté en 2019 une amélioration de la qualité des eaux distribuées. Ainsi, au niveau régional, le nombre d'habitants concernés par des non conformités chroniques a diminué de 100 000 habitants, passant de 17 % à 13 % de la population régionale. En 2019, 21 communes de l'Agglo du Pays de Dreux présentent une non-conformité avec une teneur maximale en métazachlore supérieure à la réglementation (0,1 µg/l).

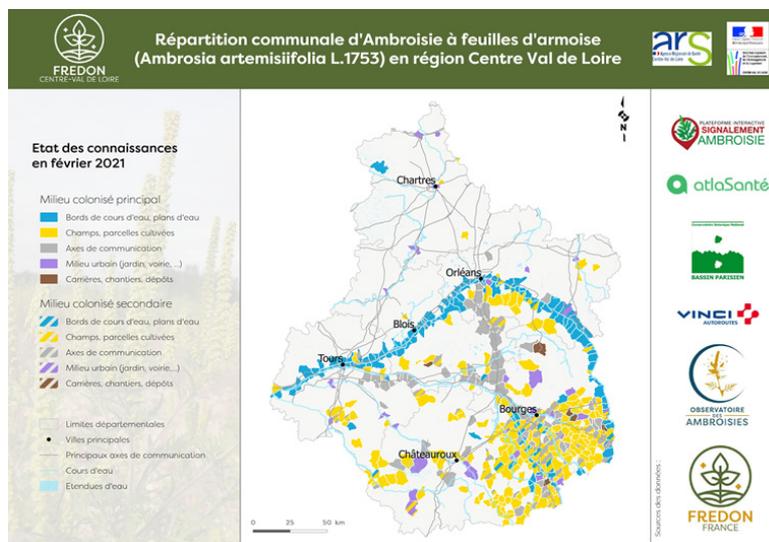


Ambroisie

L'ambroisie à feuilles d'armoise (*Ambrosia artemisiifolia* L.) est la seule espèce d'ambroisie actuellement identifiée dans la région. C'est une espèce invasive qui s'est parfaitement acclimatée en France. Depuis son introduction, cette plante exotique a rapidement proliféré sur une grande partie du territoire national et régional.

À partir des éléments connus à ce jour, l'ambroisie à feuilles d'armoise est présente dans tous les départements de la région avec des niveaux différents d'infestation. Le département de l'Eure-et-Loir est le moins infesté avec peu de signalement. Il y a un front de colonisation le long de la Loire avec de nombreux signalements dans le Loiret, le Eure-et-Loir et l'Indre-et-Loire ainsi que dans l'Indre. Le Cher est le département le plus infesté.

SOURCES : OBSERVATOIRE DES AMBROISIES, FREDON CENTRE-VAL DE LOIRE
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE



Le parc privé potentiellement indigne (PPPI)

Le parc privé potentiellement indigne (PPPI) est un outil de pré-repérage des logements indignes qui permet, à partir du foncier Filocom (fichier des logements par commune), de hiérarchiser les territoires en fonction du nombre et de la densité du PPPI de chacun et de caractériser les situations d'habitat indigne.

L'Agglo du Pays de Dreux* compte, en 2015, 1 505 résidences principales du PPPI, ce qui correspond à 4,0 % du parc privé de résidences principales du territoire. Le taux de

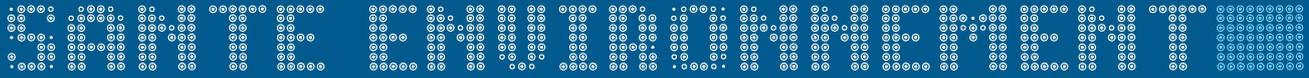
PPPI est inférieur à celui du département (4,6 %) et de la région (5,0 %). Parmi le PPPI, pour le territoire étudié, on estime à 60,5 % la part du parc datant d'avant 1949, soit un taux supérieur au département (56,7 %) mais inférieur à la région (72,3 %).

*Le découpage territorial utilisé est celui de 2015. Celui-ci ne prend pas en compte les changements territoriaux de 2018 de l'Agglo du Pays de Dreux.

LE PARC PRIVÉ POTENTIELLEMENT INDIGNE EN 2015

	Parc privé potentiellement indigne (PPPI)	Population PPPI	Parc privé	Part du parc PPPI parmi le parc privé	PPPI < 1949	Part du PPPI < 1949 parmi l'ensemble du PPPI
Dreux	379	629	8 245	4,6	250	66,0
Vernouillet	60	73	3 936	1,5	13	21,7
CA Agglo du Pays de Dreux (hors Dreux et Vernouillet)	1 066	2 917	25 891	4,1	647	60,7
CA du Pays de Dreux	1 505	3 619	38 072	4,0	910	60,5
Eure-et-Loir	7 213	16 151	155 835	4,6	4 087	56,7
Centre-Val de Loire	49 153	98 691	992 888	5,0	35 554	72,3

SOURCES : PPPI 2015 (FICHER FILOCOM, DREAL CENTRE-VAL DE LOIRE)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE



Déplacements domicile-travail

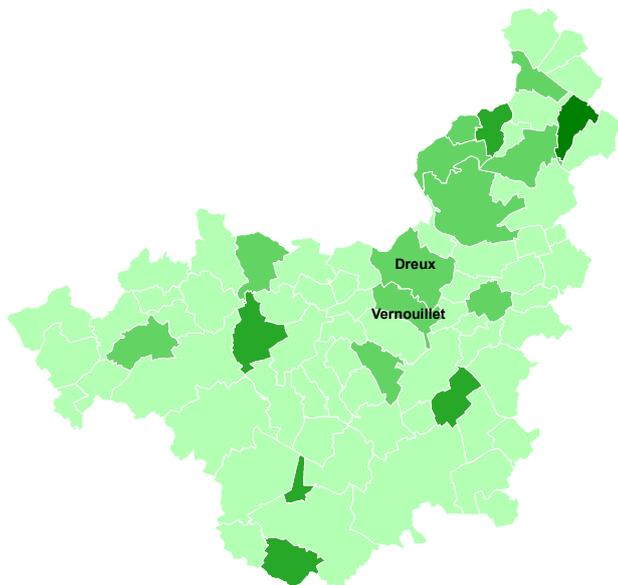
Selon le recensement de population de 2018, le moyen de transport le plus utilisé par la population active de 15 ans et plus du Pays de Dreux pour les déplacements domicile-travail est la voiture (respectivement 81,9 % sur l'Agglo du Pays de Dreux contre 78,1 % dans le département, 79,2 % en Centre-Val de Loire et 70,1 % en France hexagonale).

Sur le territoire, 8,0 % de la population active utilise les transports en commun, 4,7 % de la population active utilise la marche à pied pour les déplacements quotidiens, 3,9 % n'utilise pas de transport, 0,9 % utilise les deux roues motorisées et 0,6 % le vélo.

PART DES DÉPLACEMENTS DOMICILE-TRAVAIL SELON LE MOYEN DE TRANSPORT EN 2018 (EN %)

	Part de la population active n'utilisant pas de transport	Part de la population active utilisant la marche à pied	Part de la population active utilisant le vélo	Part de la population active utilisant les deux-roues motorisés	Part de la population active utilisant la voiture, le camion ou la fourgonnette	Part de la population active utilisant les transports en commun
Dreux	3,0	10,1	0,8	0,6	72,0	13,5
Vernouillet	2,1	3,8	0,6	0,7	81,8	11,0
CA Agglo du Pays de Dreux (hors Dreux et Vernouillet)	4,4	3,1	0,6	1,0	85,1	5,9
CA Agglo du Pays de Dreux	3,9	4,7	0,6	0,9	81,9	8,0
Eure-et-Loir	4,6	5,1	1,5	1,2	78,1	9,6
Centre-Val de Loire	4,6	5,3	2,2	1,2	79,2	7,5
France hexagonale	4,2	6,1	2,3	1,8	70,1	15,4

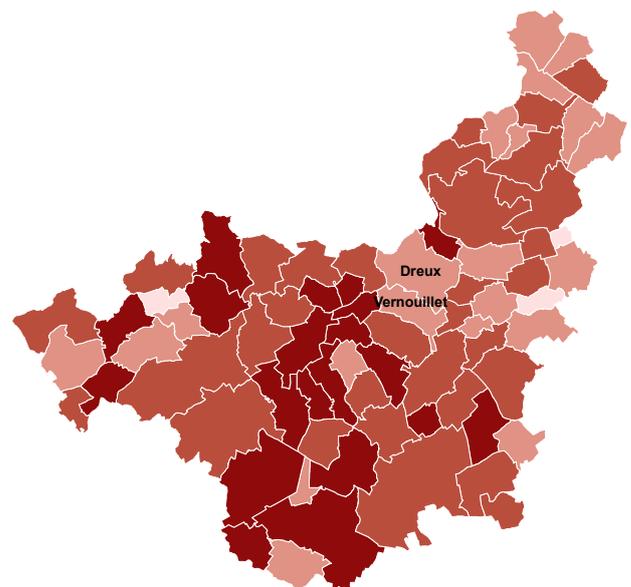
SOURCES : INSEE
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE



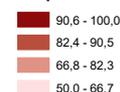
Part de la population active utilisant le vélo pour les déplacements domicile-travail (2018)



SOURCES : INSEE
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE



Part de la population active utilisant la voiture, le camion, une fourgonnette pour les déplacements domicile-travail (2018)



SOURCES : INSEE
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE



Sport

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.

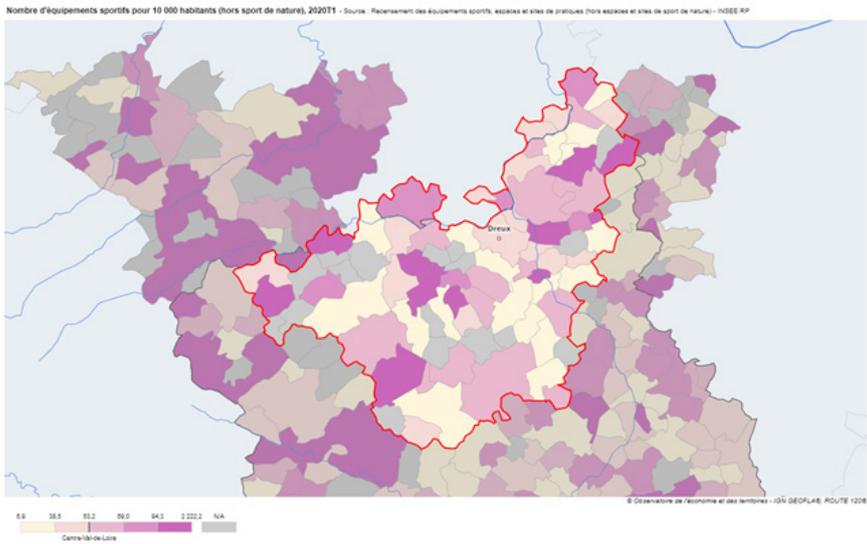
Les bénéfices de l'exercice régulier d'une activité physique et sportive sont aujourd'hui pleinement reconnus. Aussi les actions de promotion de l'APS favoriseront l'intervention en prévention primaire pour maintenir le capital santé de chacun. En prévention secondaire et tertiaire pour agir à minima 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'affections de longue durée et des personnes en situation de handicap.

Au sein de l'Agglo du Pays de Dreux, au cours du 1^{er} trimestre 2020, on compte en moyenne 52,8 équipements sportifs pour 10 000 habitants (hors sports de nature). Ce nombre est inférieur à celui de la région Centre-Val de Loire qui est de 53,2.

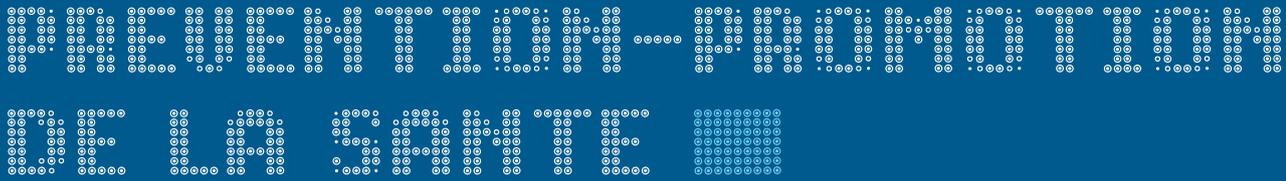
En ce qui concerne les communes, Berchères-sur-Vesgre se place en 1^{ère} position avec un nombre d'équipements sportifs de 189 pour 10 000 habitants, suivi de Ecluzelles (181) et Marchezais (168). Les 3 communes ayant le moins d'équipements sportifs dans l'Agglo du Pays de Dreux sont Saulnières (14), Ouerre (14) et Dampierre-sur-Avre (13).

En 2020, le département de l'Eure-et-Loir compte 2 470 équipements sportifs pour 10 000 habitants, la région Centre-Val de Loire 13 685 et la France hexagonale en compte 265 798.

NOMBRE D'ÉQUIPEMENTS SPORTIFS POUR 10 000 HABITANTS AU 1^{ER} TRIMESTRE 2020



SOURCES : OBSERVATOIRE DE L'ÉCONOMIE ET DES TERRITOIRES/PILOTE 41
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE



Ressources disponibles sur le territoire

L'Unité Prévention Education pour la santé (UPE), portée par le Pôle de santé publique du CH de Dreux est inscrite dans une dynamique de promotion de la santé à destination du territoire (professionnels du secteur sanitaire et social et habitants) avec une attention particulière aux habitants en situation de précarité.

Elle a un domaine de compétences au niveau local pour les acteurs du territoire à travers :

- ses projets de santé de proximité
- ses actions de prévention de l'éducation à la santé sur la nutrition, la santé globale...
- ses actions de formation auprès des professionnels issus de différents secteurs
- ses missions d'accompagnement, de soutien méthodologique auprès de professionnels et/ou de bénévoles pour la mise en place de projets santé auprès de leur public.

L'équipe actuelle de l'UPE est composée de deux diététiciennes chargées de prévention surpoids et obésité (0,35 ETP), et une infirmière chargée de prévention (0,30 ETP) Des professionnels du pôle de santé publique et du CH de Dreux peuvent être sollicités en fonction des actions mises en place.

L'UPE travaille en partenariat avec des professionnels du secteur sanitaire et social, éducatif, associatif, des villes de Dreux et Vernouillet

L'UPE propose des consultations gratuites pour les enfants et adolescents (Centre hospitalier de Dreux- Maison des adolescents), met en place des temps de sensibilisation et/ou formation à destination des professionnels des structures partenaires, anime des ateliers en partenariat avec la CPAM à destination des femmes enceintes, participe à des animations dans le cadre de la semaine du goût, développe des actions en lien avec l'activité physique. L'UPE, en lien avec des projets des structures partenaires, met en œuvre des actions d'information, de prévention et d'éducation pour la santé à destination de leur public. Elle accompagne leurs professionnels dans la mise en place d'action et/ou pour animer des interventions. Plusieurs types d'interventions sont utilisés en fonction des objectifs et des publics cibles pour favoriser leur participation active (photo langage, brainstorming, création de menus équilibrés...)

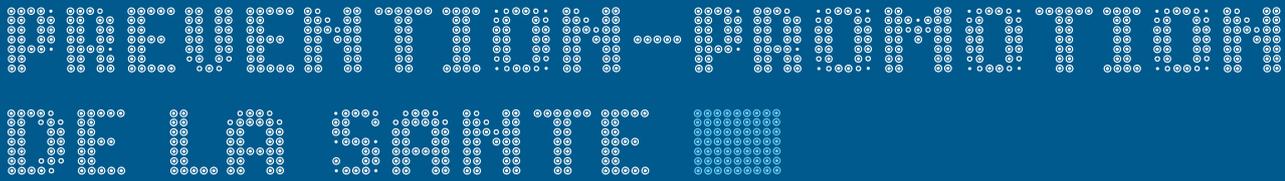
Sur les années 2020 et 2021, l'activité de l'UPE a été réduite du fait du départ de plusieurs professionnels du service,

non remplacés et de la crise sanitaire liée au Covid 19. En 2022, l'UPE prévoyait la reprise et poursuite des projets avec les structures partenaires, le développement de nouveaux partenariats (structure d'accueil Alzheimer notamment), la formation auprès des professionnels en charge de public en situation de précarité, une conférence auprès de parents sur des structures de la petite enfance sur l'agglomération de Dreux, la mise en place d'actions en lien avec l'activité physique, et de manière générale un travail en partenariat avec le CLS

Le Centre médico-scolaire, situé à Vernouillet, a une mission de promotion de la santé en faveur des élèves (Education Nationale- DSDEN28). Il assure des examens médicaux de la maternelle jusqu'au lycée : bilan de la 6ème année en GS, auprès des élèves à besoins particuliers (troubles des apprentissages, handicap, maladies chroniques, souffrance psychique), visite d'aptitude aux travaux réglementés pour les élèves mineurs en LP, EREA Gestion de la veille sanitaire au sein des établissements scolaires (maladies contagieuses, COVID), de situations d'urgence (protection de l'Enfance, événements graves). Il contribue à la formation des personnels de l'Education Nationale en matière de santé, a un rôle de conseiller technique en matière de santé auprès des directeurs d'écoles, chefs d'établissement, IEN...

Les actions d'éducation à la santé sont généralement assurées par les IDE de l'Education nationale dans les établissements scolaires, mais également avec l'association de partenaires intervenant ponctuellement au sein des écoles, collèges, lycées. Elles portent sur de très nombreux domaines : promotion de la santé mentale, développement des CPS, égalité femmes-hommes, hygiène, promotion des gestes barrières, éducation à la sexualité, éducation nutritionnelle et promotion de l'activité physique, citoyenneté, sécurité routière, prévention des violences, du harcèlement, des conduites à risques et/ou addictives, nouvelles technologies (internet, écrans, jeux en ligne, réseaux sociaux), prévention des risques environnementaux (auditifs, solaires).

Appui Santé 28 a été créée en 2019 par le Réseau Addictions 28 et le Réseau Santé Précarité 28 qui ont souhaité se mutualiser pour porter à travers cette association la plateforme territoriale d'appui (PTA), notifiée depuis comme porteur du Dispositif d'Appui à la Coordination d'Eure-et-Loir (DAC 28). Ce dispositif est en appui des professionnels de santé du secteur sanitaire, médico-social et social pour des usagers de tous âges, toutes pathologies. Ses missions consistent d'abord en un appui aux parcours de



santé individuels. Dans ce cadre, le dispositif d'appui à la coordination d'Eure-et-Loir :

- informe sur les ressources du territoire existantes ;
- oriente et conseille les professionnels vers l'offre la plus adaptée à la situation ;
- apporte un appui à la coordination des parcours de santé que les professionnels estiment complexes (coordination simple, coordination complexe, coordination renforcée) en :
 - réalisant l'évaluation multidimensionnelle de la situation de l'utilisateur ;
 - organisant la concertation pluridisciplinaire ;
 - organisant la coordination des interventions auprès du patient en déclenchant les dispositifs du territoire nécessaires jusqu'à la stabilisation de la situation.

Dans le cadre de sa mission d'appui à la structuration des parcours de santé, le DAC 28 :

- promeut les dispositifs du territoire, les initiatives des et pour les professionnels de santé ; les outils numériques en santé dont le déploiement de l'outil numérique de coordination régional SPHERE.
- accompagne le renfort du lien entre la ville et l'hôpital et les démarches de coopération interprofessionnelles ;
- accompagne les démarches de structuration et de fluidification des parcours (outils partagés, protocoles communs, échange de pratiques, sensibilisation/formation, etc.)

La FRAPS IREPS antenne 28 constitue un centre de ressources en éducation pour la santé. Elle met en œuvre des actions, des formations et du conseil-accompagnement méthodologique en promotion de la santé sur l'ensemble du département de l'Eure-et-Loir. La Fraps s'adresse aux professionnels du sanitaire, du social, du médico-social, de l'éducatif, de la prévention, de la promotion et de l'éducation pour la santé.

La coordination de ces acteurs en promotion de la santé est une des missions de la FRAPS IREPS 28 sur le département. Elle vise à susciter, accompagner et coordonner les initiatives locales pour améliorer l'articulation territoriale et l'efficacité des politiques et des projets en promotion de la santé. Cela est réalisé en partie à travers la Commission des acteurs en promotion de la santé (CAPS), créée en 2021 et qui se réunit 2 fois par an. La CAPS permet aux partenaires de partager leurs actualités et leurs actions, mais aussi de travailler ensemble à la réalisation d'actions conjointes. Depuis la première réunion en 2021, la commission s'agrandit régulièrement et compte désormais une trentaine de partenaires. Les perspectives sont également d'encourager et de valoriser les projets menés entre plusieurs structures.

Jusqu'en 2021, la FRAPS IREPS 28 menait la coordination vaccination, et la coordination santé sexuelle. Elle participe par ailleurs à la commission santé mentale. Parmi ces différents services, la FRAPS IREPS 28 propose aux professionnels des formations de 1 à 5 jours, avec le soutien financier de l'ARS. Les sessions de formations sont principalement organisées sur Chartres mais s'adressent potentiellement aux professionnels de tout le département. Les sessions de formation sont reconduites ou modifiées chaque année en fonction des besoins des acteurs et de l'actualité.



Synthèse de la rencontre avec les élus, les professionnels et la population

La population du Pays de Dreux se caractérise par des profils pluriels et disparates. Le ratio de population indique un certain dynamisme démographique, la population étant relativement jeune. La frange nord-est du territoire est très marquée par l'influence des aires urbaines de l'Île-de-France et de Rouen-Évreux ; elle comprend une part importante de cadres et autres travailleurs appartenant aux catégories socio-professionnelles supérieures, travaillant souvent hors du territoire.

Un élu : « On n'a pas un territoire, mais des territoires, avec des densités de population extrêmement différentes, des niveaux de CSP aussi extrêmement différentes. Si on prend le nord du territoire, toute la frange francilienne, on est plutôt sur un territoire développé, avec des gens qui bossent sur Paris et des cadres, mais on a aussi une population qui vieillit (...), on a quand même une population d'anciens exploitants vieillissants et vraiment quelquefois en situation de précarité (...) ».

De nouveaux habitants participent à un renouvellement de la population du territoire, perçu comme attractif notamment par les actifs de l'Eure-et-Loir et d'Île-de-France qui s'installent dans la partie francilienne du pays drouais. Bénéficiant de capitaux économiques et sociaux conséquents, ils ont des modes de vie très différents des autres populations du territoire, que traduit l'importance des liaisons fonctionnelles vers l'Île-de-France. Cette mobilité est liée au travail, à la consommation de biens notamment culturels et aux services de santé. La crise sanitaire a accentué ces migrations de populations depuis l'Île-de-France, au point que le phénomène soit qualifié de véritable « tsunami ». En effet, beaucoup de familles sont venues s'installer pendant et après le confinement de mars 2020, et sous l'effet de l'élargissement du télétravail, profitant d'un marché de l'immobilier favorable, au regard de leurs revenus. Cette installation d'un nouveau type d'habitants contribue à renforcer les écarts entre les modes de vie des populations présentes sur le territoire depuis plus longtemps.

Un élu : « Financièrement, on ne peut pas mettre des bus tous les quarts d'heure, ou toutes les demi-heures. Mais ils sont très demandeurs, parce qu'ils se comparent à Paris ».

Un élu : « Et là, je pense qu'on va avoir aussi un impact dans les années à venir, si cette population reste là, en termes de demande de soins, parce qu'ils s'attendent à avoir le même niveau de prestations que ce qu'ils connaissaient en région parisienne. Ils ne vont pas être déçus, parce que même à 70 km de Paris, on est dans un désert médical ! »

Un professionnel : « L'hétérogénéité de notre territoire, elle est particulière, ça vient aussi des problématiques de population, d'information, la démographie médicale (...) Il est certain qu'il y a des variables notables, que ce soit des variables culturelles, multi-ethniques, mais même, culturelle, sociologiquement parlant : avec une ruralité et autour de HXXX, on est sur une population qui est quand même proche d'être francilienne. Très concrètement, ça appartenait à l'Île-de-France historiquement et ça se retrouve dans la population, dans les besoins, dans leur appropriation de l'accessibilité au droit commun, à leur niveau d'information, parce que la plupart sont des personnes qui travaillent en Île-de-France. Donc qui ont aussi accès à un niveau de connaissance, avec certains niveaux d'information sur les dispositifs de droit commun, mais qui, quand ils se retournent sur notre territoire, tout le dispositif et l'architecture existante en Île de France n'existent pas nécessairement sur notre territoire. Il n'y a pas les mêmes moyens, pas les mêmes logiques, mais on a le grand écart ailleurs avec, effectivement, des secteurs plus ruraux, plus excentrés ».

Le taux de scolarisation est relativement faible, les jeunes tendant à quitter le territoire pour poursuivre leurs études dans les grands centres urbains alentour. Par ailleurs, le pays drouais compte une importante population retraitée, vieillissante, vivant dans les communes rurales les plus éloignées des aires urbaines où l'on compte un grand nombre d'exploitations agricoles. Quant aux familles, le taux de monoparentalité est fort sur l'ensemble du territoire.

Le dynamisme associatif est salué par les élus comme par les professionnels rencontrés, que ce soit dans le secteur sanitaire, culturel, social ou bien sportif, mais les acteurs le perçoivent également comme l'expression d'un certain désengagement de l'Etat dans les territoires.

Un élu : « Le système est couvert par le milieu associatif, assez clairement, dans les villes moyennes : c'est prévu, c'est organisé par le système social de l'État : il le remplace. Alors plus on descend dans la ruralité et moins il y a de système associatif, même s'il existe quand même ».

Une grande concentration des services administratifs, sanitaires et sociaux sur l'agglomération de Dreux et de Vernouillet est observée. Si cela exerce une attraction des habitants alentours (notamment les plus mobiles), les inégalités sociales d'accès s'accroissent sur l'ensemble du territoire. La mobilité tant spatiale que sociale représente un enjeu majeur pour ce dernier, en particulier pour les habitants éloignés des aires urbaines. La faible disponibilité des transports en commun pénalise en effet les familles



monoparentales, les jeunes, les personnes âgées et les familles en situation de précarité. Les conséquences de ces freins à la mobilité sont nombreuses, notamment en ce qui concerne l'accès à l'éducation et à la santé :

« Nos enfants sur le territoire ne vont pas beaucoup à l'école, parce que soit les familles sont pauvres et ne peuvent déplacer leurs enfants sur des grandes villes, comme Chartres ou Paris. On n'a pas les moyens, donc on prend la solution de facilité, parce que les parents n'ont pas les moyens de le faire, parce que parfois, les gens ont des bourses, mais il y a des gens qui ont trop pour avoir des bourses et qui, finalement, n'ont pas d'aides. Et puis du coup, du coup, ils ne peuvent pas y aller. »

Un élu : « je pleure l'aide aux étudiants en transports, à l'Agglo ».

Par ailleurs, du fait de l'évolution des modes de vie, beaucoup de personnes âgées se retrouvent seules. De plus, en l'absence de services de proximité, l'isolement social est renforcé par la fracture numérique : bien qu'équipés, certains habitants peinent à s'approprier les outils informatiques et ainsi réaliser leurs formalités administratives. A titre d'exemple, la plateforme Doctolib constitue un frein à la consultation de professionnels de santé ne proposant aucune autre modalité de prise de rendez-vous. A noter également que beaucoup d'habitants pâtissent du manque d'accès à l'information concernant les services qui pourraient leur apporter une aide.

Deux élus : « Les gens défavorisés qu'ont peu d'accès à l'informatique avec Doctolib, ils coïncent pour avoir un rendez-vous chez le médecin. Et en plus Doctolib, si vous êtes un couple, il vous faut deux adresses mail. Ce n'est pas normal. » « C'est vrai que les personnes âgées, s'ils n'ont pas leurs enfants pour prendre les rendez-vous le week-end, ils ne le font pas, les rendez-vous, ils ne les prennent pas. »

Les priorités en termes d'aménagement du territoire sont questionnées : l'interdiction de construire de nouvelles habitations dans les plans locaux d'urbanisme est perçue comme une menace pour le développement économique et le dynamisme démographique. Le ressenti est celui de l'exil intérieur, comme si les communes rurales étaient transformées en « réserves indiennes », tandis que l'éloignement des services et le phénomène de désertification médicale grèvent l'attractivité des zones rurales.

Un élu : « Les nouveaux arrivants, automatiquement, demandent presque en mairie si on connaît un médecin traitant vers qui les orienter. Et moi, je suis dépourvue pour les orienter vers des spécialistes, vers des généralistes. Il y a ce problème. En ayant une Maison de Santé qui vient de s'ouvrir et qui fait du super bon boulot, sur une commune toute proche. Sauf que l'un des médecins vient d'ailleurs, donc toute la patientèle s'est déplacée avec ledit médecin. »

« Alors, moi, sur six médecins, j'en ai plus que trois, j'avais deux dentistes, j'ai plus de dentiste. On est quand même 2800 habitants ».

« Voilà, on essaie, la mairie essaie de trouver des médecins, mais même en trouvant la nouvelle façon de faire venir des médecins, en les faisant travailler que 35 heures, en les prenant en charge... Il n'y en a pas. »

Pour faire face à cette désertification des campagnes, plusieurs innovations sont attendues. Parmi les tendances à développer, les acteurs rencontrés envisagent les bénéfices de l'élargissement des champs de compétence des infirmières (IPA) pour pallier le manque de médecins ainsi que la revalorisation de certaines professions (comme les aides à domicile) pour lutter contre le turn-over des équipes. L'évolution des services de la Poste pourraient être un appui à la solidarité nationale, tandis que, sur le plan privé, l'installation de villages seniors est imaginée comme une alternative pour rompre l'isolement social dans les campagnes. De manière générale, les acteurs considèrent que les démarches d'« aller vers » sont à encourager.

Un élu : « Nous, sur S., le service social du département, ils vont dépêcher une fois par mois, justement, une personne qui viendra aider les gens qui n'ont pas d'informatique ».

« Je pense que l'enjeu aujourd'hui, c'est de trouver un dispositif organisé, qui permet d'améliorer le système de réponse et donc, du coup, de mobiliser les partenaires à tel endroit du moment (...) qu'on a identifié un trou dans la raquette ».

Mortalité générale

La région Centre-Val de Loire se caractérise globalement par des taux de mortalité générale comparables à 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 2006.

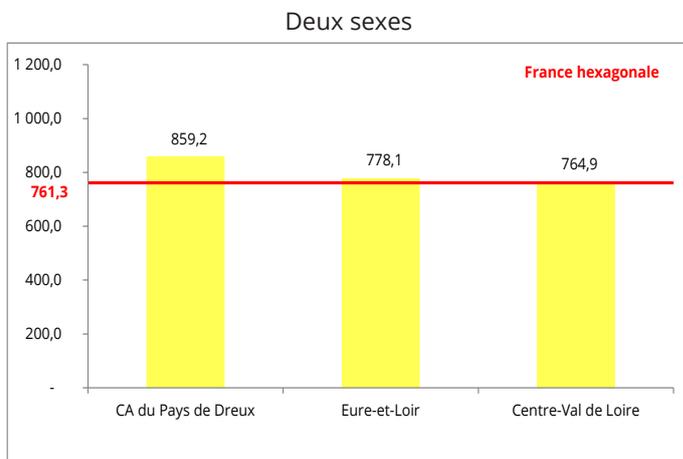
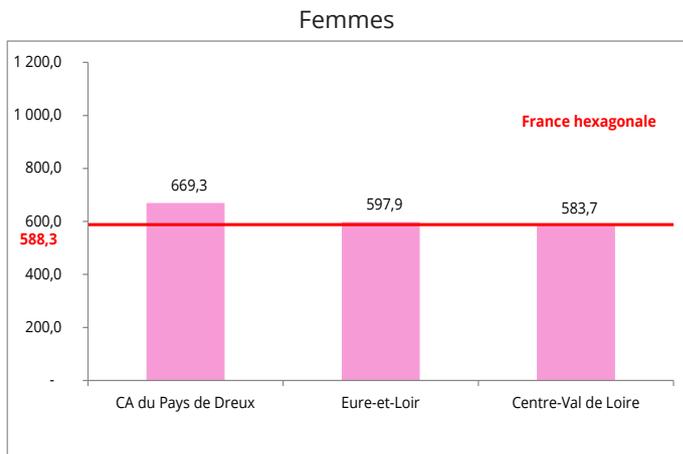
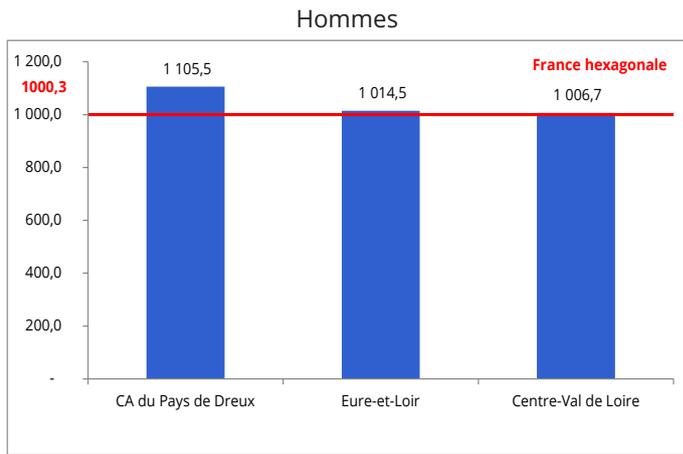
Entre 2008 et 2016, 25 064 décès ont été enregistrés, par an en moyenne, en Centre-Val de Loire, toutes causes et tous genres confondus, soit un taux comparatif de mortalité (TCM) de 764,9 décès pour 100 000 habitants, supérieur au taux national (761,3). En Eure-et-Loir, le TCM est également supérieur (778,1 décès pour 100 000 habitants).

Au sein du Pays de Dreux, 8 654 décès ont été recensés entre 2008 et 2016, ce qui représente 962 décès en moyenne par an. Le taux comparatif, de 859,2 décès pour 100 000 habitants, est en cela bien supérieur à ceux du département, de la région et au niveau national. Le taux de mortalité générale pour la ville de Dreux est de 914,7 pour 100 000 habitants, de 859,6 pour la ville de Vernouillet et de 838,5 pour le reste du territoire hors Dreux et Vernouillet. Quel que soit le territoire, les taux sont significativement supérieurs aux territoires de référence.

Sur le territoire étudié, les hommes représentent 50,9 % des décès, toutes causes confondues. Avec 490 décès en moyenne par an, le TCM, après standardisation, est de 1 105,5 décès pour 100 000 habitants, soit un taux supérieur à ceux observés dans l'Eure-et-Loir (1 014,5), en région Centre-Val de Loire (1 006,7) et en France hexagonale (1 000,3).

Chez les femmes, 472 décèdent en moyenne chaque année, ce qui correspond à un taux comparatif de 669,3 décès pour 100 000 habitants. Là encore, ce taux est bien supérieur aux taux observés dans les territoires de référence (597,9 pour le département, 583,7 pour la région et 588,3 au niveau national).

TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ GÉNÉRALE [2008-2016]



SOURCES : INSERM CÉPIDC, INSEE
 EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
 RÉFÉRENCE FRANCE HEXAGONALE (RP 2006)
 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 par les médecins et exploités par l'Insee (pour les variables démographiques et sociales) et par l'Inserm pour les causes médicales de décès. 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 de 2008 à 2016. 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.

Grandes causes de décès

De 2008 à 2016, la première cause de décès en France hexagonale, en Centre-Val de Loire et dans l'Eure-et-Loir est les cancers, avec respectivement 28,1 %, 28,2 % et 28,7 % des parts de décès. Viennent au second plan les maladies de l'appareil circulatoire, représentant 25,4 % dans l'Eure-et-Loir, 26,0 % en Centre-Val de Loire et 25,6 % en France hexagonale.

Au sein du Pays de Dreux, les cancers sont également la première cause de mortalité et représentent 29,1 % de l'ensemble des décès. Avec 23,8 % des décès, les maladies de l'appareil circulatoire arrivent en seconde position.

Entre 2008 et 2016, plus d'un tiers des décès masculins recensés dans l'Agglo du Pays de Dreux (34,1 %) est dû à un cancer ce qui est légèrement supérieur aux taux enregistrés au niveau départemental (33,0 %), régional (32,6 %) et national (32,3 %). Les cancers les plus fréquents quel que soit le territoire sont les cancers de la trachée, des bronches et du poumon (8,4 %). Viennent ensuite à égalité le cancer de la prostate et du côlon-rectum (3,7 %).

Les principales autres causes de décès chez les hommes sont en premier lieu les maladies circulatoires suivi des causes extérieures, comprenant notamment les suicides et les accidents de la circulation. Les décès liés à l'appareil circulatoire représentent 21,7 % des décès masculins, un taux inférieur à ceux du département (23,4 %), de la région (24,0 %) et de la France hexagonale (23,5 %). Quant aux décès par causes extérieures de traumatismes et empoisonnements, ils représentent 8,1% des décès, soit un taux similaire aux différents territoires de référence.

Chez les femmes, les causes de décès sont par ordre de fréquence : les maladies de l'appareil circulatoire (principalement les maladies vasculaires cérébrales et les cardiopathies ischémiques), les cancers, les maladies de l'appareil respiratoire et les causes extérieures de traumatismes et empoisonnements. Sur l'Agglo du Pays de Dreux, 25,9 % des décès sont causés par une maladie de

l'appareil circulatoire, soit un taux inférieur à ceux observés en Eure-et-Loir (27,5 %), en Centre-Val de Loire (28,0 %) et en France hexagonale (27,8 %). Les cancers sont la deuxième cause de décès avec 23,9 % des décès féminins. Ce taux est relativement comparable à ceux des territoires de référence (24,1 % pour le département, 23,6 % pour la région et 23,8 % au niveau national). Les principaux cancers retrouvés sont les cancers du sein, du colon-rectum, ainsi que de la trachée, des bronches et du poumon.

Les maladies de l'appareil respiratoire représentent 5,9 % des décès dans l'Agglo du Pays de Dreux, un pourcentage dans la moyenne du département et de la région, avec respectivement 6,1 % et 5,9 % et inférieur par rapport au plan national (6,4 %). Enfin, pour les causes extérieures de traumatismes et empoisonnements, le part de décès s'élève à 4,3 %, un taux proche du département (4,5 %) mais inférieur à celui de la région (5,2%) et du niveau national (5,4%)

Tous sexes confondus, la part des décès de cancers dans le Pays de Dreux (29,1 %) est légèrement supérieur au département (28,7 %), à la région (28,2 %) et à la France hexagonale (28,1 %). A contrario, les maladies de l'appareil circulatoire sont moins fréquentes sur le territoire étudié (23,8 %) qu'au niveau des territoires de références (25,4 % pour le département, 26,0 % pour la région et 25,6 % pour la France hexagonale).



GRANDES CAUSES DE DÉCÈS 2008-2016

Hommes	Nombre annuels de décès - Agglo du Pays de Dreux	Part dans l'ensemble des décès (en %)			
		Agglo du Pays de Dreux	Eure-et-Loir	Centre-Val de Loire	France hexagonale
Cancers	167	34,1	33,0	32,6	32,3
- Trachée, bronches, poumons	41	8,4	7,8	7,5	8,0
- Prostate	18	3,7	3,4	3,5	3,3
- Colon-rectum	18	3,7	3,6	3,7	3,1
Maladies de l'appareil circulatoire	106	21,7	23,4	24,0	23,5
- Cardiopathies ischémiques	33	6,8	7,2	7,3	7,2
- Maladies cérébrovasculaires	21	4,4	4,6	5,0	4,7
Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements	40	8,1	7,8	8,0	7,9
- Suicides	15	3,1	2,9	2,9	2,6
- Accidents de la circulation	6	1,3	1,2	1,1	0,9
Maladies de l'appareil respiratoire	31	6,4	5,9	5,9	6,7
Autres causes	145	29,6	29,9	29,4	29,6
Toutes Causes	490	100,0	100,0	100,0	100,0

Femmes	Nombre annuels de décès - Agglo du Pays de Dreux	Part dans l'ensemble des décès (en %)			
		Agglo du Pays de Dreux	Eure-et-Loir	Centre-Val de Loire	France hexagonale
Maladies de l'appareil circulatoire	122	25,9	27,5	28,0	27,8
- Maladies cérébrovasculaires	28	6,0	6,3	7,0	6,8
- Cardiopathies ischémiques	25	5,3	5,3	5,6	5,3
Cancers	113	23,9	24,1	23,6	23,8
- Sein	20	4,3	4,6	4,4	4,3
- Colon-Rectum	15	3,2	3,2	3,0	2,9
- Trachée, Bronches, Poumon	16	3,3	2,8	2,8	3,0
Maladies de l'appareil respiratoire	28	5,9	6,1	5,9	6,4
Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements	20	4,3	4,5	5,2	5,4
- Suicides	n.d	0,6	0,8	0,9	0,9
- Accidents de la circulation	n.d	0,5	0,4	0,4	0,3
Autres causes	189	40,0	37,8	37,4	36,6
Toutes causes	472	100,0	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 2008 et 2016, 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.

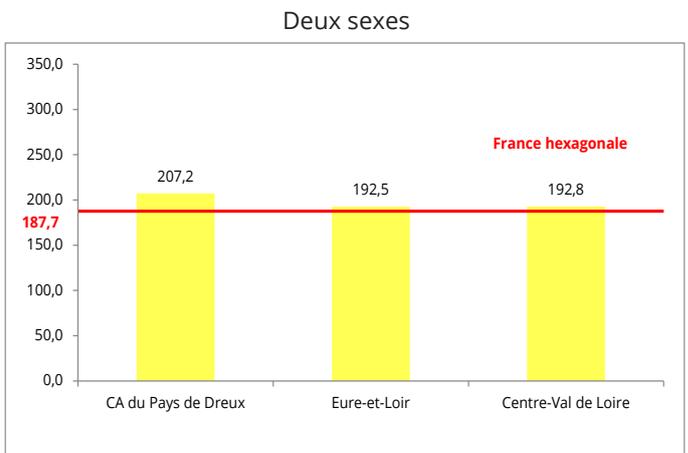
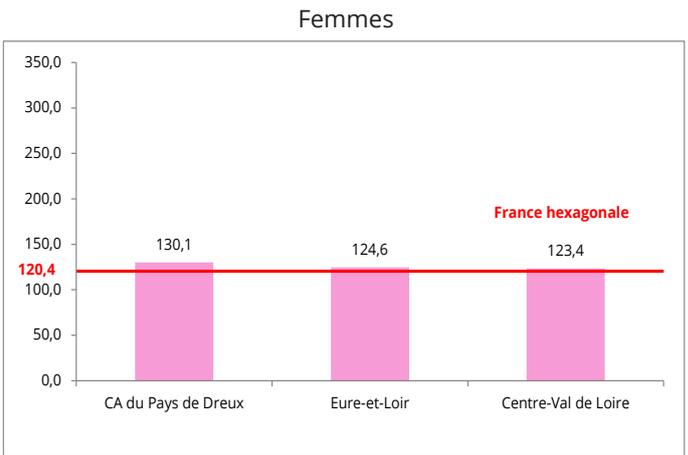
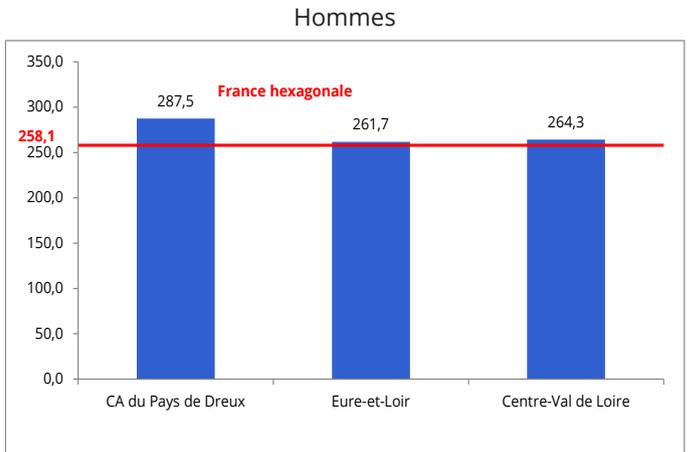
Au 1^{er} janvier 2016, l'espérance de vie à la naissance en France hexagonale était de 79,5 pour les hommes et de 85,6 pour les femmes (pour le Pays de Dreux, l'Eure-et-Loir et la région Centre-Val de Loire, les espérances de vie à la naissance étaient de 77,4, 78,9 et de 79,3 ans pour les hommes et de 84,6, 84,8 et de 85,5 ans pour les femmes). Ainsi, les décès qui se produisent avant 65 ans peuvent être considérés comme prématurés. 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 dynamique s'est inversée entre 2004 et 2014 avec des taux comparatifs de mortalité prématurée supérieurs aux taux nationaux. Dernièrement, la situation régionale est identique à celle du niveau national.

À structure d'âge comparable, 207,2 décès de personnes de moins de 65 pour 100 000 habitants ont été recensés en moyenne dans le Pays de Dreux entre 2008 et 2016, soit un taux supérieur à ceux observés au niveaux départemental (192,5), régional (192,8) et national (187,7). Le taux de mortalité prématurée pour la ville de Dreux est de 236,5 pour 100 000 habitants, de 196,3 pour la ville de Vernouillet et de 197,8 pour le reste du territoire hors Dreux et Vernouillet. Les taux de mortalité prématurée pour la ville de Dreux sont significativement supérieurs aux territoires de référence tandis que pour la ville de Vernouillet et la communauté d'agglomération hors Dreux et Vernouillet, ils sont comparables.

L'analyse par sexe permet de mettre en évidence que les hommes sont davantage touchés par cette mortalité prématurée avec un taux de 287,5 décès prématurés pour 100 000 habitants, taux significativement supérieur aux autres échelons géographiques. Chez les femmes, on retrouve un taux de 130,1 décès prématurés pour 100 000 habitants similaire aux autres territoires.

TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ PRÉMATURÉE [2008-2016]



SOURCES : INSERM CÉPIDC, INSEE
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
RÉFÉRENCE FRANCE HEXAGONALE (RP 2006)
TAUX POUR 100 000 HABITANTS



Mortalité évitable

Elle est définie par deux composantes : la mortalité évitable liée au système de soins, appelée aussi mortalité évitable liée aux traitements, et la mortalité évitable liée aux « risques individuels ». Cette dernière appellation a connu plusieurs expressions jusqu'à aujourd'hui : « mortalité évitable liée aux habitudes de vie », puis « mortalité évitable liée aux comportements à risque » et aujourd'hui « mortalité évitable liée aux pratiques de prévention primaire ou par des actions de prévention primaire », traduisant une évolution du renouvellement des politiques de prévention. La mortalité évitable est pensée comme une partie de la mortalité prématurée. Initialement, c'est l'âge de 65 ans qui est choisi comme âge limite.

Les indicateurs de mortalité prématurée et évitable par des actions de prévention primaire ont occupé une place importante en France pour suivre l'état de santé. Ils indiquaient dans les années quatre-vingt-dix une situation paradoxale de l'état de santé des Français, avec un faible niveau de mortalité au-delà de 65 ans mais des niveaux de mortalité prématurée et de mortalité prématurée évitable par la prévention plus élevée que dans nombre d'autres pays européens. D'autres inégalités marquées en France étaient mises en évidence, notamment entre hommes et femmes et entre territoires infra-nationaux. La mortalité liée au système de soins se situait à un bon niveau parmi les pays européens.

Au cours de la dernière décennie, face à l'intérêt renouvelé de recourir à cet indicateur et afin de prendre en compte les politiques de prévention et l'évolution des progrès technologiques ou ceux relatifs aux traitements, la liste des causes de décès associés à la mortalité évitable a été reconsidérée afin de prendre en compte ces évolutions. L'âge seuil a également été réétudié. Différents travaux ont

été conduits à l'initiative de chercheurs et dans le cadre de groupes de travail rassemblant des experts de différents pays européens, afin d'établir une nouvelle méthodologie.

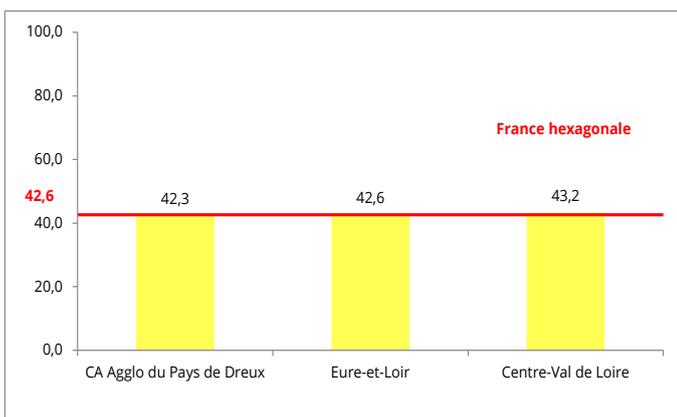
En novembre 2019, une méthodologie validée conjointement par Eurostat et l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), établit une définition de la mortalité évitable par la prévention et de la mortalité évitable par le traitement. C'est sur cette méthodologie que repose le calcul des indicateurs de mortalité évitable de SCORE-Santé

La mortalité liée au traitement ne doit pas être analysée comme un indicateur de la qualité ou de la performance du système de soins mais permet de situer les territoires les uns par rapport aux autres et de mettre en évidence des évolutions dans le temps

Un seuil de 74 ans a été retenu pour la totalité des décès relatifs à la mortalité évitable. (La mortalité évitable par prévention ou traitement SCORE Santé : https://www.scoresante.org/uploadedFiles/SCORESante/Fiches_methodo/FMSCORE_Morta_Evitable.pdf).

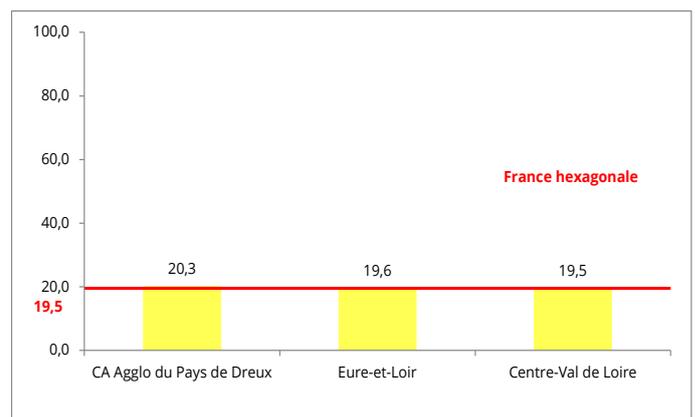
Ainsi pour la période 2008-2016, parmi les 347 décès annuels de personnes de moins de 75 ans survenus sur l'Agglo du Pays de Dreux, on peut considérer que 147 décès auraient pu être évités par la prévention primaire (définition OCDE 2019), soit 42,3 % des décès (42,6 % dans l'Eure-et-Loir, 43,2 % dans la région Centre-Val de Loire et 42,6 % en France hexagonale). 70 décès auraient pu être évités par la prévention lié au traitement (définition OCDE 2019), soit 20,3 % des décès des moins de 75 ans du territoire (19,6 % dans l'Eure-et-Loir, 19,5 % dans la région Centre-Val de Loire et 19,5 % en France hexagonale).

PART DE MORTALITÉ ÉVITABLE PARMIS LES MOINS DE 75 ANS (2008-2016) PAR LA PRÉVENTION (EN %)



SOURCES : INSERM CÉPIDC, INSEE
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

PART DE MORTALITÉ ÉVITABLE PARMIS LES MOINS DE 75 ANS (2008-2016) PAR TRAITEMENT (EN %)



SOURCES : INSERM CÉPIDC, INSEE
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

Admissions en affection de longue durée (ALD)

En moyenne entre 2017 et 2019, plus de 68 400 admissions en affection longue durée sont recensées chaque année en région Centre-Val de Loire (36 217 pour les hommes et 32 255 pour les femmes). Dans l'Eure-et-Loir, cela représente 10 714 nouvelles admissions chaque année. Pour l'Agglo du Pays de Dreux, on observe 2 782 nouvelles admissions par an (1 490 chez les hommes et 1 292 pour les femmes)

À l'échelle du territoire, chez les hommes, les principaux motifs d'admission en ALD sont, par ordre de fréquence, les maladies cardiovasculaires (35,3 %) puis les tumeurs malignes (22,1 %). Également en première position chez les femmes, les maladies cardiovasculaires sont toutefois moins fréquentes (28,2 %).

Le diabète est la 3^{ème} cause d'admission en ALD tant chez les hommes que chez les femmes, avec respectivement 18,4 % et 16,6 % des admissions.

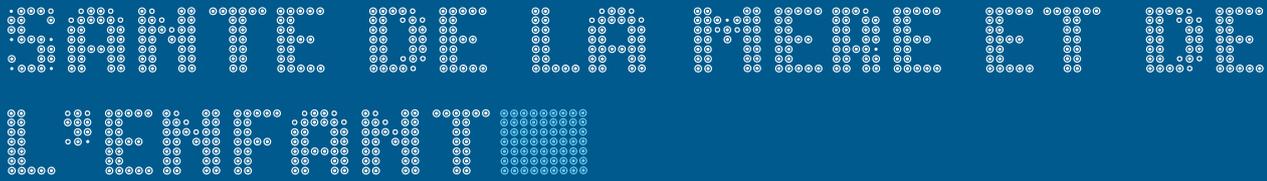
Le taux d'admission en ALD au sein du Pays de Dreux est de 2 416,0 pour 100 000 habitants, entre 2017 et 2019. Ce taux comparatif est similaire à celui au niveau national (2 420,8) mais supérieur à ceux du département (2 287,5) et de la région (2 322,4).

Au total, en 2019, 26 945 personnes du Pays de Dreux bénéficiaient d'une prise en charge pour une ALD. Ce chiffre s'élève à 100 844 à l'échelle du département, 627 063 de la région et 15 092 300 au niveau national.

PRINCIPALES ADMISSIONS EN AFFECTION DE LONGUE DURÉE (2017-2019)

		Nombre moyen de nouvelles admissions en ALD par an - Agglo du Pays de Dreux	Part dans l'ensemble des ALD (en %)		
			Agglo du Pays de Dreux	Eure-et-Loir	Centre-Val de Loire
Hommes	Maladies cardiovasculaires	526	35,3	35,4	35,8
	Tumeurs malignes	329	22,1	22,4	22,5
	Diabète	274	18,4	17,6	17,2
	Affections Psychiatriques	102	6,8	6,5	6,1
	Alzheimer et autres démences	34	2,3	2,7	3,2
	Insuffisance respiratoire chronique	33	2,2	2,0	1,9
	Autres	192	12,9	13,3	13,4
	Total	1 490	100	100,0	100,0
Femmes	Maladies cardiovasculaires	364	28,2	27,7	27,9
	Tumeurs malignes	273	21,2	22,0	22,3
	Diabète	214	16,6	15,9	15,5
	Affections Psychiatriques	113	8,7	8,4	7,8
	Insuffisance respiratoire chronique	29	2,3	2,2	1,9
	Alzheimer et autres démences	71	5,5	7,0	7,6
	Autres	227	17,6	16,9	16,9
	Total	1 292	100,0	100,0	100,0

SOURCES : CNAMTS, CCMSA, RSI, INSEE
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE



Naissances

Pour la période 2017-2019, l'indice conjonctuel de fécondité du Pays de Dreux est de 2,1 enfants par femme de 15 à 49 ans ce qui est comparable au département (2,0) et légèrement supérieur à la région (1,9) et au niveau national (1,8). Sur les villes de Dreux et Vernouillet, l'indice conjonctuel de fécondité est 2,5 tandis qu'il est de 1,9 sur le territoire hors Dreux et Vernouillet.

INDICE CONJONCTUEL DE FÉCONDITÉ (2017-2019)

	Indice conjonctuel de fécondité (ICF) (2017-2019) (Nombre d'enfant(s) par femme âgée de 15-49 ans)
Dreux	2,5
Vernouillet	2,5
CA Agglo du Pays de Dreux (hors Dreux et Vernouillet)	1,9
CA du Pays de Dreux	2,1
Eure-et-Loir	2,0
Centre-Val de Loire	1,9
France hexagonale	1,8

SOURCES : INSEE (RP 2017, 2018 ET 2019), ÉTAT CIVIL
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

Lieu de naissance

Le département d'Eure-et-Loir dispose d'une maternité de niveau 2B au centre hospitalier de Chartres, c'est-à-dire qu'elle possède une unité de soins continus et d'une unité de soins intensifs de néonatalogie pouvant prendre en charge des grossesses à risque modéré et des nouveau-nés nécessitant une surveillance particulière. Le département dispose également d'une maternité de niveau 2A au centre hospitalier de Dreux, c'est-à-dire qu'elle possède dispose d'une unité d'obstétrique et d'une unité de soins continus en néonatalogie pouvant prendre en charge des nouveau-nés pouvant présenter des pathologies d'intensité modérés.

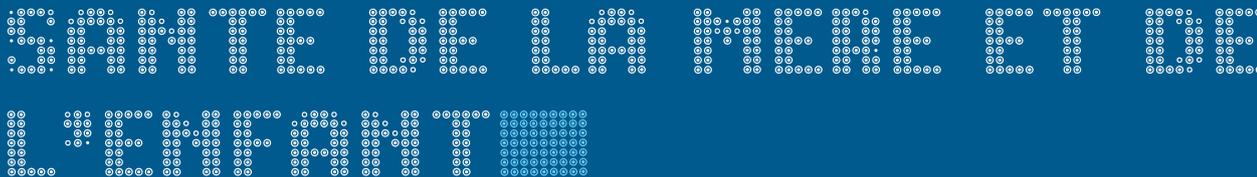
Au cours de la période 2016-2019, 80,3 % des naissances d'enfants domiciliés sur le Pays de Dreux ont eu lieu au centre hospitalier de Dreux, ce qui représente en moyenne 1 004 naissances par an. 7,3 % des naissances ont eu lieu au centre hospitalier de Chartres sur la même période.

Enfin, 11,5 % des accouchements de femmes du Pays de Dreux se sont déroulés en dehors du département sur la période considérée (dont une grande majorité dans les Yvelines et l'Eure).

Âge moyen de la mère à l'accouchement

L'âge moyen des mères primipares domiciliées dans l'Agglo du Pays de Dreux est de 27,7 ans au cours de la période 2016-2019 (27,7 ans dans l'Eure-et-Loir et 27,9 ans en Centre-Val de Loire).

L'âge moyen à l'accouchement des mères multipares sur le territoire est de 31,8 ans (31,7 ans dans l'Eure-et-Loir et 31,5 ans en Centre-Val de Loire).



Suivi de la grossesse

Au cours de la période 2016-2019, 2 442 femmes enceintes du territoire ont réalisé le nombre d'échographies recommandé au niveau national, au nombre de 3 soit un taux de 56,3 %. Ce taux est inférieur à celui de l'Eure-et-Loir (69,8 %) et de la région (67,6 %). Le nombre moyen d'échographies réalisées par femme enceinte du Pays de Dreux est de 3,9 (3,6 dans le département et 3,3 dans la région).

Concernant la préparation à l'accouchement, elle concerne 43,5 % des grossesses en 2017 en Centre-Val de Loire et est plus fréquente chez les primipares que chez les multipares (en 2017 dans la région, 66,3 % des primipares y ont eu recours contre 28,3 % chez les multipares). La pratique de préparation à l'accouchement dépend également des établissements : en effet, elle est plus fréquente dans les établissements privés (60,0 %) que dans les établissements publics (40,0 %).

1^{ers} jours d'allaitement

Durant la période 2016-2019, 70,4 % des mères du territoire avaient l'intention d'allaiter. C'est supérieur au taux observé sur le département et en région (respectivement 63,2 % et 62,0 %).

Macrosomie fœtale

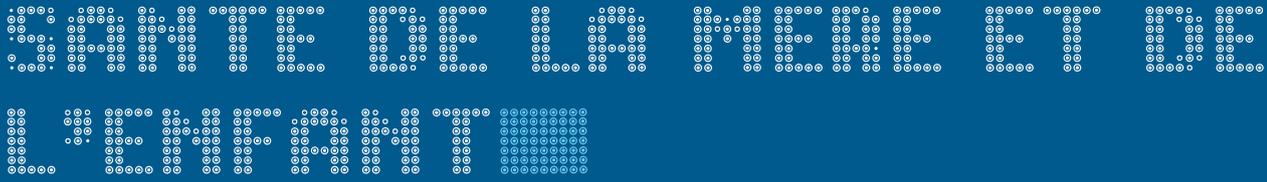
Durant la période 2016-2019, 370 enfants du territoire (effectifs cumulés) pèsent plus de 4 000 grammes à la naissance soit un taux de 7,3 % (macrosomie fœtale de 2,8 %).

Le taux d'enfants de plus de 4 kg à la naissance dans le département est de 6,6 % et de 6,1 % en région (taux de macrosomie fœtale respectivement de 2,4 % et 2,2 % pour les territoires).

Prise en charge libérale des mères

Au 1^{er} janvier 2021, l'Agglo du Pays de Dreux compte 9 sages-femmes ayant un mode d'exercice libéral, soit une densité de 37,2 professionnels pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans. Sur les territoires de référence, la densité de sages-femmes libérales est de 29,7 dans l'Eure-et-Loir, 34,8 en Centre-Val de Loire et 37,0 en France hexagonale (tous modes d'exercices confondus la densité est de 148,8 pour 100 000 femmes de 15 à 49 sur l'Agglo du Pays de Dreux, 141,8 dans l'Eure-et-Loir, 155,6 dans le Centre-Val de Loire et 159,7 en France hexagonale).

Au 1^{er} janvier 2021, 2 gynécologues ont un mode d'exercice libéral dans le territoire concerné. Cela représente une densité de 1,7 pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans au niveau du Pays de Dreux, 2,8 au niveau de l'Eure-et-Loir, 3,5 en Centre-Val de Loire et 4,8 en France hexagonale. La densité de gynécologues obstétriciens (tous modes d'exercice confondus) est de 5,2 pour l'Agglo du Pays de Dreux, 6,9 dans l'Eure-et-Loir, 6,4 en Centre-Val de Loire et 8,1 en France hexagonale).



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.

Mortalité infantile

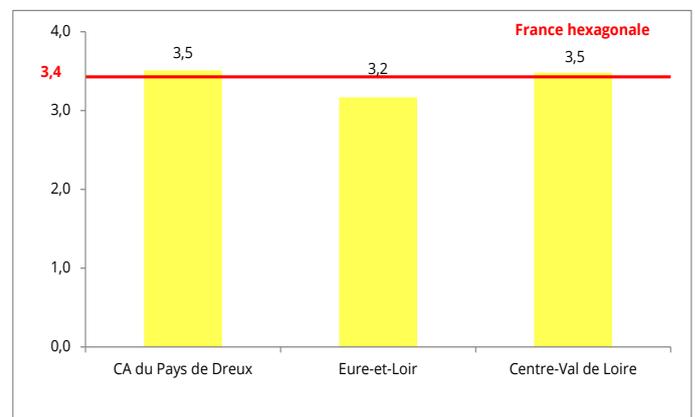
Autrefois très fréquents, les décès d'enfants de moins d'un an sont devenus rares en France principalement en raison des progrès médicaux (amélioration des techniques d'accouchement, lutte contre les maladies infectieuses par le biais de la vaccination systématique...). En 2019, la France se retrouve, d'après Eurostat, au 7^{ème} rang des pays européens (sur 28) concernant la mortalité infantile, avec un taux à 3,8.

Pour la période 2008-2016, le taux de mortalité infantile du Pays de Dreux est de 3,5 décès annuels moyens pour 1 000 enfants nés vivants. Sur la même période, le taux de mortalité infantile du département est de 3,2 décès pour 1 000 naissances vivantes, celui de la région de 3,5 et celui de la France hexagonale de 3,4.

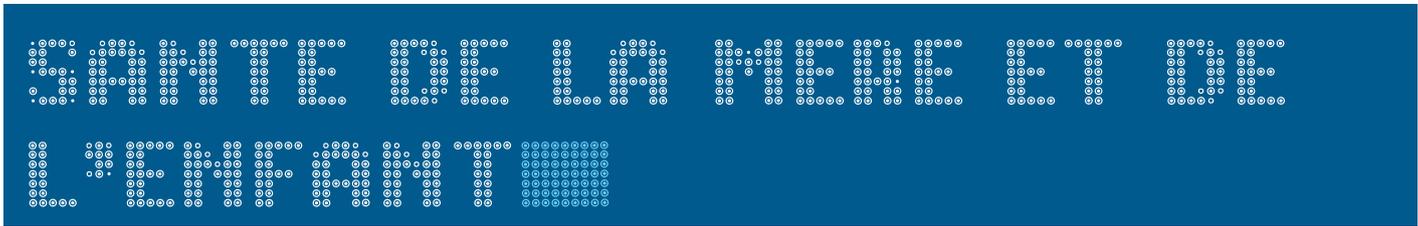
Il faut considérer deux composantes de la mortalité infantile qui sont bien distinctes par leur signification : la mortalité néonatale (moins de 28 jours) est liée aux pathologies et incidents de la grossesse et périnataux (anomalies congénitales, souffrance fœtale, prématurité, infections materno-fœtales), 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 de l'Agglo du Pays de Dreux est supérieur aux taux départemental, régional et national (2,6 ‰ contre 2,1 ‰ en Eure-et-Loir, 2,2 ‰ en Centre-Val de Loire et 2,4 ‰ en France hexagonale). Le taux de mortalité post-natal est comparable à ceux du département et de la France hexagonale (1,0 ‰ pour chaque territoire) et légèrement inférieur à celui de la région (1,2 ‰).

TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE 2010-2019



SOURCES : INSEE ETAT CIVIL, INSERM CÉPIDC
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE



Prématurité et enfants de petit poids

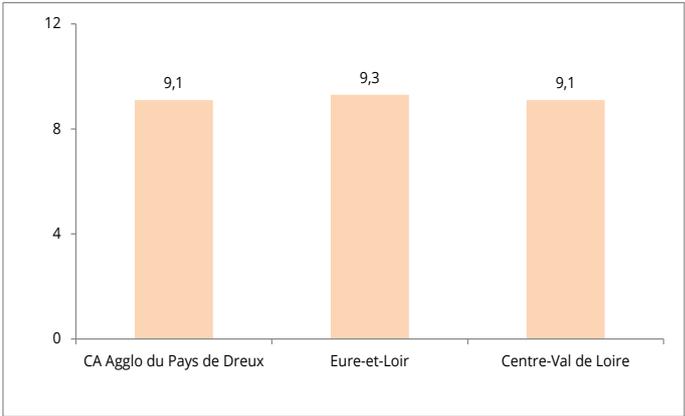
La prématurité est définie par un terme inférieur à 37 semaines d'aménorrhée et un nouveau-né est considéré en petit poids en-dessous de 2 500 g.

Au cours de la période 2016-2019, ces deux éléments concernaient 9,1 % des naissances domiciliées du Pays de Dreux, selon l'exploitation des certificats de santé du 8ème jour détenus par le service de la PMI du Conseil départemental. Ce taux est similaire à celui de l'Eure-et-Loir (9,3 %) et de la région (9,1 %).

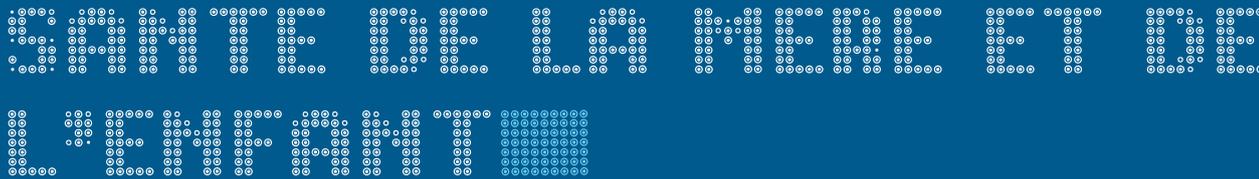
Afin de ne pas créer de doublons dans les effectifs, cet indicateur tient compte des petits poids (<2 500 g) et des naissances prématurées (hors petits poids, déjà comptabilisés). Les résultats ont été pondérés du fait de l'absence de saisie de certains certificats pour un département de la région.

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

NAISSANCES PRÉMATURÉES* ET NOUVEAU-NÉS PESANT MOINS DE 2 500 G ENTRE 2015-2018



SOURCE : PMI
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
* EN SEMAINES D'AMÉNORRHÉE



Ressources disponibles sur le territoire

Appui Santé 28, avec plusieurs partenaires locaux, élaborait début 2022 un projet de sensibilisation à destination des femmes enceintes d'Eure et Loir, sur le suivi post-natal ainsi que l'offre d'accompagnement sage-femme disponible sur le département.

L'UPE, porté par le Pôle de santé publique du CH de Dreux, anime des ateliers en partenariat avec la CPAM à destination des femmes enceintes.

La protection maternelle et infantile organise des consultations et des actions médico-sociales de prévention et de suivi en faveur des femmes enceintes, des parents et des enfants de moins de 6 ans, ainsi que des activités de planification familiale et d'éducation familiale. Le pôle PMI est composée de 2 sages-femmes et 7 puéricultrices au moment de l'enquête

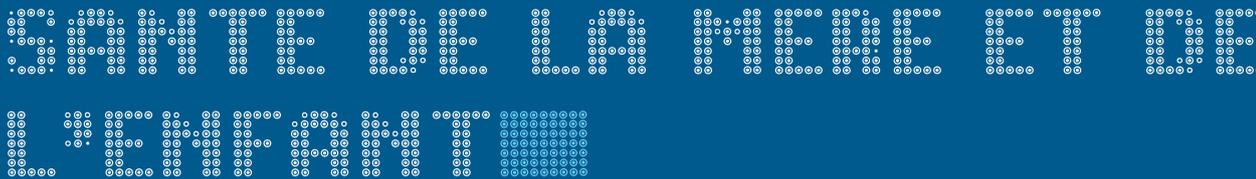
Des infirmières puéricultrices assurent des permanences dans différents lieux :

- à Dreux : à la maison des solidarités et de la citoyenneté Drouaise (2 fois par semaine), au quartier des Bates (1 fois par semaine), à l'Adoma (1 fois par mois),
- à Vernouillet : à la Halte-garderie Pomme d'api (1 fois par semaine), et au pôle social pass'ages Vauvettes (épicerie social, multi-accueil, espace mutualisé ; 1 fois par semaine).

Des consultations de sage-femme dédiées à la grossesse et la contraception ont lieu sur deux sites à Dreux les lundis et vendredis matin ; et à Vernouillet 3 mardis matin par mois. Des suivis de grossesse sont également possible en visites à domicile. Des consultations prénatales et grossesses pathologiques sont également possibles à la Maternité de l'hôpital de Dreux, avec le gynécologue de la maternité et une sage-femme de la PMI, le mardi matin sur rendez-vous. Enfin des consultations de planification familiale sont possibles sur rendez-vous à la Maison des Ados les mercredis et vendredis après-midi.

Les consultations infantiles ayant lieu normalement sur Dreux et Vernouillet étaient temporairement suspendues en raison de la vacance de poste de médecin

Au-delà des consultations, la PMI est responsable de l'agrément et du suivi des assistantes maternelles, des structures d'accueil petite enfance. La PMI travaille avec de nombreux partenaires dans le cadre de ses missions : le conseil départemental d'Eure-et-Loir, Caf, CMP, CMPP, CAMSP, maternité de Dreux et des départements limitrophes, service de pédiatrie de Dreux et d'autres hôpitaux, médecins et sages-femmes de l'arrondissement, maison des adolescents, relais petite enfance, structures d'accueil du jeune enfant, Education nationale, réussite éducative de Dreux, services petite enfance de Dreux et Vernouillet, LAEP de Dreux, DDCSPP, relais logement, Adoma, France Victimes 28, Bercail, le Nid, Adsea...



Synthèse de la rencontre avec les professionnels

Des dispositifs pour mener des actions de prévention mais centralisés sur Dreux

Le CeGGID assure des missions de dépistage des IST et l'accès à la PrEP. Cependant, dans le champ de la santé sexuelle, cette offre de prévention est centralisée sur l'agglomération de Dreux. La ruralité du territoire implique un certain éloignement des structures et des professionnels de santé, pour les publics les plus jeunes ou les plus précaires notamment. Les acteurs rencontrés s'entendent sur le fait qu'un déploiement de cette offre est nécessaire sur l'ensemble du pays drouais, dans les zones où le manque d'infrastructures transports en commun et leur trop faible fréquence (surtout en période de vacances) renforcent cette inégalité.

Un professionnel : « La difficulté : la mission du Pôle santé publique, c'est de déployer des antennes aussi sur l'ensemble du département, pour faciliter l'accès aux soins et l'accès au dépistage. Sur Dreux, l'équipe est en place, depuis un certain temps, et ça fonctionne plutôt bien. Maintenant, la difficulté ça va être sur toute la périphérie, en fait, et sur BXXX, CXXX, enfin, il y a pas mal d'endroits où finalement l'accès, des plus jeunes notamment, ce serait largement compliqué ».

Un professionnel : « On reste sur des distances assez conséquentes... Faut être motivé pour venir faire un dépistage. »

Le(s) centre(s) de planification et d'éducation familiale assurent des permanences en matière d'accès à la contraception. Leurs professionnels effectuent aussi des actions d'éducation à la vie affective et sexuelle au sein des établissements scolaires ou d'autres lieux accueillant de jeunes publics. L'information en santé sexuelle peut être dispensée, et différentes actions de prévention menées par des infirmiers de l'Éducation nationale.

Un professionnel : « Il y a des actions qui sont mises en place hors des murs du CeGGID, qui ont lieu, du coup, dans des lieux un peu spécifiques, hein, par exemple le foyer de jeunes travailleurs, après dans les lycées aussi, on sollicite beaucoup les infirmières, la mission locale, ça contribue aussi : sur les préventions des grossesses, c'est des thèmes qui sont abordés. »

La couverture vaccinale

La couverture vaccinale est jugée assez bonne sur le territoire de l'agglomération. Le centre de vaccination de Dreux et les services de la PMI assurent une offre conséquente, qui permet selon les acteurs rencontrés de

ne pas avoir de délais d'attente trop longs. Les agents de la PMI font aussi un bon travail d'adressage des familles vers le centre de vaccination :

« Le centre de vaccination, je suis à côté. Après au niveau des plages horaires, des plannings de consultations... Oui, on n'a pas... Après, il est très très sollicité, hein ! »

« Et on n'a pas des délais d'attente... Je ne sais pas, on a une semaine, quinze jours. »

Pour améliorer encore la couverture vaccinale de la population du pays drouais, des efforts sont déployés dans les zones rurales ou auprès des familles défavorisées.

« Hors les murs, mais, plutôt sur les migrants, ou alors sur des populations très très précaires, sur des publics comme ça. On va au-devant et on va dans des centres d'hébergement d'urgence ou sur les lieux d'hébergement et on vaccine, pour le coup, on fait tous les vaccins pour tous : les adultes, les enfants. »

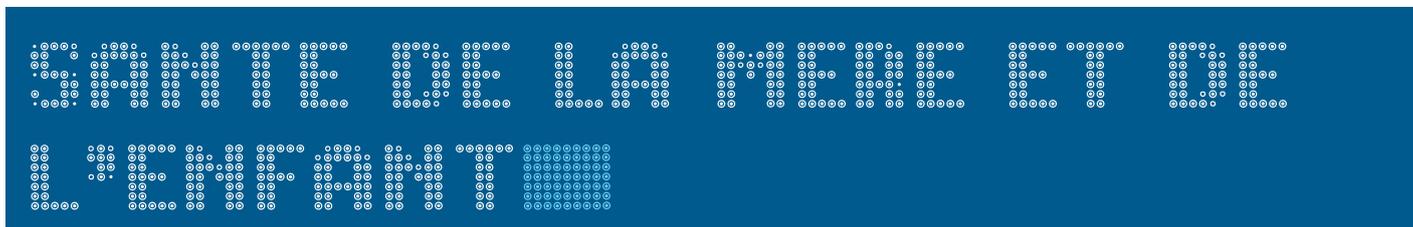
Cette dynamique « d'aller vers » doit cependant être soutenue, notamment avec l'aide d'infirmières en capacité d'assurer des permanences dans des espaces tels que les maisons pluriprofessionnelles de santé sur le territoire. En matière de santé sexuelle, l'évolution du champ de leur compétence est perçue comme une avancée :

« Sur les Maisons de Santé, ça pourrait être intéressant d'avoir une permanence, par exemple, d'une infirmière CeGGID. On attend aussi les protocoles de délégation. »

« Mais on pourrait aussi envisager (...) des partenariats avec les Maisons de Santé. Je pense qu'à terme, on arrivera à ça, après, il faut que nous, on puisse un peu roder l'organisation sur le territoire, mais je pense que ça peut être envisageable assez facilement. Après on ira aussi, sur le coin, peut-être de LXXX, enfin, il y a des zones, aussi : principalement plutôt sur les populations rurales. »

Le suivi gynécologique et le suivi des grossesses : un accès inégal

Le suivi gynécologique et le suivi des grossesses est relativement difficile d'accès, du fait du manque de gynécologues installés dans le pays drouais, l'offre se concentrant en majorité dans les grandes agglomérations. Pour effectuer ces suivis, les femmes peuvent s'adresser également à un médecin généraliste pratiquant la gynécologie ou encore à une sage-femme ; mais cette



possibilité est mal connue par la population.

« Le suivi des grossesses, aujourd'hui, il n'est pas seulement fait par les gynécologues : ça peut être fait par une sage-femme libérale, en PMI, à la maternité, c'est vrai qu'il y a des relais présents sur l'ensemble du département, qui permettent d'avoir un accès, quand même, aux soins quand on est enceinte, sans pour autant passer par un gynécologue libéral, qui, on le sait, sont quand même peu nombreux. »

Une liste des sages-femmes disponibles a été établie par le Conseil Départemental de l'Ordre des sages-femmes. L'objectif est de rendre plus visible l'étendue du champ de compétences du groupe professionnel en santé gynésique des femmes (contraception, suivi gynécologique, consultations prénatales, préparation à la naissance, suivi postnatal, suivi de grossesse pathologique, rééducation périnéale, etc.).

« Le listing est remis à chaque femme enceinte lorsqu'elle passe par la maternité ; il permet d'avoir une visibilité complète des sages-femmes du département. »

Le maillage du territoire, en matière de suivi de grossesse, est essentiellement assuré par les sages-femmes libérales. Leur rôle dans l'accompagnement à la parentalité et dans la prévention des violences est reconnu, notamment dans le cadre du dispositif de l'entretien prénatal précoce (EPP) encore insuffisamment déployé sur le territoire.

« Quand même, il y a un gros effort qui a été fait pour ces EPP. (...) L'objectif : qu'il y ait au moins 20 % d'EPP, ça n'est le cas, je crois, dans aucun département quasiment. (...) Je sais que la maternité de Dreux met un accent particulier sur ce point-là, pour pouvoir proposer l'EPP. (...) C'est un temps qui est vraiment défini pour parler de la grossesse, de comment les parents ressentent la grossesse et surtout de les informer sur ces relais qu'il peut y avoir sur le département ou sur leur territoire, pour répondre à leurs interrogations, tant sur la partie vraiment santé de l'enfant, mais aussi sur l'accompagnement à la parentalité ».

Cependant, des manques se font jour. À titre d'exemple, il n'existe pas, à ce jour, de centre périnatal de proximité dans le Sud du territoire. Un appel à projet a été lancé pour monter un réseau périnatalité sur le territoire du pays drouais, qui permettrait d'organiser la coordination des différents acteurs de la périnatalité (libéraux, hospitaliers, territoriaux). En matière de prévention, également, des efforts sont à fournir aussi pour améliorer la couverture vaccinale des familles migrantes et des populations très précaires. Si le centre de vaccination est opérationnel, il demeure insuffisamment visible par ces populations, malgré le travail effectué par les personnels de la PMI pour les y adresser. Dans une perspective « d'aller-vers », le déploiement d'actions au sein des maisons de santé en

zones rurales serait à envisager pour pallier ces manques.

Un isolement des jeunes parents à l'arrivée de leur enfant

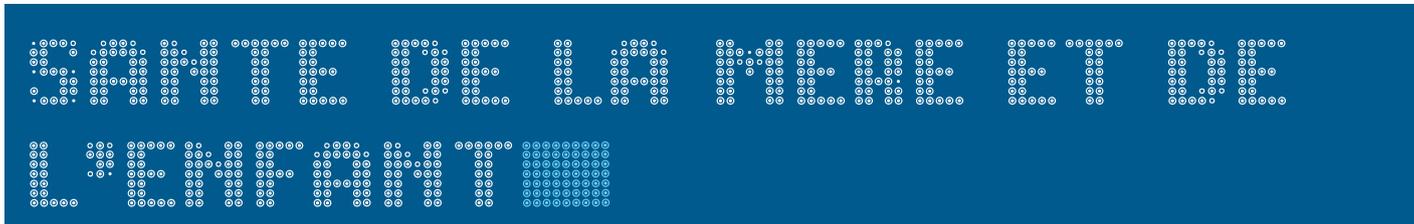
Le réseau d'acteurs intervenant dans le champ de la périnatalité, de la parentalité et de la petite enfance est perçu comme dense : le nombre des ressources déployées est important (maternité, PMI, ASE, relais UDAF, centres sociaux, Espaces Familles, maisons Proximum, conseillers en Économie sociale et familiale, équipes mobiles) est salué. Mais le déploiement de certains de ces services est inégal (périscolaire, centres de loisirs, réseaux d'assistantes maternelles) : les zones au nord et à l'ouest de Dreux sont mieux desservies, tandis que les délais d'intervention ou d'obtention d'un rendez-vous sont plus longs dans les zones rurales. Tous les acteurs rencontrés s'accordent sur la nécessité de renforcer le travail en réseau et la coordination des professionnels de ces champs, afin d'améliorer le repérage précoce des situations problématiques. Beaucoup de parents, en particulier parmi les populations précaires ne savent pas à qui s'adresser ou n'osent pas solliciter de professionnels quand ils sont confrontés à une difficulté.

Un professionnel : « Tous n'ont pas connaissance de ces relais-là. Et beaucoup de parents qu'on rencontre dans le cadre du CCAS se retrouvent démunis, parce qu'ils estiment que s'ils demandent de l'aide, ça pourrait stigmatiser davantage leur enfant. Donc, le moment où ils vont solliciter [notre aide], peut-être des fois, c'est déjà un peu trop tard, entre guillemets. Il faut sensibiliser et sortir des représentations. »

Par ailleurs, le suivi médical des nouveau-nés est estimé insuffisant. Bien qu'opérationnel, le dispositif PRADO ne couvre pas tous les besoins qui se font jour dans l'accompagnement à la parentalité.

Un professionnel : « Après, il est vrai qu'il y a une routine, surtout sur le CH de Dreux, il me semble que les sorties de maternité via le PRADO maternité fonctionnent très bien, et a priori, il n'y a pas de difficultés rencontrées dans ce cadre-là, en tout cas. »

Des actions ont pourtant été menées : la récente mise en œuvre de l'application des « 1000 premiers jours » dispensant des informations aux jeunes parents est un avancé. Or, souvent, la communication opérée demeure trop généraliste d'après les professionnels rencontrés. En effet, si la diffusion de supports de communication destinés aux mères est jugée utile, tel que le carnet de suivi de la grossesse financé par le département, distribué aux femmes enceintes à la maternité, leur surenchère peut nuire à la clarté de l'information ou à la visibilité des actions menées sur le territoire. Lorsque ce carnet de suivi se retrouve saturé de flyers annonçant le déploiement d'actions à l'échelle de tout le département ou la région, l'identification des personnes et des lieux qui peuvent être des ressources au niveau local n'est pas toujours facile :



Un professionnel : « La maternité va travailler avec un support, le gynécologue de ville, la sage-femme de ville vont travailler essentiellement avec le carnet de grossesse qui est donné par le conseil départemental. Et c'est vrai qu'il y a quand même beaucoup, beaucoup, beaucoup d'informations tout le long de la grossesse et même après, avec des initiatives particulières, comme l'activité physique adaptée (...) C'est le constat qui est fait de la part des professionnels de santé : les mamans n'ont pas forcément accès à toutes ces informations-là, c'est difficile de trouver un support qui permette de donner une information très locale sur ce qui est proposé tout le long de la grossesse. (...) du coup, il n'y a pas de relais qui est fait, finalement : sur tel territoire, vers qui je me retourne pour avoir telle ou telle info ? ou pouvoir accéder à certaines pratiques, comme l'activité physique adaptée, ou l'arrêt du tabac ? »

« Et du coup, il n'y a pas forcément une visibilité de tout ce qu'il peut y avoir comme possibilités. Je pense qu'elles peuvent avoir cette information-là par le biais de leur équipe médicale, il y a aucun souci. Mais c'est vrai que souvent, c'est ce qui nous est remonté de la part des professionnels, c'est qu'il y a beaucoup de flyers dans les carnets de suivi de grossesse des mamans ; du coup, parfois, ça sème plus le trouble, finalement, que ça ne les accompagne tout au long de leur grossesse. »

Certains parents, notamment parmi les familles précaires, peuvent se sentir démunis, ne sachant pas qui solliciter pour trouver une réponse à leurs besoins. L'isolement social accentue les vulnérabilités :

« Après, je pense que c'est un petit peu plus compliqué sur les autres petites villes, où là, on peut être livré à soi-même. En tout cas se sentir, parce qu'on a de plus en plus de personnes qui envoient, via les assistantes sociales, des demandes d'aides, et on se rend compte qu'en fait la situation aurait pu être accompagnée dès le départ et éviter qu'ils se retrouvent dans cette difficulté à la fin, et des fois ça prend deux, trois ans... Et la personne... ben, elle dit : 'voilà il y a quelque chose qui s'est passé à la naissance de l'enfant'. Et ça crée d'autres choses, l'enfant devient le symbole de la difficulté, ou représente la difficulté. Malheureusement, on n'a pas forcément les relais nécessaires, on n'est pas forcément alertés par les autres services. Ce n'est pas quelque chose qui a été dans les pratiques. Après, bon, ça se fait de plus en plus, mais c'est quelque chose qui a manqué pendant longtemps et aujourd'hui, on en voit aussi les répercussions : sur le CCAS, les demandes deviennent de plus en plus importantes. »

Le soutien à la parentalité est reconnu comme un enjeu majeur par les acteurs rencontrés. Sur le territoire, il existe plusieurs ressources identifiées pour leur rôle d'accompagnement des parents pour agir en amont des situations de vulnérabilité, au moment de la grossesse et de l'arrivée de l'enfant :

Un professionnel : « C'est d'ailleurs pourquoi l'entretien

prénatal précoce, l'EPP, était aussi proposé. Non seulement pour donner de la visibilité à ce parcours de grossesse, et aussi pour engager tout de suite la discussion sur la parentalité, sur les interrogations et donc là, quand même, il y a un gros effort qui a été fait pour qu'il y ait au moins 20 % d'EPP (ça n'est le cas, je crois, dans aucun département quasiment). Je sais que la maternité de Dreux met un accent particulier sur ce point-là, proposer l'EPP (...) Mais l'EPP, ça peut être aussi réalisé par une sage-femme libérale ou un médecin gynécologue, peu importe, mais par un professionnel qui accompagne tout au long de la grossesse. »

Le soutien à la parentalité se joue aussi à l'entrée à l'école et pendant l'adolescence. Sur le territoire, des réseaux d'écoute, lieux d'accueil parents-enfants, avec l'appui d'acteurs de l'intervention sociale et familiale, déploient des actions ayant pour objectif la valorisation des compétences parentales, le renforcement des liens entre les familles et l'école et la prévention des ruptures du lien familial. Les acteurs rencontrés évoquent ainsi l'importance de la Maison des Adolescents, des services de l'Aide Sociale à l'Enfance et d'éducation de rue, mais aussi le rôle de l'Association Départementale pour la Sauvegarde de l'Enfant à l'Adulte, le Point Infos jeunes, la mission locale, les services d'insertion, les maisons Proximum et les centres sociaux. Ils soulignent les efforts des politiques publiques déployés dans le pays de Dreux, avec une attention portée à la couverture de l'ensemble du territoire :

Un professionnel : « Pour l'aide à la parentalité, l'Agglo a un service pour le restant du territoire, qui est d'ailleurs ici à MXXX, pour la partie Nord de Dreux, puis la partie Ouest : aujourd'hui, il y a un projet de développement d'un service, avec création de postes pour 2022 sur le Sud et l'Ouest. Donc il y a bien un service, en lien avec les autres services enfance-jeunesse, qui sont gérés sur ces territoires-là, par exemple, l'Agglo a la particularité d'offrir les services périscolaires et enfance-jeunesse et centres de loisirs-enfance, etc., en accompagnement de la petite enfance aussi, pour les centres, on a tout un réseau de relais d'assistantes maternelles qui est géré par l'Agglo ; on ne gère ces services que pour la moitié du territoire, puisque la centralité c'est Dreux-Vernouillet, qui est autonome, et puis une autre partie qui est la vallée d'AXXX, SXXX, SXXX, sont aussi autonomes. Mais pour le restant du territoire, il y a une couverture aujourd'hui qui tend, que ce soit sur la toute petite enfance, par la RAM, à être totalement couverte, parce qu'on a développé le réseau. Et concernant la partie, maintenant, ados et très jeunes adultes, je veux dire, avec l'aide à la parentalité, c'est en train de quasiment se boucler aussi »

Cependant, sur certaines thématiques spécifiques, comme le harcèlement par exemple, un manque d'informations, de connaissances, mais aussi de dispositifs de repérage et de suivi est évoqué par les acteurs :

Un professionnel : « C'était à l'école primaire, il y avait un



enfant qui était victime de harcèlement scolaire. Et en fait, cet enfant a dû quitter l'établissement scolaire dans lequel il évoluait, puisqu'il y avait, à ce moment-là, dans la situation, il n'y avait pas de solution tierce, pour la maman, de sécuriser de son enfant et lui permettre d'évoluer correctement à l'école. Et donc, du coup, la famille a dû déménager, pour se rapprocher d'une autre école, qui souhaitait bien accueillir cet enfant. Quand on a dû accompagner cette situation, je ne vous cache pas qu'on a été en difficulté, puisque, voilà, on ne savait pas vraiment vers quel professionnel se tourner. Alors je sais qu'il y a des établissements scolaires, qui ont des projets comme ça, bien définis sur le harcèlement scolaire, mais du coup, on a eu des difficultés à avoir ces informations-là, en tout cas, on n'était pas suffisamment informés, nous, à notre niveau pour savoir quels étaient les relais et c'était sur le secteur, alors, près d'une ville, je saurais plus vous dire le nom de la ville, mais en tout cas, c'était dans notre secteur. Et c'est vrai, qu'on s'est dit : ben mince, on ne connaissait pas, on n'avait pas ces informations-là. Ça nous a fait défaut. Mais ça doit faire défaut, aussi, à beaucoup d'autres professionnels, qui peuvent être alertés par les parents : je pense aux médecins traitants, comme aux infirmières libérales. »

Une autre problématique est identifiée, pour la période de l'adolescence où apparaissent d'autres formes de vulnérabilité : le décrochage scolaire est préoccupant dans un territoire où les taux de pauvreté et de familles monoparentales sont supérieurs à ceux du département et de la région, et où le taux de jeunes diplômés est faible (25 % contre 31 % en région).

Un professionnel : « Après, il y a le fait qu'il y ait des personnes qui ont de l'argent facile. C'est aussi quelque chose qui gangrène la jeunesse, voilà, les rues, on a des jeunes qui peuvent rouler avec des voitures d'un certain prix etc., qui les font, entre guillemets, un peu rêver. Même si ce n'est pas une réalité qui dure. Donc c'est un peu ça la difficulté, aujourd'hui, on a de plus en plus de jeunes qui, rapidement, face à des difficultés à l'école, arrêtent. Et on a aussi des parents qui, malheureusement, ont eux aussi arrêté l'école tôt, qui n'arrivent pas à soutenir ou à maintenir un discours pour permettre à l'enfant de se remobiliser et de continuer malgré ces difficultés, en étant accompagné, dans une scolarité un peu plus longue ».

Un accès aux droits et aux soins complexes pour les enfants en situation de handicap

Dans le contexte de développement du modèle de l'inclusivité, des efforts se déploient afin d'orienter les enfants en situation de handicap vers le milieu ordinaire, qu'il s'agisse du mode de garde, de l'accueil à l'école ou en milieu spécialisé. Cette évolution se heurte toutefois à un manque de moyens matériels, financiers et humains. De ce fait, tous les enfants ne trouvent pas l'accompagnement auquel ils ont droit.

Un professionnel : « La demande devient de plus en plus forte. Et il y a des personnes qui aussi sont de l'extérieur et souhaitent aussi venir sur Dreux, Vernouillet, qui demandent des places. Et donc, aujourd'hui, les listes d'attente deviennent de plus en plus conséquentes, pour répondre à la demande, c'est compliqué ».

Les acteurs rencontrés estiment que le territoire manque notamment d'orthophonistes, d'ergothérapeutes, de psychomotriciens, de psychologues. De ce fait, l'accès aux soins est problématique : les délais sont trop longs avant l'établissement d'un diagnostic et l'entrée dans un parcours de soins. Cela produit des effets, en termes financiers d'abord : les coûts de mobilité induits sont supportés par les parents pour accéder à une offre de soins en libéral. Les inégalités sociales et territoriales s'en trouvent creusées. En matière de santé, également, les effets sont sensibles : tarder à être orienté vers une prise en charge adaptée produit des sur-handicaps.

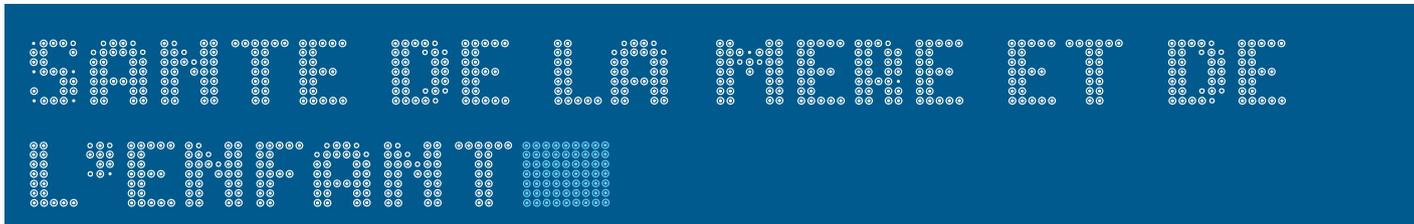
Un professionnel : « Et il y a des délais d'attente qui sont quand même très longs. Avec des professionnels libéraux qui sont peu nombreux sur le territoire pour répondre aux besoins. Parce que sinon, il peut y avoir des relais qui sont faits avec les professionnels libéraux, notamment les orthophonistes, les ergothérapeutes, les psychomotriciennes, les psychologues. Mais premièrement, ça a un coût, et deuxièmement, ils ne sont pas non plus assez représentés sur le département pour pouvoir répondre aux besoins. »

Un professionnel : « Maintenant aujourd'hui, le constat qui est fait, c'est que les parents savent pertinemment que pour avoir accès à ces soins pour leur enfant, il faut qu'ils puissent se déplacer, être mobiles, prendre leur véhicule et faire tant de temps de trajet et malheureusement tous les parents ne sont pas en capacité de pouvoir répondre à ça. »

Les professionnels de la petite enfance ne connaissent pas toutes les ressources présentes sur le territoire ni les modalités de prise en charge du handicap possibles. Réciproquement, nombre de familles manquent d'information sur les démarches à effectuer, les modalités d'accompagnement et les interlocuteurs à solliciter, dès lors que le diagnostic du handicap de leur enfant a pu être posé. Pour faire valoir leurs droits, notamment auprès de la MDPH, beaucoup de parents démunis ne savent pas comment procéder.

Un professionnel : « C'est des dossiers qui sont parfois très complexes, très fastidieux à monter. Et beaucoup ne vont pas jusqu'au bout. Parce qu'ils envoient le dossier à la MDPH, on leur redemande un document, qu'ils ne comprennent pas, et ça reprend du temps, il faut refaire. »

Un effort a été accompli au niveau départemental pour accompagner les familles dans l'établissement des demandes portées à la MDPH et supprimer un certain



nombre d'obstacles administratifs, afin d'obtenir une réponse adaptée en temps opportun :

Un professionnel : « Les dossiers peuvent être traités en six mois, et en six mois de temps, il y a déjà des choses qui se sont enclenchées chez l'enfant et peut-être qu'il faut déjà redemander une réévaluation. Donc c'est assez complexe pour les familles et ça devient compliqué pour eux, parce qu'ils ont l'impression qu'ils se retrouvent tout seuls, qu'ils ont enclenché quelque chose qui a été compliqué pour eux, mais qu'ils n'ont pas eu le retour escompté. Nous, aujourd'hui, on essaye, avec nos moyens, d'accompagner les familles sur les montages de dossiers. Et de travailler aussi avec le conseil départemental sur comment on pourrait simplifier ces documents-là. (...) Par exemple, sur les documents qu'on demande, de mettre des photos, pour que ça soit plus parlant pour les familles. Et donc, tout ça, c'est un travail qui est enclenché, mais pour l'instant, c'est encore un peu long. Mais (...) on avance très bien. »

Pour tenter de résoudre cette question cruciale de la durée de traitement des dossiers, des arrangements ont été trouvés par les services administratifs. Le manque de personnel a été compensé par la mobilisation de médecins vacataires ou d'infirmières pour effectuer une première vérification des pièces apportées. Les acteurs rencontrés reconnaissent la précarité voire l'illégalité de ces arrangements, perçus pourtant comme des palliatifs nécessaires pour répondre à l'urgence et à la pénurie de moyens alloués.

« Il y a de réelles avancées et en même temps, des insuffisances. (...) Le vrai problème, j'étais président de la MDA, MDPH d'Eure et Loir pendant huit ans et jusqu'à cet été, le vrai problème pour les délais, même si on a effectivement bien réduit, on est passé de six mois : en juin, on était à trois mois, moins de trois mois. Le vrai problème, c'est le nombre de médecins. On peut avoir des centaines de dossiers en attente, s'il n'y a pas un médecin pour valider la situation, c'est à dire la prise en charge de l'enfant, on peut mettre toutes les commissions pluridisciplinaires : s'il n'y a pas le médecin pour valider le classement du dossier, il n'y a pas de suite, tant qu'on n'a pas une signature de médecin. Donc, on avait organisé effectivement une validation sans médecin. On était obligé ! Un département comme celui d'Eure et Loir, entre la PMI et la MDPH, on avait 20 médecins il y a une dizaine d'années ; aujourd'hui, on en a cinq pour tout, et encore ! Dans les cinq, c'est l'équivalent de cinq, parce que c'est beaucoup de vacataires qui font des heures. C'est l'équivalent de cinq médecins, ce n'est même pas cinq médecins physiquement disponibles, parce qu'ils font des vacations, qu'ils viennent seulement derrière les commissions : ils prennent un dossier sur dix et ils valident. Voyez ce que je veux dire ? Et puis, le reste c'est une infirmière de service, chef de service, qui instruit et qui donne sa pré-validation, lequel médecin passe derrière en disant OK. C'est ça, c'est ça l'organisation des services aujourd'hui. Les dossiers, vous pouvez penser que ça met du temps, du temps et du temps. On a supprimé plein d'obstacles administratifs. Il y a de la fluidité,

des reconductions automatiques et tout ce que vous voulez. (...) C'est la pénurie de médecins qui est la source de beaucoup de soucis, dans toutes ces organisations. Voilà, bon, cela dit, tout le monde s'arrache les médecins. »

Les acteurs rencontrés mentionnent cependant certaines initiatives et ressources permettant d'apporter une aide matérielle, mais aussi d'impulser un changement des représentations de l'inclusion comme sa traduction dans les pratiques :

Un professionnel : « Il y a aussi l'Espace Ressources Handicap, qui est porté par les PEP28, si je ne me trompe pas, qui permet de mettre à disposition, notamment des centres de loisirs, du matériel adapté pour accompagner les enfants en situation de handicap, pour qu'ils ne soient pas exclus d'activités physiques loisir. Et ils sont dans cette dimension, où l'objectif, ce n'est pas d'avoir une personne ressource, mais de sensibiliser l'ensemble des professionnels sur ce qu'est le handicap, sur comment on accompagne un enfant dans cette situation de handicap et comment, aussi, on arrive à l'inclure dans un groupe d'enfants. »

Les efforts de coordination et de travail en réseau sont soulignés comme moyens de pallier les dysfonctionnements qui se font jour :

« Il y a quand même aussi beaucoup de relais. A C., ils ont pris le parti d'avoir un service, (...) ça s'appelle CRC, mais c'est une cellule de ressources. Pour faire simple : quand ils ont des demandes qui leur arrivent, et ils savent que l'enfant ne rentre pas dans les critères des missions du CCAS, ils vont essayer de trouver une autre orientation. Donc ça montre bien que, bien souvent, on a cette difficulté-là, c'est à dire qu'il y a des demandes qui sont faites auprès de professionnels, par les parents, qui se sentent démunis face à la situation, pour lesquelles le professionnel sollicité ne répond pas, enfin ça répond pas, en tout cas, aux missions de ce professionnel, donc il faut le détacher des personnes pour réorienter cet enfant et cette famille, vers un autre partenaire, qui parfois n'est pas présent, ou encore une fois, avec un délai d'attente de deux ans. »

Il n'en rester pas moins que le manque de médecins traitants est criant pour assurer la coordination des parcours et de professionnels libéraux, notamment pour permettre la mise en place de protocoles de délégation, car cela engage leur responsabilité. Il s'agit d'une charge lourde qui n'est pas suffisamment valorisée financièrement.

« Faut un médecin aussi qui soit présent, qui puisse s'engager, et engager sa responsabilité pour signer les protocoles. En libéral, en tout cas, c'est peut-être plus compliqué même de... on voit, sur l'hôpital, ça contacte, mais, c'est nouveau, quoi. Donc c'est avec des freins, et les freins, il y en a beaucoup. »

De manière générale, concernant les problématiques



de santé sexuelle et reproductive, de santé maternelle et infantile comme de soutien à la parentalité et d'accompagnement des adolescents, les acteurs rencontrés soulignent qu'un effort doit être accompli pour décloisonner les territoires d'exercice des professionnels, en vue de renforcer le travail en réseau :

« Chacun intervient avec des missions qui sont bien définies et qui interviennent sur des enfants de tel à tel âge. Donc ça aussi, parfois, ça peut être difficile pour les parents, de se dire : j'ai trouvé le bon interlocuteur, mais finalement, mon enfant n'a pas encore l'âge, ou a dépassé l'âge pour être pris en charge ».

En effet, tous s'entendent pour dire qu'une dynamique « d'aller vers » est en cours, avec le déploiement de lieux de permanences de certains services sur le territoire et la généralisation de certains dispositifs depuis les centres urbains vers les plus petites communes. Pour autant, cette dynamique de déclinaison territoriale demande à être soutenue par une volonté politique :

Un élu : « Le sentiment que j'avais, moi, en tant qu'élu du territoire depuis une trentaine d'années, c'est que la coopération des deux CAF sur ces sujets-là... ça fait près de 30 ans qu'on travaille sur de ces questions-là, déjà, donc les deux CAF, justement, entre les différents contrats enfance-jeunesse qu'on rencontre avec la CAF. Et donc la coopération du Sud de l'Eure, puisqu'on a des communes du Sud de l'Eure, hein, sur Dreux et la CAF d'Eure et Loir, a toujours été assez facile. Les deux directions ont facilité les choses. Donc, ce qui se passe dans l'Eure et ce qui se passait en Eure et Loir, il n'y a pas tant des différences que ça, c'est vraiment développé dans le contrat. Il y a le haut, mais on a la signature de l'autre CAF, ici. »



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.

Au cours de la période 2008-2016, 475 personnes en moyenne se sont suicidées chaque année en Centre-Val de Loire soit 1,9% des décès.

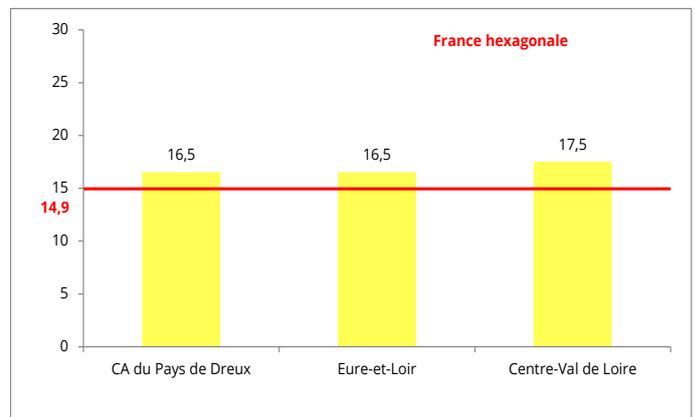
Les études sur le sujet s'accordent à dire que ce nombre est sous-estimé de 20 % et reste un sujet tabou. Le suicide est une priorité définie dans le cadre du programme régional de santé de l'ARS du Centre-Val de Loire.

A l'échelle du Pays de Dreux, 18 décès par an en moyenne sont recensés au cours de la période 2008-2016 (soit 1,9 % des décès). A structure d'âge comparable, le territoire présente une mortalité par suicide de 16,5 décès pour 100 000 habitants, soit un taux comparable à celui du département (16,5), de la région (17,5) et au niveau national (14,9).

Chez les hommes, ce taux est de 30,3 décès pour 100 000 personnes, soit un taux comparable à ceux du département et de la région (respectivement 29,0 et 29,6) mais bien supérieur à celui de la France hexagonale (24,2). Concernant les femmes, ce taux est de 5,0 décès pour 100 000 personnes, soit un taux comparable à celui du département (6,0) et inférieur à ceux de la région (7,3) et de la France hexagonale (7,1)

Les décès par suicide surviennent majoritairement entre 35 et 64 ans (52,1 %). Les personnes âgées de 65 ans et plus représentent 35,6 % des décès par suicide et les moins de 35 ans, 12,3 %.

TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ PAR SUICIDE EN 2008-2016



SOURCES : INSERM CÉPIDC, INSEE
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
POPULATION DE RÉFÉRENCE : FRANCE HEXAGONALE (RP 2006)
TAUX POUR 100 000 HABITANTS

Admissions en affection de longue durée pour affections psychiatriques

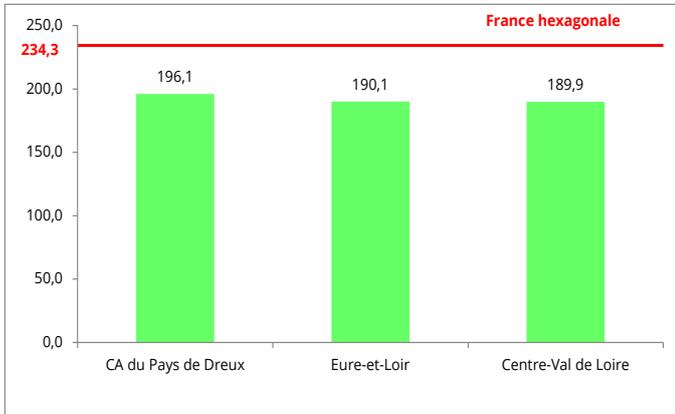
Au total en 2019, 2 421 habitants du Pays de Dreux bénéficient d'une prise en charge ALD pour affections psychiatriques (9 082 pour le département, 55 749 pour la région et 1 588 371 au niveau national).

En matière d'incidence, entre 2017 et 2019, le territoire compte 215 nouvelles admissions pour affections psychiatriques par an (102 pour les hommes et 113 pour les femmes), ce qui représente 7,7 % de l'ensemble des nouvelles admissions en ALD (7,4 % pour le département, 6,9 % pour la région et 8,8 % au niveau national). Elles constituent un des principaux motifs d'admission en ALD, derrière les pathologies cardiovasculaires, les tumeurs malignes et le diabète.

Après standardisation de la population par tranche d'âge, le taux d'admission en ALD pour affections psychiatriques est de 196,1 pour 100 000 personnes du Pays de Dreux. Le taux est similaire à ceux rencontrés dans le département (190,1) et la région (189,9) et inférieur à celui en France hexagonale (234,3).



TAUX COMPARATIF D'ADMISSIONS EN ALD POUR AFFECTIONS PSYCHIATRIQUES (2017-2019)



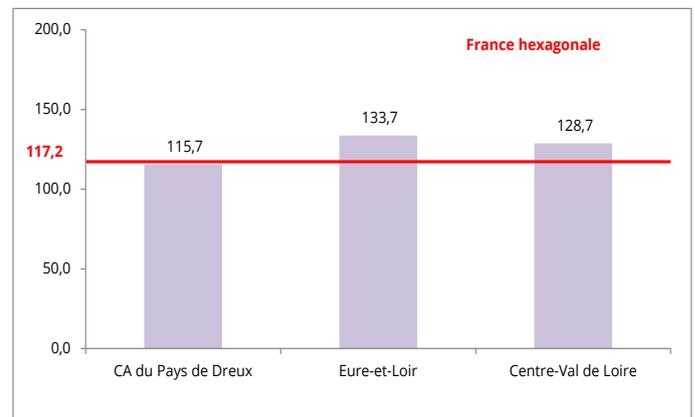
SOURCES : CNAMTS, CCMSA, RSI, INSEE
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

Patients hospitalisés pour tentative de suicide certaine

Au cours de la période 2017-2019, 3 171 patients ont été hospitalisés annuellement pour une tentative de suicide certaine en région Centre-Val de Loire. L'Eure-et-Loir compte, en moyenne, 554 patients par an et l'Agglo du Pays de Dreux en dénombre 106.

Le taux standardisé du territoire est de 115,7 patients hospitalisés pour cette cause pour 100 000 habitants, soit un taux significativement inférieur à celui du département (133,7) mais comparable à ceux retrouvés aux niveaux régional et national (respectivement 128,7 et 117,2).

TAUX COMPARATIF DE PATIENTS HOSPITALISÉS POUR TENTATIVE DE SUICIDE CERTAINE (2017-2019)



SOURCES : ATIH (PMSI MCO 2017-2019), INSEE (RP 2017)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
POPULATION DE RÉFÉRENCE : FRANCE HEXAGONALE (RP 2017)
TAUX POUR 100 000 HABITANTS

Méthodologie

Les données du PMSI relatives aux patients et séjours hospitaliers sont domiciliées. Elles prennent en compte les patients et les séjours hospitaliers des patients de l'Agglo du Pays de Dreux hospitalisés quel que soit l'établissement de santé où ils ont été admis. Ces données ne sont pas le reflet de l'activité des établissements de soins présents sur le territoire.

Les données PMSI sont disponibles par code postal. Pour les reconstituer à l'échelle du territoire, des redressements ont dû être effectués (pondérations) à partir des données

du recensement de population de l'Insee de 2016. Un redressement a ainsi été effectué lorsqu'un code postal correspondait à plusieurs communes, dont certaines ne faisaient pas partie du pays. Le nombre de patients et de séjours hospitaliers a été estimé en réaffectant proportionnellement le poids par sexe et par âge quinquennal de la population du code postal du territoire par rapport au poids total du code postal. A partir de ces effectifs reconstitués, le calcul des taux standardisés sur l'âge des patients hospitalisés a été réalisé.



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.

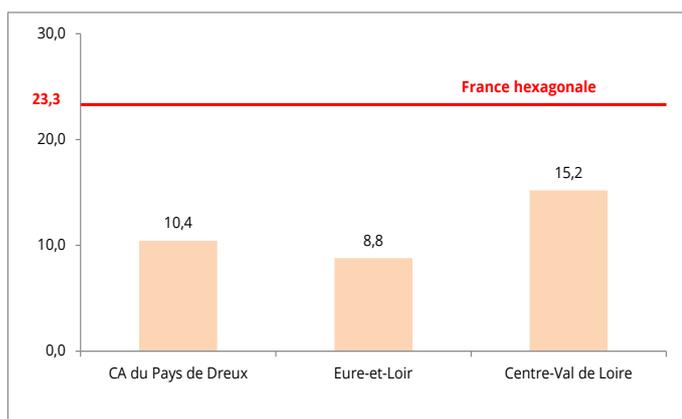
La région Centre-Val de Loire, à l'instar de nombreuses autres régions, présente un déficit important concernant l'offre libérale de soins psychiatriques. Au 1^{er} janvier 2021, la densité de la région en matière de psychiatres libéraux est de 4,5 pour 100 000 habitants par comparaison à celle de la France qui est de 6,9 psychiatres libéraux pour 100 000 personnes.

La densité de psychiatres libéraux dans le département d'Eure-et-Loir est inférieure à celle observée en région et

représente 1,6 psychiatres pour 100 000 habitants (soit 7 psychiatres libéraux). S'agissant du territoire d'étude, 2 psychiatres libéraux sont en exercice au 1^{er} janvier 2021, soit une densité de 1,7 psychiatres pour 100 000 habitants. Tous modes d'exercice confondus, la densité sur l'Agglo du Pays de Dreux est de 10,4 professionnels pour 100 000 habitants (8,8 en Eure-et-Loir, 15,2 en Centre-Val de Loire et 23,3 en France hexagonale).

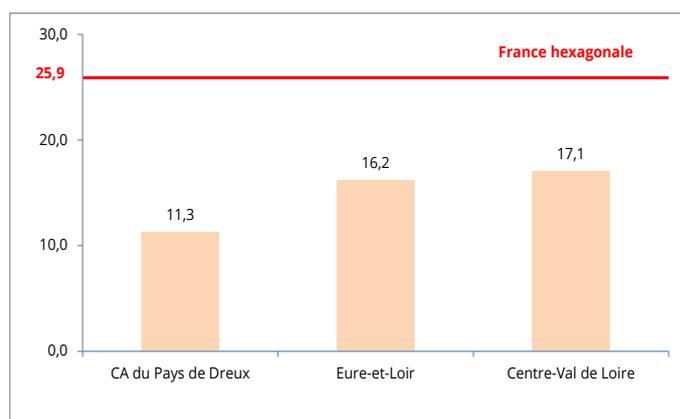
Le territoire compte, début 2021, 13 psychologues libéraux, ce qui représente une densité de 11,3 professionnels pour 100 000 habitants. Ce taux est inférieur à ceux retrouvés dans le département (16,2), dans la région (17,1) et au niveau national (25,9). A l'offre libérale s'ajoutent les professionnels ayant une activité mixte (22) et salariée (55) soit, au total, une densité pour le Pays de Dreux de 78,4 psychologues pour 100 000 habitants (91,4 en Eure-et-Loir, 100,7 en Centre-Val de Loire et 118,2 en France hexagonale).

DENSITÉ DES PSYCHIATRES (LIBÉRAUX, SALARIÉS, MIXTES) AU 1^{ER} JANVIER 2021



SOURCES : RPPS 2021, INSEE
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

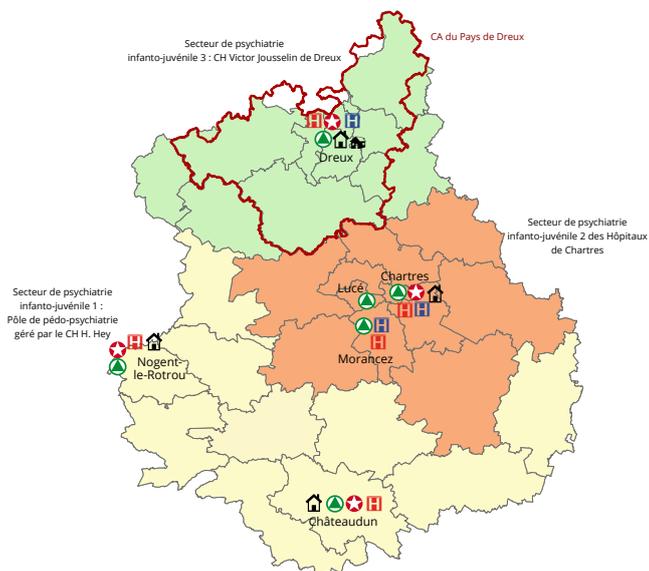
DENSITÉ DES PSYCHOLOGUES LIBÉRAUX AU 1^{ER} JANVIER 2021



SOURCES : ADÉLI 2021, INSEE
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

OFFRE HOSPITALIÈRE PSYCHIATRIQUE POUR ENFANTS

OFFRE HOSPITALIÈRE PSYCHIATRIQUE POUR ADULTES



Offre de soins en psychiatrie infanto-juvénile :

- Lieu(x) d'hospitalisation de jour
- Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
- Lieu(x) d'hospitalisation complète
- Accueil familial thérapeutique
- Centre médico-psychologique
- Maison des adolescents

Offre de soins en psychiatrie générale :

- Unité de soins de longue durée
- Centre médico-psychologique
- Dispositif d'accueil d'urgence
- Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
- Lieu(x) d'hospitalisation de jour
- Accueil familial thérapeutique
- Lieu(x) d'hospitalisation complète
- Groupe d'entraide mutuelle
- Lieu(x) de soins à temps complet (Autisme)
- Maison d'aide à la réinsertion

SOURCES : SITES INTERNET DES CENTRES HOSPITALIERS D'EURE-ET-LOIR
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

SOURCES : SITES INTERNET DES CENTRES HOSPITALIERS D'EURE-ET-LOIR
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE



Ressources disponibles sur le territoire

Différents dispositifs « d'aller-vers » existent sur le territoire : équipes mobiles de pédopsychiatrie, de gérontopsychiatrie, équipe mobile précarité psychiatrie.

Les 3 services de psychiatrie infanto-juvénile possèdent un dispositif d'accueil primaire de 0 à 21 ans avec trois unités CMP PERINAT (0-3 ans) /ETAP (3 à 12 ans)/MDA(12 à 21 ans).

La maison des adolescents (MDA) de l'Eure-et-Loir est portée par les trois secteurs de psychiatrie infanto-juvénile du département relevant de trois centres hospitaliers (Dreux, Chartres et Henri Ey), et positionnée comme dispositif de premier recours de la filière adolescence. La MDA constitue la porte d'entrée de toute première demande d'un usager de 12 à 21 ans. En plus de son activité d'accueil, d'écoute, et d'orientation, la MDA organise des activités de groupe au sein de la MDA pour les jeunes et les familles, et des actions collectives au sein de structures extérieures. Suite à la crise sanitaire, en collectif demeuraient essentiellement des actions destinées aux jeunes fréquentant des structures extérieures, essentiellement des établissements scolaires. Dans les années précédentes, les actions pouvaient s'adresser aux jeunes via d'autres acteurs, des associations dédiées aux familles, des maisons de quartier. En 2019, la MDA avait réalisé 53 actions de sensibilisation/prévention sur des thèmes spécifiques auprès de 1 537 jeunes, et 11 actions en 2020. Une action de sensibilisation a également été réalisée auprès des parents en 2020, et deux actions avaient été effectuées en 2019 auprès de 223 professionnels.

Les services infirmiers de l'Education nationale ont mené différentes actions de sensibilisation autour de l'estime de soi, la gestion du stress et la relaxation, le harcèlement, au sein des établissements (avec ou sans partenaire externes) touchant respectivement 160, 223, et 378 élèves du secteur de Dreux, au collège et dans des lycées professionnels.

En 2018 et 2019, avec le partenariat financier de l'ARS, et l'implication des directions de 3 IME, la Fraps a formé des professionnels aux Compétences psycho sociales (CPS), aux techniques d'animation et à la méthodologie de projets en promotion et éducation pour la santé. Ces professionnels ont ensuite été accompagnés pour la mise en œuvre d'un projet sur les CPS auprès de 3 groupes de jeunes (aide à l'écriture, conseil et prêt de documentation et suivi méthodologique). Une co-animation de plusieurs séances a été mise en place pour compléter l'accompagnement. Environ 20 jeunes en situation de handicap de l'IME Bois du Seigneur de Vernouillet (nouvellement : Dispositif d'Accompagnement Médico éducatif - DAME) ont ainsi pu bénéficier de ces séances, développer une meilleure reconnaissance et gestion de leurs émotions, apprendre des éléments de communication verbale et non verbales.

Synthèse de la rencontre avec les professionnels et les élus

Les acteurs rencontrés soulignent le besoin d'améliorer l'efficacité du repérage des troubles en santé mentale, qu'il s'agisse des troubles du neurodéveloppement, de l'apprentissage ou du spectre autistique.

Un professionnel : « Il y a des difficultés d'apprentissage extrêmement présentes et extrêmement sous-évaluées. Je pense à tout ce qui va être trouble neurodéveloppemental, qui se déploie énormément actuellement. »

Parce que les besoins sont importants et les enjeux du dépistage connus, il est nécessaire de renforcer et de valoriser les compétences des professionnels de première ligne (personnels de l'Education Nationale, bailleurs sociaux, etc.) les plus à même d'observer les premières difficultés. Les écoles, en tant que lieux de socialisation, ont un rôle capital de « relais aux institutions, [ils peuvent] aussi aiguiller les familles » dès l'apparition des premiers signaux d'alerte à l'enfance. Lorsque ce repérage débouche sur un accompagnement adapté, il permet de prévenir l'aggravation des troubles, en particulier dans les situations de précarité sociale ou de carence éducative.

Un professionnel : « C'est comme l'infirmière aux urgences, ça ne veut pas forcément dire qu'il y a un besoin et que le soin va forcément se déclencher en tant que tel, mais ça va être un filtre pour une meilleure efficacité. »

Mais, pour que ce repérage puisse correctement s'opérer, il faut aider ces acteurs à identifier les différents troubles rencontrés dans le cadre de leur exercice, afin d'améliorer l'adressage aux professionnels compétents. N'ayant pas la légitimité pour établir un diagnostic, ils peuvent proposer des réponses qui, au lieu d'être aidantes, peuvent créer des blocages et/ou des retards de prise en charge. Des formations adaptées leur apporteraient des outils pour décrypter des situations problématiques et améliorer leur connaissance des réseaux d'adressage.

Un professionnel : « Le souci, c'est que, n'étant pas médecins, ces personnels-là ne peuvent pas identifier, même s'ils sentent qu'il y a quelque chose. Des fois, ils en discutent avec les familles, mais ça reste, on va dire, très ponctuel et très restreint. C'est de savoir, est-ce que l'enfant, par exemple, aurait des difficultés au sein de la famille, des choses comme ça, mais ils ne vont pas plus loin, parce qu'ils ne peuvent pas aller plus loin. Et quand ils essayent d'orienter certaines familles, il y a certaines familles qui peuvent bloquer »

Un professionnel : « C'est quelque chose qu'on a rencontré régulièrement, par rapport au syndrome de Diogène : on a souvent les professionnels de l'habitat, les bailleurs, qui vont poser des diagnostics, sans pour autant qu'il y ait

une consultation par un professionnel et qui tout de suite stigmatisent la personne, sans pour autant que ce soit justifié, évalué, etc. »

Si toutes les situations ne nécessitent pas une intervention en psychiatrie, des dispositifs de prévention et de médiation peuvent cependant s'avérer utiles pour éviter des parcours de prise en charge hospitalière. Ainsi les acteurs du logement social, faute d'être suffisamment épaulés pour appréhender correctement les situations, sont confrontés à des questionnements éthiques :

« Il ne se met pas franchement en danger, donc ça ne nécessitera pas une hospitalisation sous contrainte. Le patient, il n'a pas de demande, il veut juste... qu'on l'épaulé. Et c'est : à quel moment, en fait, on travaille avec la famille et comment on peut collaborer ? »

Pour aller plus loin dans la reconnaissance des spécificités du champ, les frontières entre « handicap » et « santé mentale » doivent être reprécisées. De même, les périmètres d'exercice des différents professionnels qui interviennent dans les parcours doivent être redéfinis, élargis ou assouplis, pour s'adapter à des situations problématiques, au sein d'un établissement d'accueil. Dans les établissements médico-sociaux, faute de moyens, les personnels éducatifs gèrent ainsi des situations de crise en recourant trop souvent à la médication et à la sédation. La qualité de la prise en charge pourrait être améliorée par l'adoption de « bons réflexes » (ex : gestes de contention), grâce aux apports théoriques et méthodologiques des équipes mobiles qui renforcent les compétences des professionnels de terrain et permettent l'étayage des pratiques. Au contraire, l'épuisement professionnel guette les personnels confrontés à des questions éthiques, lorsqu'ils sont seuls pour prendre des décisions dans l'urgence, face aux usagers en situation de crise. Un besoin de formation est souligné également pour les aides à domicile qui, elles aussi, se retrouvent parfois à devoir gérer seules des situations qui dépassent leur champ de compétences. Il y a donc un besoin de déploiement des formations et des interventions ponctuelles des équipes mobiles car la solution adoptée dans l'urgence n'est pas toujours adaptée :

Un professionnel : « Pour une population très spécifique, des polyhandicaps, là, on se retrouve, nous, accompagnants, parfois très démunis pour trouver une ressource pour gérer ces situations de crise vraiment aiguës. »

Cependant, les professionnels rencontrés s'accordent sur le fait que les « cas complexes » nécessitent en effet des soins adaptés aux besoins spécifiques des usagers. Seulement, les compétences respectives des différents intervenants des champs sanitaires et médico-social ne sont pas forcément



toujours bien connues de tous les acteurs ; et, en retour, les acteurs de première ligne ne sont pas très bien identifiés ni reconnus pour leurs capacités de pressentir les situations pouvant s'avérer complexes. L'orientation des personnes en souffrance s'en trouve retardée. La coordination entre les acteurs des secteurs sanitaire, médico-social et champ de l'éducation et du logement doit être renforcée pour tendre vers un accompagnement optimal des personnes. Les élus et les professionnels rencontrés s'accordent pour promouvoir cette « culture du besoin » indispensable pour évaluer au mieux les problématiques, ajuster les prises en charge aux situations particulières, en appui des ressources du territoire.

Un professionnel : « Les initiatives que chacun fait un peu... dans sa cour, avec son périmètre et ses possibilités de périmètre d'action. Et pour les situations complexes, quand il y a des difficultés, dans la majeure partie des cas, quand on ne peut pas traiter seul, il faut commencer à réfléchir des solutions communes où chacun peut mettre une pierre à l'édifice. Pour construire quelque chose de coordonné. Actuellement sur le territoire, je suis désolé, mais, ça n'existe pas ».

Alléger les procédures administratives

Pour améliorer la réponse aux besoins et gérer certaines situations problématiques, certains dispositifs sont possibles mais leur cadre réglementaire doit être revu. Par exemple, l'hospitalisation sous contrainte nécessite la validation d'un psychiatre à intervalle très régulier ; mais dans un contexte de pénurie de professionnels, la rigidité de la procédure légale empêche d'y recourir. Le maintien du régime d'agrément des établissements et services sociaux et médico-sociaux ou des procédures d'évaluation par catégorie de sévérité des troubles ou d'âge peut représenter un frein à la prise en charge ou à l'insertion sociale par le travail (qui pourrait être soutenue par des procédures de labellisation des ESMS pour la réhabilitation psychosociale, avec une formation progressive des professionnels). L'insertion en milieu ordinaire doit également être soutenue : des personnes souffrant de troubles mentaux peuvent se sentir blessées d'être intégrées dans un ESAT avec les personnes atteintes de déficience intellectuelle.

« Il faudrait un ESAT hors les murs »

L'offre est partout manquante. Le manque de lits disponibles est criant, du fait des choix de fermetures « sèches » des unités d'hospitalisation en Ile-de-France : les enquêtés relèvent les problèmes d'errance psychiatrique, les retards de prise en charge sur le territoire. Faute de structures ou de dispositifs plus adaptés à des prises en charge spécifiques et/ou ponctuelles, les établissements hospitaliers deviennent des structures d'hébergement. La pénurie de professionnels libéraux en capacité d'offrir une réponse en médecine de ville est un problème que les acteurs rencontrés soulignent également.

Partout, les moyens financiers et humains doivent être

renforcés pour soutenir les équipes. En outre, le turn-over des acteurs institutionnels ne permet pas cette fonction d'appui, et le renforcement des procédures administratives dans les différents secteurs entrave la prise en charge des usagers.

« Et puis, tant qu'on n'a pas, nous, tous les documents bien remplis et la bonne signature, la bonne carte, le bon truc, la bonne carte d'identité, on ne prend pas le patient. En fait, c'est la dérive de la lourdeur administrative. Il y a dix ans, un patient qui n'allait pas bien, il était hospitalisé, et on voyait les papiers après. Maintenant, on voit les papiers et après le patient est hospitalisé. »

De manière générale, la coordination est reconnue comme permettant de pallier les déficiences d'une offre sectorisée insuffisante ou difficile d'accès, pour des raisons différentes (capacités d'accueil limitées des services des établissements hospitaliers, inégalité de la répartition des professionnels libéraux sur le territoire, délais d'obtention d'un premier rendez-vous décourageants parce que trop longs, éloignement géographique des CMP ou CMPP). Lorsque les acteurs travaillent en bonne intelligence, en maintenant une bonne qualité de dialogue, les situations d'urgence sont mieux gérées :

« Ce qui est super agréable, c'est quand la psychiatrie est sollicitée, par une mairie, par exemple, et où il y a déjà la gendarmerie sur le coup et on sait qu'on va intervenir ensemble, c'est là où ça se passe toujours relativement bien et c'est là où le patient, il est pris en charge d'une manière intelligente. Le côté administratif, ça roule et le côté sécurité, ça roule. Et les infirmiers peuvent intervenir dans de bonnes conditions. »

Mais les coordinations sont fragiles, lorsque les dispositifs reposent sur des volontés individuelles ou qu'il manque de personnels pour exercer les fonctions supports. Avec le turn-over des équipes, les départs en retraite ou la mobilité professionnelle des uns et des autres, les efforts de coordination sont régulièrement entravés ou freinés :

Un professionnel : « Pour l'instant, c'est des choses qui manquent un peu, surtout avec les nouveaux professionnels qui arrivent, parce que c'est une ville qui bouge beaucoup, donc les professionnels changent, et on n'est pas forcément sensibilisé à ça. Donc, là, il y a quelque chose qui [doit être] mené assez rapidement là-dessus. Parce que c'est quelque chose qui nous fait défaut. »

C'est alors que, faute de moyens, les professionnels se tournent vers leurs ressources habituelles, et orientent vers des parcours fléchés par défaut :

Un professionnel : « Là, le problème sur l'Eure-et-Loir, c'est que la réponse sanitaire, en tant que telle, elle n'est pas... Sur cet espace, le volume de moyens dédiés n'est pas suffisant. Donc, ça ne peut être effectivement que sur du renfort de moyens plus classiques de pédiatrie. »



L'urgence psychique est par exemple souvent traitée en pédiatrie par un personnel mal formé, en manque d'outils spécifiques pour accompagner les personnes en souffrance. Les professionnels hospitaliers et libéraux, ayant parfois des représentations erronées des troubles psychiatriques, montrent de la frilosité, des résistances ou de l'appréhension face à ces patients. La prise en charge de cette patientèle, nécessairement différenciée, est jugée chronophage et coûteuse. Les évolutions de la démographie médicale et la pénurie de professionnels libéraux sur le territoire font qu'un patient ayant le bras cassé peut, par exemple, faire sa rééducation en psychiatrie, ce qui occasionne une perte de chance pour d'autres malades.

Par ailleurs, l'adressage vers les urgences psychiatriques et pédopsychiatriques ne constitue pas toujours la réponse adaptée, pour des patients polyhandicapés comme pour des publics adolescents ou pour certains troubles (TSA, TND). Parfois, il suffit d'éloigner temporairement la personne en souffrance de son établissement d'accueil. Certains professionnels ont appris sur le tas à faire face à l'urgence, mais ils sont trop souvent confrontés à la pénurie de moyens :

Un professionnel : « Pour le polyhandicap, c'est vrai qu'on touche un public qui est transverse (...). Même s'il y a un problème comportemental qui se joue, on sort quand même encore des sentiers classiques de la psychiatrie, en tant que telle. On est sur des prises en charge spécifiques. Donc déjà, il y a effectivement, déjà, sur notre territoire, cette spécificité handicap avec problématique comportementale associée : on n'a pas de dispositif ciblé là-dessus. C'est des compétences, des montées en compétences, de finalement, de nos unités et de nos professionnels, qui ont intégré, en plus de leur savoir-faire en matière de psychiatrie commune, des hypercompétences connexes sur le champ du handicap, sur le champ de la précarité. »

« On est sur un territoire, actuellement, où c'est là aussi que la logique collaborative doit pouvoir se montrer : dans un contexte d'urgence, l'hospitalisation doit être définie sur un besoin de soins identifié, et elle doit pouvoir avoir une temporalité définie, qui est celle du soin, et pouvoir retrouver, je dirais, le circuit normatif ou circuit adapté en fonction des besoins de la personne, de manière fluide. »

Si des coopérations interprofessionnelles existent, elles se nouent au cas par cas et demeurent encore trop informelles. Pourtant, les acteurs rencontrés s'accordent pour souligner l'importance du développement d'une culture de la coordination, en améliorant la diffusion des bonnes pratiques collaboratives et collectives autour de telles situations. Leur gestion étant, pour l'heure, insuffisamment territorialisée, il faudrait donc engager une réflexion sur l'allocation des moyens financiers et humains pour soutenir cet effort de coordination.

Un professionnel : « Je constate majoritairement, effectivement, des initiatives très pertinentes, mais qui, au niveau de la

logistique des établissements porteurs, ne peut pas soutenir une réponse de bassin, très clairement, ce n'est pas possible. Et là, je pense qu'il y aurait une discussion, alors, qui va dépasser mes prérogatives, mais au niveau de nos organismes porteurs et financeurs : [il s'agit] d'abandonner, d'attribuer, effectivement, un maillon de moyens, chacun, avec un co-portage, un peu dans la logique de la réponse accompagnée pour tous. »

Un professionnel : « Pour répondre à l'urgence, à la question des urgences et de l'accompagnement de l'urgence en pédopsychiatrie sur le territoire, il y a un problème qui est évident, on a une unité d'hospitalisation pédopsychiatrique sur le département, basée à CXXX. Toute urgence psychiatrique de proximité va devoir passer par les services de pédiatrie. Alors, l'unité mobile, ils ont une fonction de psychiatrie de liaison. Donc, c'est un étayage et un soutien, pour gérer tout un volet, tout un panel de situations possibles : crises suicidaires, ou des choses comme ça, où ça peut fonctionner. Mais on a effectivement, et là, ça appartient aux pouvoirs publics, au niveau des moyens attribués sur le territoire, quelque chose qui est totalement incohérent, sur le nombre de lits disponibles d'hospitalisation pour les enfants. »

L'amélioration de la réponse collaborative en psychiatrie ambulatoire comblerait ces vides institutionnels, notamment pour les cas d'urgences à temporalité définie (courte). Un besoin a été formulé quant au projet d'élaboration d'un réseau « cas complexe » qui était déjà présent dans le précédent CLS mais avait fini par être abandonné. Le dispositif CAROSM (cellule d'aide à la régulation et à l'orientation en santé mentale) est une aide importante sur le territoire ; elle permet de soulager le SAMU, d'évaluer l'urgence des besoins en psychiatrie pour un usager (FAM ou Ehpad) en situation de crise, apporte des conseils. Malheureusement, cette plateforme n'est pas assez connue ni visible.

Il existe des initiatives très pertinentes « d'aller-vers » sur le territoire. A titre d'exemple, l'équipe mobile de gérontopsychiatrie contribue à améliorer la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux dans les Ehpad. L'équipe mobile précarité psychiatrie, quant à elle, s'adresse à des personnes encore non intégrées dans un parcours de soins :

« Pour les patients non connus, là, il y a pas mal, sur les trois dernières années, d'équipes mobiles qui se sont développées, alors c'est plus, par contre, pour un public déjà en institution, le MGP pour les personnes qui sont en Ehpad, ou l'EMA pour les personnes en institution. Après, il y a l'Equipe Mobile Précarité Psychiatrie : nous on n'est pas porteurs au niveau de l'EMPP, c'est situé à CXXX, mais eux, leur rôle, c'est d'emmener vers le soin des publics... donc des publics en précarité qui ne sont pas encore pris en charge, et ils sont censés faire la transition. »

« On a l'avantage quand même d'avoir un CMP hyper mobile. Les infirmiers, quand même, ils se déplacent au domicile des patients ; dès qu'il y a une problématique, ils sont sollicitables



assez facilement. Et ils vont vers. Et les institutions parfois, pour les patients qui n'iraient pas bien et qui sont suivis par une infirmière libérale, par exemple : ils sont sollicités, c'est eux qui vont aller réaliser le soin, le temps que le patient, il raccroche, ou il peut être dispo sur certaines situations, il peut être sollicité assez facilement. Ce qui n'est pas le cas de tous les CMP de France. »

Le déploiement d'équipes mobiles est donc salué, notamment en pédopsychiatrie, mais ce sont des dispositifs d'accompagnement généralement inscrits dans des parcours de soins déjà fléchés (pour les personnes accueillies en établissement médico-social, par exemple). Or, il manque des professionnels de proximité capables d'aller dans les zones rurales, à la rencontre de populations distinctes par des problématiques spécifiques ; notamment les personnes précaires, vieillissantes, qui ne sont pas en capacité de se déplacer faute de posséder un véhicule, parce que les infrastructures de transports sont déficientes, et/ou qui n'ont pas l'habitude de solliciter des aides. Le dispositif EMPP « équipe mobile précarité et psychiatrie » adapté aux populations marginalisées dans les espaces urbains est cité en exemple, pour souligner qu'un déploiement de ce dispositif serait bienvenu pour les zones rurales.

Méconnaissance des problématiques de santé mentale

Mal connus, les troubles psychiatriques sont très souvent associés à l'incurabilité, à la folie et à la violence. L'inclusion sociale des personnes souffrant de ces troubles est réduite, du fait du regard que la société porte sur les pathologies mentales. De manière générale, les acteurs rencontrés soulignent cette méconnaissance des problématiques de santé mentale qui entraîne un défaut de repérage préjudiciable :

« On se rend compte de beaucoup de difficultés des personnes qui ont différentes pathologies, qui ne sont pas accompagnées, pas reconnues, qui en fait auraient pu être reconnues bien avant. Et on nous explique qu'il y avait déjà des manifestations quand ils étaient petits, quand ils étaient à l'école et qu'on ne les a pas aiguillés par rapport à ça, qu'on les a mis dans une case, soit, une personne qui n'est pas assidue à l'école ou qui pose des comportements inadaptés et voilà, ça s'est arrêté là. »

« Au niveau de l'Éducation nationale, un élève qui pose problème, ben un élève qui pose problème, ça veut tout dire, et ça ne veut rien dire, concrètement. Et là j'appuie sur la question diagnostic enfance. Un élève en difficulté, quelles sont... Déjà : est-ce qu'il y a eu une démarche d'évaluation de ses troubles des apprentissages ? »

Pour éviter l'aggravation des troubles, il faut que les personnes en souffrance puissent être correctement orientées vers les professionnels qui pourront les aider. D'abord, cela suppose de reconnaître les situations de souffrance pour ce qu'elles sont, et ne pas dramatiser le fait d'avoir besoin d'en parler ou de solliciter une aide :

Un professionnel : « Pouvoir dire : voilà, il y a des choses qui se font, ce n'est pas quelque chose qui est [nécessairement] engageant (...), mais ça peut vous permettre aussi d'avoir des clés de compréhension de pourquoi, par exemple, votre enfant se sent mal à l'école, pourquoi il y a des choses qui remontent. »

Pour accepter un parcours de soin, il faut susciter l'adhésion de personnes signalées par leur entourage comme étant en souffrance mentale. Or, les patients et patientes entretiennent malgré eux une forme d'auto-stigmatisation et de déni. Des cellules de prévention et d'accompagnement portées par la MSA sur le territoire constituent un exemple de dispositifs regroupant médecins du travail, médecins-conseils et travailleurs sociaux. Ces cellules visent à prévenir les risques suicidaires, les situations de maltraitance, de dépression, d'épuisement professionnel, etc. Seulement, il est parfois difficile d'obtenir le consentement des personnes à bénéficier d'un accompagnement.

« Enfin, c'est toujours des situations hyper compliquées, et qui demandent beaucoup, beaucoup de temps, et d'appivoiser le patient pour qu'il accepte, en fait, de venir. »

« Oui, c'est ça, il y a toujours un no man's land entre si la personne refuse ou est dans le déni, on ne peut pas intervenir et en même temps, effectivement on ne peut pas l'hospitaliser sous contrainte et du coup il y a un temps où, des fois on est interpellé et on ne peut pas agir au domicile. »

Les acteurs rencontrés constatent également une méconnaissance des problématiques de santé mentale chez les professionnels de santé. Elle se traduit par des incompréhensions, des difficultés relationnelles liées à des représentations erronées parfois, et une relative frilosité à s'engager dans un parcours d'accompagnement et de soins des personnes en souffrance psychique. Cette crainte génère aussi des formes de stigmatisation.

Un professionnel : « Il y a une réalité qui a été constatée : les professionnels, même si ça tend à s'améliorer, les professionnels libéraux : il y a une résistance existante, avec un effet sur la patientèle, très clairement, cette population-là. Ça demande des aménagements spécifiques. Pas toujours forcément encore possibles, aussi, je reviens sur la démographie médicale. Elle n'est pas... Ce n'est pas que sur la psychiatrie qu'elle n'est pas en forme, c'est sur d'autres champs et, un professionnel en libéral, il doit gérer aussi sa patientèle. Il y a un effet délétère, souvent exagéré, malheureusement, de cette population. C'est une question : un patient psy au milieu de ma salle d'attente, qu'est-ce que ça va donner ? est-ce que ça va faire fuir tous mes autres patients ? Est-ce que je vais savoir-faire ? »

L'insertion professionnelle des personnes en souffrance psychique est également à améliorer. Des dispositifs existent pourtant sur le territoire, reconnus pour leurs effets bénéfiques, mais ceux-ci sont insuffisants : le travail à effectuer pour déconstruire les stéréotypes, pour créer des passerelles entre le milieu ordinaire et le milieu protégé est chronophage. Des résistances demeurent dans chacun



de ces champs. Professionnels et institutionnels ont des représentations arrêtées des usagers qu'ils rencontrent habituellement dans le cadre de leur domaine d'intervention, et peinent à concevoir des modalités d'accompagnement adaptées aux particularités des pathologies mentales. Les acteurs rencontrés regrettent que les champs de compétences soient encore trop cloisonnés entre les professionnels du sanitaire et du médico-social, intervenant auprès de personnes en souffrance psychique. Le manque de dialogue et les luttes pour défendre les territoires comme les routines d'exercice entravent la fluidité des parcours des patients ayant besoin d'un accompagnement global.

Un professionnel : « Pôle emploi, c'est une muraille, moi je n'arrive pas à accéder, on n'a aucun contact, c'est compliqué, la Mission locale c'est à développer, enfin, il y a des choses, à développer, mais on tend vers ça. Je travaille beaucoup avec les ESAT aussi, parce que... Malheureusement, les patients sont souvent entre deux, en fait. Le milieu ordinaire, c'est compliqué, et en même temps, le milieu protégé, ce n'est pas toujours... on n'est pas dans le champ de la déficience intellectuelle, donc, intellectuellement, ils sont parfois un peu au-dessus, et ils s'ennuient un peu, ou c'est trop stigmatisant pour eux d'aller en ESAT, dans un ESAT classique. Du coup, on travaille quand même bien avec les établissements, mais ça mériterait d'être un peu formalisé, du coup. »

Un professionnel : « Par rapport aux stages ESAT, nous avant, on avait des professionnels qui sont allés travailler là-bas, donc on avait des bons liens avec certains établissements, on conventionnait directement avec eux, donc organiser des stages et même aménager des stages, pour un patient, quinze jours, des fois, c'est beaucoup trop court, quand il vient une demi-journée dans la semaine : il pouvait allonger. Maintenant, donc pour uniformiser, on passe par la MDA, du coup on fait des listes à la MDA, donc c'est plus équitable, mais par contre, ça ne correspond pas à nos patients, en fait. Les délais sont longs, donc maintenir la motivation de nos patients, quand on arrive à avoir un projet professionnel, c'est compliqué. »

Un professionnel : « Mais de même qu'un patient hospitalisé, alors on attend des fois, un peu, pour organiser la sortie, on attend qu'il soit stabilisé, au moment où il est stabilisé, on se dit : ah, bah, on peut mettre en place, je ne sais pas, un SAMSAH, par exemple, ah, ben on repart pour six mois [d'attente]. Le patient il a le temps de, de nouveau être mal. Et au moment où le SAMSAH est ok pour intervenir, on dit : ah ben non, là, ça va plus, on va le garder encore un peu. »

Au-delà de l'emploi, l'insertion d'une manière générale s'avère lacunaire pour les personnes souffrant de pathologies mentales. Les professionnels rencontrés constatent que ces dernières se heurtent à ce défaut de connaissance des acteurs dans tous les domaines de la vie quotidienne. Elles rencontrent notamment des difficultés pour trouver un logement, un emploi, et pour accéder aux soins et aux aides sociales auxquelles elles ont droit.

Un professionnel : « C'est toujours un public qui fait peur ; le

foyer c'est pas forcément adapté, en même temps le domicile ça tient pas, les Aides ménagères, pour les patients psy, jusqu'à maintenant, c'était peu pris en charge, ça l'est un tout petit peu, donc c'est toujours un public qui est entre deux et effectivement, les acteurs sur place sont pas forcément formés, et nous, les équipes médicales avec lesquelles ça marche très bien, c'est parce que c'est des professionnels qui sont passés par la psy avant et qu'ils maîtrisent un petit peu plus... »

Il est donc urgent de conduire des campagnes d'information et de sensibilisation sur la santé mentale, la variété des troubles et des pathologies, leurs causes, leur prévalence, les professionnels et professionnelles à consulter, les traitements possibles. Ces campagnes permettraient d'assurer une connaissance générale et non stigmatisante, mais aussi ciblées vers des publics particuliers, dans leurs lieux de vie, à l'école et au travail, en partenariat avec les organisations professionnelles et les acteurs et actrices de la santé.

À noter toutefois qu'un changement de paradigme est observé concernant la prise en compte de la douleur : la connaissance de ses manifestations différentes chez les personnes souffrant de TSA s'est approfondie dans différents champs. Cependant, le travail à effectuer pour faire évoluer les parcours et les modalités d'accueil des usagers est encore insuffisant : trop de souffrances somatiques sont encore interprétées par des professionnels du social comme l'expression des troubles comportementaux. Cette méconnaissance peut retarder l'entrée dans un parcours de soins parfois urgent (pour les douleurs dentaires et gynécologiques, notamment). Réciproquement, les professionnels de santé dédiés au traitement des soins somatiques se trouvent souvent en difficulté pour communiquer avec les personnes souffrant de pathologies mentales. Pourtant, cette problématique devient plus cruciale à mesure que le vieillissement démographique entraîne une augmentation des comorbidités. Par exemple, les services hospitaliers dédiés au traitement des cancers accueillent dès à présent des personnes atteintes de TSA, avec qui il faut apprendre à communiquer différemment pour optimiser les soins. Une fois de plus, il faut envisager davantage de passerelles entre les domaines les professionnels du sanitaire et du médico-social.

Amélioration des coordinations en santé mentale

L'instauration de nouveaux partenariats, fondés sur les principes de « l'aller vers », associant la psychiatrie de secteur aux structures des champs sanitaires, sociaux et médico-sociaux est reconnue comme susceptible de favoriser le repérage et l'entrée dans un parcours de soins coordonné. Les acteurs rencontrés soulignent l'importance d'une synergie entre les soins et l'accompagnement, qui supposerait d'inclure dans la coordination globale des acteurs de la santé psychique, somatique et de l'accompagnement social (insertion professionnelle, formation, logement...). La réponse pour améliorer la couverture de l'ensemble du territoire, doit se décliner par des modalités de coordination

de proximité.

Dans la filière gériatrique, une meilleure détection et prise en charge des pathologies somatiques chez les patientes et patients âgés atteints de troubles psychiatriques et des dispositifs spécifiques sont nécessaires. Des efforts sont mentionnés par les acteurs rencontrés. A Chartres, une équipe de gérontologie d'appui et de liaison intervient par exemple dans les différents services du Centre hospitalier. Cela se fait sur demande des médecins, et en premier lieu au service d'accueil des urgences, où elle conseille les équipes sur l'orientation des patients fragilisés.

Un professionnel : « Il y a l'équipe EGAL, (...) qui sont dans cette démarche-là, où eux aussi interviennent sur la gérontologie, mais, bien souvent, des personnes âgées, qui présentaient des troubles psy avant d'être considérées personnes âgées et il y a ceux qui les déclarent au décours de l'âge, et donc du coup, pour eux, c'est vrai qu'aussi, ils souhaitent investir ce champ-là, ou en tout cas, pouvoir être là aussi pour donner leur point de vue sur la pathologie psychiatrique, psychique, avant l'état d'âge et ce qui se passe après, parce qu'on avance dans l'âge et qu'on a des démences, des troubles qui apparaissent par la suite. »

Tous reconnaissent que cette culture de la coordination à différentes échelles n'est pas développée spontanément, et qu'elle nécessite au contraire des formations croisées pour faciliter le travail en réseau. Les initiatives déployées dans ce sens sont intéressantes, mais elles sont chronophages, sans compter le temps nécessaire pour se rendre visibles auprès des partenaires concernés et des institutions. Un professionnel évoque par exemple le travail de l'équipe EGAL comme modèle de dispositif pouvant permettre d'améliorer la coordination entre différents champs. Ce modèle est appelé à se développer :

« C'est essentiellement, pour l'instant, basé sur ce système de partenariat avec les centres hospitaliers, mais leur objectif, après, c'est en effet d'investir la partie ambulatoire. Mais il y a beaucoup de choses intéressantes qui se mettent en place, tout le monde se met en place quasiment en même temps, donc on ne se laisse pas le temps, finalement, d'être suffisamment opérationnel... »

Il conviendrait d'associer des professionnels des troubles psychiques dans les lieux ou communautés d'exercice pluriprofessionnel (Communautés professionnelles territoriales de santé, Maisons de santé pluriprofessionnelles, Centres de santé...) pour améliorer l'articulation des prises en charge. Dans la même perspective, les acteurs s'accordent sur la nécessité d'améliorer la réponse ambulatoire aux problèmes de santé mentale, en particulier pour faire face aux problématiques corrélées au vieillissement des populations.

Un professionnel : « Sur la partie ambulatoire, on voit bien comment... Les services d'aide à domicile sont là vraiment au quotidien mais ils ne sont pas armés, pas sensibilisés et je crois

que ça fait partie d'un des leviers, vraiment pouvoir sensibiliser et avoir des professionnels ressources ou référents, ou, en tout cas qui sont armés, parce que, les Ehpad, même si on en construit plusieurs, on en met à disposition un autre, ça ne suffira pas à répondre à la demande. Et il faut vraiment investir cette partie ambulatoire, permettre à ces acteurs de ville de pouvoir être là pour encadrer ces patients, ces familles et leur donner surtout les moyens de le faire. »

Les limites envisagées

Le premier frein évoqué par les acteurs, en matière de développement de la culture de la coordination et d'articulation entre les différents secteurs, est le manque de moyens financiers et humains alloués. Pour que l'offre en ambulatoire et la démarche d'« aller vers » se déploie correctement sur le territoire, le renforcement des fonctions d'appui de ces dispositifs est pourtant nécessaire, afin d'améliorer l'efficacité du travail en réseau.

« Actuellement, énormément de projets qui sont validés par nos tutelles sont sans fonction support. »

« Je prends le médico-social et le sanitaire, effectivement on se rapproche, heureusement. Mais avant le Covid, le médico-social était déjà dans la transformation de l'offre médico-sociale et l'inclusion à moyens constants. Moyens constants, ça crée des situations où, effectivement, vous êtes en crise avec trois aides-soignantes de nuit et peut-être une infirmière, si vous avez un peu de chance, il y a plein d'absences, et vous avez une personne en crise qui va réveiller tout le monde et qui va mettre à mal toute la structure, et effectivement, vous appelez les pompiers, parce que vous avez plus d'autre solution, et vous n'avez pas de quoi accompagner la personne. Vous l'emmenez aux Urgences sans accompagnement, parce que vous ne pouvez pas laisser les dix autres résidents sans prise en charge. On arrive à ce genre de choses. Si on transforme l'offre et on fait de l'aller vers, on sort etc., mais on tire sur la corde. »

L'autre problème évoqué est l'empilement des dispositifs de coordination impulsés par différentes instances. De ce fait, ces dispositifs ne sont pas rendus très visibles, les messages envoyés aux acteurs et aux usagers se brouillent, et l'ensemble devient inefficace.

Un professionnel : « On additionne, finalement, et la machine ne marche pas non plus et là aussi, on a une perte de qualité pour la coordination de ces dispositifs-là et des équipes qui s'épuisent. »

Un professionnel : « Il faut déjà que les instances se coordonnent entre elles, avant même d'aller sur les terrains. C'est les instances, vraiment : ARS, département, Com', je ne sais pas, enfin, les acteurs locaux du territoire, qu'ils aient une feuille de route commune. »

Ces dispositifs ont besoin d'être institutionnalisés, soutenus sur un long terme pour pouvoir produire des effets. Pour l'heure, le turn-over dans les collectivités territoriales et les



instances administratives nuit à la consolidation des actions en coordination.

Un professionnel : « Les plans d'aide qui avaient été déjà mis en place. Et il y a aussi des changements sur le conseil départemental, avec des personnes qui partent, des personnes qui reviennent, donc les interlocuteurs, c'est plus les mêmes. Donc c'est vrai qu'avant, c'était intéressant d'avoir les mêmes interlocuteurs, parce que des fois ça allait un peu plus vite. C'est très compliqué pour tous les secteurs qui sont en lien avec la MDA. »

La définition des périmètres d'intervention pour les dispositifs de coordination ou de déploiement d'acteurs en capacité d'apporter des solutions alternatives dans les prises en charge ambulatoire est une autre source de problèmes. Cette définition est liée aux découpages administratifs, géographiques et politiques du territoire. Faut de disposer de moyens suffisants, l'efficacité des dispositifs s'en trouve compromise :

Un professionnel : « Effectivement, il y a un facteur de frein géographique pur et simple, les unités mobiles qui ont émergé sont quand même sur des volumes de personnel restreints. Pratico pratique, moi je vois l'unité mobile côté pédopsychiatrie, alors finalement, on est sur des répartitions par bassins, on récupère moitié, effectivement, du territoire : c'est difficile d'acter plus de deux déplacements dans une journée. La téléportation n'existe toujours pas ! »

Les freins se trouvent aussi corrélés aux champs de compétence des acteurs professionnels. Le manque de formation les empêche parfois de s'insérer dans des dispositifs de coordination et de coopération. Le partage de bonnes pratiques ne se décrète et ne s'impulse pas à l'échelle territoriale uniquement par la bonne volonté d'une poignée d'individus. Le développement de cette culture professionnelle suppose que les carrières soient aussi pensées autrement, en amont au moment de la formation initiale, et en aval au détour de formations continues.

Un professionnel : « On peut faire du transfert de compétences, de l'autonomisation... A un moment, un agent de terrain, il n'a pas forcément toujours la volonté de développer de la pratique avancée, de développer des compétences managériales, ou autre, hein. »

Un professionnel : « C'est un choix de carrière et formatif, puis ça demande un peu un DE, hein, parce qu'il y a aussi des initiatives que j'ai pu entendre, pour pouvoir laisser des marges de manœuvre plus grandes pour des infirmiers de terrain, le DE, c'est quelque chose qui est quand même légiféré, avec un diplôme spécifique. Et là, il n'est pas là. »

C'est toute l'architecture des formations, des référentiels de bonnes pratiques et des modalités d'interventions des professionnels qui demande à être revue, finalement :

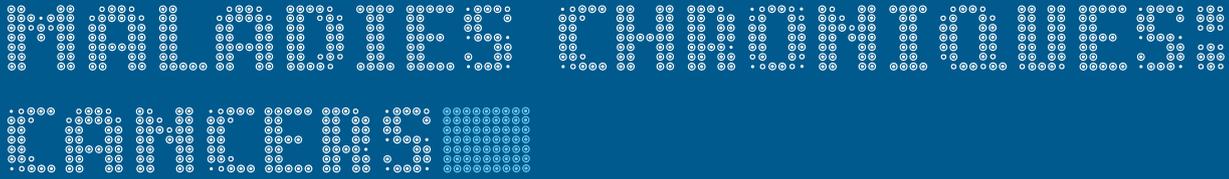
« Au-delà même du volet formatif, ça c'est un premier niveau, c'est bien, mais derrière, avoir cette communauté de pratiques inter-institutions, un référentiel commun formatif, avec, voilà, on utilise la même... parce que, bon, on est très spécialisé pour jargonner et pas se comprendre si on le souhaite. Mais à partir du moment où on a un référentiel commun et on peut se rencontrer et travailler régulièrement dans une communauté de pratiques identifiées, ça fluidifie immédiatement. »

À cette fin, les acteurs rencontrés envisagent que l'apport des instruments de l'action publique tels que les contrats locaux de santé ou les conseils locaux de santé mentale est fondamental :

« Notre établissement est dans une démarche de labellisation pour la réhabilitation psychosociale et on forme progressivement nos professionnels. C'est multidimensionnel, tout cela est assez transversal, mais c'est vrai qu'on aurait besoin d'un CLS, CLSM, qui serait un peu le lieu où il y aurait tous les professionnels qui interviennent, que ce soit Pôle emploi, l'éducation, bailleurs sociaux, et qu'on parle de cas concrets. »

Mais tous les acteurs rencontrés reconnaissent que, si cette démarche est consommatrice en temps et en moyens, parce qu'elle suppose de repenser le fonctionnement du système de santé, elle est aussi, à terme, une source d'économies pour la société, et permet de prévenir ou de retarder le développement de pathologies chroniques.

« Cette pratique est consommatrice, clairement extrêmement consommatrice de moyens, mais aussi sur un volet préventif et les moyens qui seront engagés derrière, c'est identifié que c'est très efficace, que ça permet de maintenir les personnes à domicile dans de meilleures conditions, etc. »



Mortalité par cancers

Sur la période 2008-2016, le cancer est la première cause de décès aux échelles nationale, régionale et départementale ainsi que sur le territoire d'étude (28,1 % en France hexagonale, 28,2 % en région Centre-Val de Loire, 28,7 % en Eure-et-Loir et 29,1 % dans le Pays de Dreux). Au sein de ce dernier territoire, cela représente en moyenne 280 décès par an. A structure d'âge égale, le nombre de décès par cancer sur le territoire étudié est de 253,9 pour 100 000 habitants, soit un taux supérieur à ceux du département (234,1), de la région (229,4) et de la France hexagonale (222,1). Sur la ville de Dreux, le taux standardisé de mortalité par cancers est de 270,1, soit un taux significativement supérieur au département, à la région et au niveau national. Sur la ville de Vernouillet, le taux standardisé de mortalité par cancers est de 237,6, soit un taux non significativement différent au département, à la région et au niveau national. Sur l'Agglo du Pays de Dreux (hors Dreux et Vernouillet), le taux est de 250,8, soit un taux supérieur au département, à la région et à la France hexagonale. Le même constat est relevé chez les femmes et chez les hommes avec des taux supérieurs dans la CA par rapport aux territoires pris en référence.

Les cancers des voies respiratoires (trachée, bronches et poumon) sont la première cause de décès par cancer sur le territoire étudié avec une moyenne de 57 décès par an représentant 20,2 % de la mortalité par tumeur maligne et 5,9 % du total des décès. Après standardisation par âge, cela représente 50,7 décès pour 100 000 habitants, ce qui est statistiquement supérieur aux taux du département (44,5), de la région (44,0) et de la France hexagonale (44,5).

Sur la période 2008-2016, les tumeurs colorectales représentent la seconde catégorie de cancer la plus meurtrière sur le territoire avec, en moyenne, près de 34 décès par an. Ils représentent 12,0 % des décès par cancer et 3,5 % de l'ensemble des décès. A structure d'âge égale, cela représente 30,1 décès pour 100 000 habitants, soit un taux supérieur à ceux du département (26,5), de la région (25,5) et de la France hexagonale (24,2).

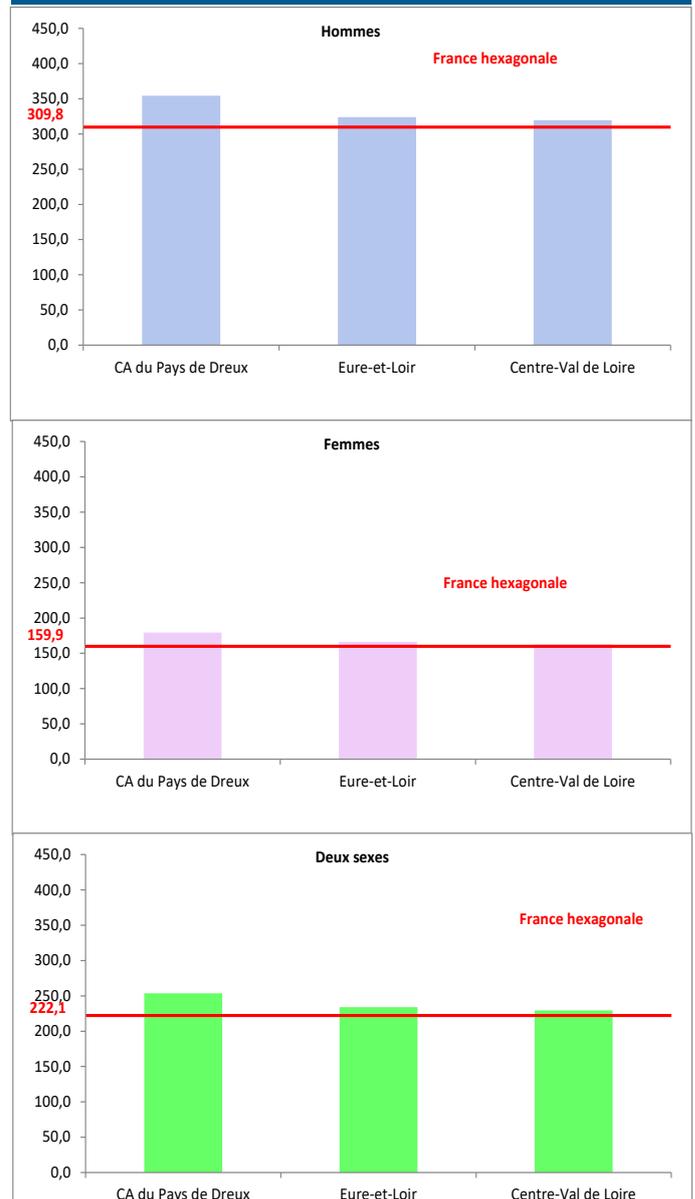
Le cancer du sein constitue la première cause de mortalité par néoplasie chez les femmes du territoire avant les cancers colorectaux. Leur part équivaut à 4,3 % des décès féminins et à 18,0 % des cancers mortels chez la femme. Entre 2008 et 2016, 20 femmes par an, en moyenne, en sont décédées, ce qui correspond, après standardisation, à 31,9 décès pour 100 000 femmes. Ce taux est comparable à ceux observés dans le département (32,5), la région (31,3) et au niveau national (30,0).

Les néoplasies prostatiques sont la 3^{ème} cause de mortalité par cancer chez les hommes (après les cancers des voies respiratoires puis du cancer du côlon-rectum) au sein

du Pays de Dreux. Elles sont responsables de 18 décès annuels en moyenne sur la période considérée. Rapporté à la population de référence, cela correspond à 45,0 décès pour 100 000 hommes, ce qui est supérieur aux taux départemental (38,1), régional (37,9) et national (32,7).

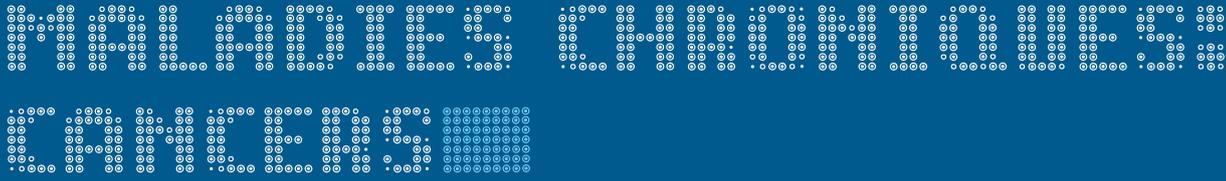
S'agissant de la mortalité prématurée, le taux sur le territoire est de 83,9 décès pour 100 000 de moins de 65 ans, un taux comparable à ceux du département (79,8) et de la région (78,1) mais supérieur à celui de la France hexagonale (74,6).

TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ PAR CANCERS (2008-2016)



SOURCES : INSERM CÉPIDC, INSEE
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

RÉFÉRENCE FRANCE HEXAGONALE (RP 2006)
TAUX POUR 100 000 HABITANTS



Admissions en affection de longue durée (ALD)

Entre 2017 et 2019, 15 339 nouvelles admissions en ALD par an pour tumeurs malignes ont, en moyenne, été recensées en région Centre-Val de Loire. Au total, en 2017, 102 049 résidents de la région sont pris en charge au titre d'une ALD cancer.

Au sein du territoire, cela représente en moyenne 602 nouvelles admissions pour cancer par an (329 pour les hommes et 273 pour les femmes), soit 21,6 % du total des nouvelles ALD. Au total en 2017, 4 153 personnes du Pays de Dreux sont prises en charge en ALD pour cancer.

Après standardisation sur l'âge, le taux de nouvelles admissions en ALD pour cancer est de 520,3 pour 100 000 habitants dans le Pays de Dreux. Ce taux est comparable aux taux retrouvés aux niveaux du département (505,6), de la région (515,3) et de la France hexagonale (530,9).

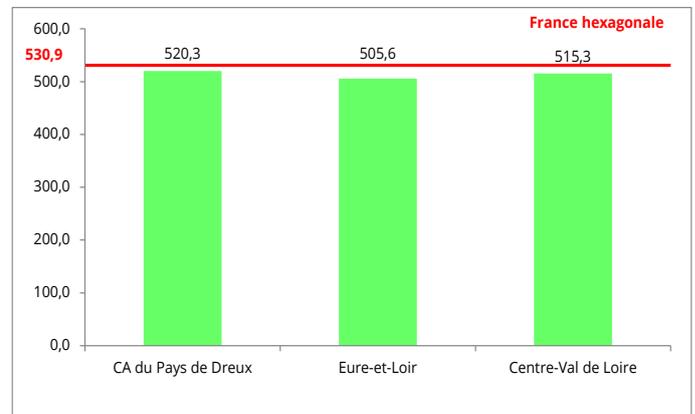
Le cancer de la prostate est le principal motif d'admission en ALD pour cancer chez les hommes, avec 81 nouvelles admissions en ALD en moyenne par an sur la période 2017-2019. Le taux standardisé de nouvelles admissions en ALD pour cancer de la prostate, de 152,8 pour 100 000 hommes sur le territoire étudié, est comparable aux taux observés en Eure-et-Loir (163,1), en Centre-Val de Loire (152,2) et en France hexagonale (152,8).

Avec en moyenne 97 nouvelles admissions par an, le cancer du sein occupe le premier rang en termes d'admissions ALD pour cancer chez les femmes dans l'Agglo du Pays de Dreux. Le taux comparatif pour ce territoire est de 155,2 nouvelles admissions en ALD cancer du sein pour 100 000 femmes, soit un taux comparable à ceux du département (158,7) et de la région (169,8) mais inférieur à celui de la France hexagonale (179,3).

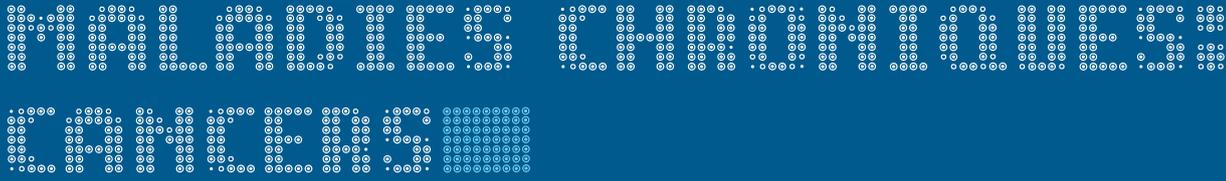
Le cancer colorectal est le troisième motif d'admission pour cancer dans le territoire après le cancer du sein et de la prostate. Il représente 69 nouvelles admissions en ALD par an en moyenne sur le territoire d'étude. Cela représente, après standardisation, un taux de 60,3 pour 100 000 habitants, soit un taux comparable à ceux du département (55,5), de la région (54,5) et de la France hexagonale (54,5).

Le cancer de la trachée, des bronches et du poumon a été responsable de 57 nouvelles admissions en ALD en moyenne par an. Après standardisation sur l'âge, cela représente 48,7 admissions pour 100 000 habitants, taux comparable à ceux de la région (44,2) et de la France hexagonale (45,1) mais supérieur au taux de l'Eure-et-Loir (40,9).

TAUX COMPARATIF D'ADMISSIONS EN ALD POUR CANCERS [2017-2019]



SOURCES : CNAMTS, CCMSA, RSI, INSEE
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
RÉFÉRENCE FRANCE HEXAGONALE (RP 2006)
TAUX POUR 100 000 HABITANTS



Patients hospitalisés

Entre 2017 et 2019, 28 948 patients de la région ont été hospitalisés, en moyenne, par an, pour une tumeur maligne. Au sein du département et du Pays de Dreux, on dénombre respectivement 4 646 et 1 003 patients hospitalisés, en moyenne, par an. Cela représente, après standardisation par l'âge, un taux comparatif de 1 000,7 patients hospitalisés pour 100 000 habitants pour la CA, soit un taux supérieur à celui retrouvé dans l'Eure-et-Loir (940,8) et la région (928,2) mais comparable à celui de la France hexagonale (991,9).

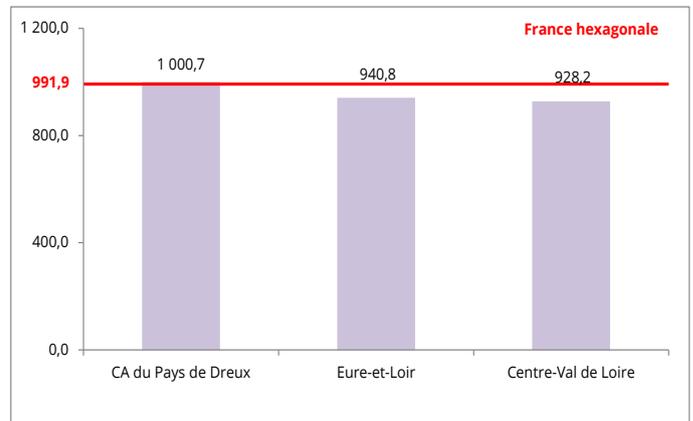
Les hospitalisations pour cancer du sein concernent 96 patientes hospitalisées pour cette cause, par an, au sein de l'Agglo du Pays de Dreux. Le taux standardisé du territoire est de 192,5 patientes hospitalisées pour cette cause pour 100 000 habitantes, soit un taux significativement inférieur aux taux départemental (198,4), régional et national (respectivement 204,0 et 205,2).

Les hospitalisations pour cancer de la prostate représentent, en moyenne, 63 patients hospitalisés par an sur le territoire. Le taux de recours à l'hospitalisation est également inférieur aux niveaux départemental, régional et national (116,7 pour 100 000 hommes de l'Agglo du Pays de Dreux contre 162,6 pour l'Eure-et-Loir, 136,6 pour la région Centre-Val de Loire et 140,1 pour la France hexagonale).

Le cancer du côlon-rectum représente, en moyenne, 119 patients de la CA hospitalisés chaque année entre 2017 et 2019. Le taux standardisé du territoire est inférieur est de 119,3 patients hospitalisés pour 100 000 habitants, soit un taux comparable à celui du département (110,6) mais significativement supérieur à ceux de la région (102,8) et de la France hexagonale (99,3).

Le cancer du poumon, quant à lui, compte en moyenne 73 patients du Pays de Dreux hospitalisés par an pour cette cause. Le taux standardisé des habitants du territoire pour cancer du poumon (70,5 pour 100 000 habitants) est significativement supérieur à celui de l'Eure-et-Loir (56,9) et comparable à la région (65,4) et à la France hexagonale (73,7).

TAUX COMPARATIF DE PATIENTS HOSPITALISÉS POUR TUMEURS MALIGNES (2017-2019)



SOURCES : ATIH (PMSI MCO 2017-2019), INSEE (RP 2017)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
POPULATION DE RÉFÉRENCE : FRANCE HEXAGONALE (RP 2017)
TAUX POUR 100 000 HABITANTS

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 2018-2019, 9 319 femmes de l'Agglo du Pays de Dreux âgées de 50 à 74 ans ont participé au dépistage organisé du cancer du sein, soit un taux de participation de 57,9 %. Le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein sur le territoire est proche de celui de l'Eure-et-Loir (58,2 %), légèrement inférieur à celui de la région Centre-Val de Loire (59,5 %) et supérieur à celui de la France hexagonale (52,0 %).

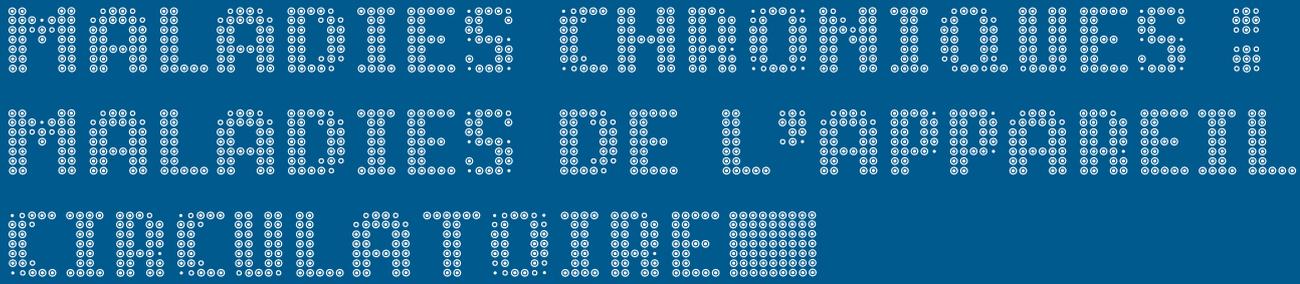
Le dépistage organisé du cancer colorectal est destiné aux personnes âgées de 50 à 74 ans, invitées tous les deux ans à réaliser un test de présence de sang dans les selles (test immunologique depuis le printemps 2015, test Hemoccult auparavant).

Au cours de la période 2018-2019, 8 547 habitants de l'Agglo du Pays de Dreux y ont participé, équivalant à un taux de participation de 25,2 %. Le taux est inférieur à celui observé dans le département (27,9 %), en région Centre-Val de Loire (29,4 %) mais légèrement supérieur à celui observé en France hexagonale (24,4 %).

TAUX DE PARTICIPATION AU DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN ET DU CANCER COLORECTAL (2018-2019)

	Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein (%)	Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal (%)
Agglo du Pays de Dreux	57,9	25,2
Eure-et-Loir	58,2	27,9
Centre-Val de Loire	59,5	29,4
France hexagonale	52,0	24,4

SOURCE : SNDS - DCIR/DCIRS
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE



Mortalité par maladies cardiovasculaires

Le pourcentage de décès liés à une pathologie cardiovasculaire au sein de l'Agglo du Pays de Dreux (23,8 %) est inférieur à ceux de l'Eure-et-Loir (25,4 %), de la région Centre-Val de Loire (26,0 %) et de la France hexagonale (25,6 %). Cela représente, en moyenne, 228 décès par an sur la période 2008-2016 dans la CA. Après standardisation, le taux de décès s'élève à 203,2 pour 100 000 habitants. Ce chiffre est supérieur aux taux observés dans le département (191,5), de la région (188,6) ou au niveau national (189,2). Sur la ville de Dreux, le taux standardisé de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire est de 211,9, soit un taux significativement supérieur au département, la région et au niveau national. Sur la ville de Vernouillet, le taux standardisé de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire est de 207,4, soit un taux comparable au département, la région et au niveau national. Sur l'Agglo du Pays de Dreux (hors Dreux et Vernouillet), le taux est de 199,8, soit un taux légèrement supérieur à la région et comparable au département et à la France hexagonale.

Les cardiopathies ischémiques et les maladies neurovasculaires représentent une grande partie des décès liés aux pathologies du système circulatoire (47,3 % de l'ensemble des décès par pathologie de l'appareil circulatoire).

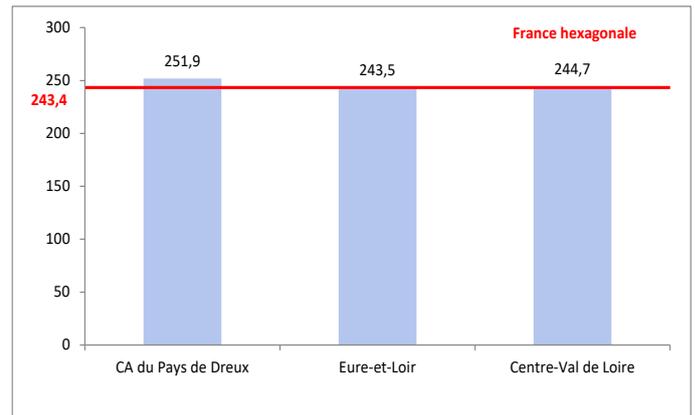
Au cours de la période 2008-2016, les cardiopathies ischémiques représentent en moyenne 58,2 décès annuels sur le territoire (33 pour les hommes et 25 pour les femmes). Le taux observé sur le territoire, de 52,0 pour 100 000 habitants, est comparable à ceux du département (48,4) et de la région (48,3) et légèrement supérieur au taux en France hexagonale (47,1).

Les maladies neurovasculaires représentent, en moyenne, 50 décès par an sur la période étudiée sur le Pays de Dreux (28 pour les femmes et 21 pour les hommes). Après standardisation, le taux pour 100 000 habitants est de 44,3 décès, un taux comparable à ceux des territoires de référence (41,4 pour le département, 43,5 pour la région et 42,6 au niveau national).

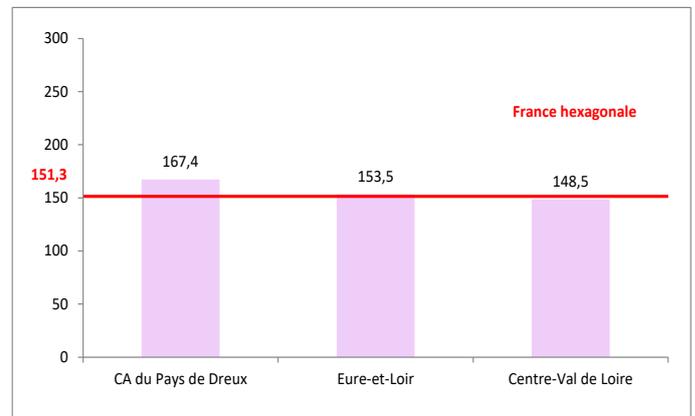
S'agissant de la mortalité prématurée par maladies de l'appareil circulatoire, le taux comparatif de mortalité sur le territoire est de 28,6 décès pour 100 000 habitants, ce qui est supérieur aux taux du département (24,4), de la région (23,6) et de la France hexagonale (23,2).

TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ PAR MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE (2008-2016)

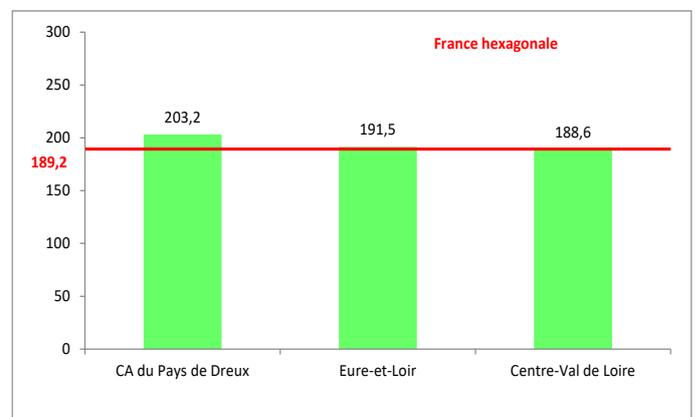
Hommes



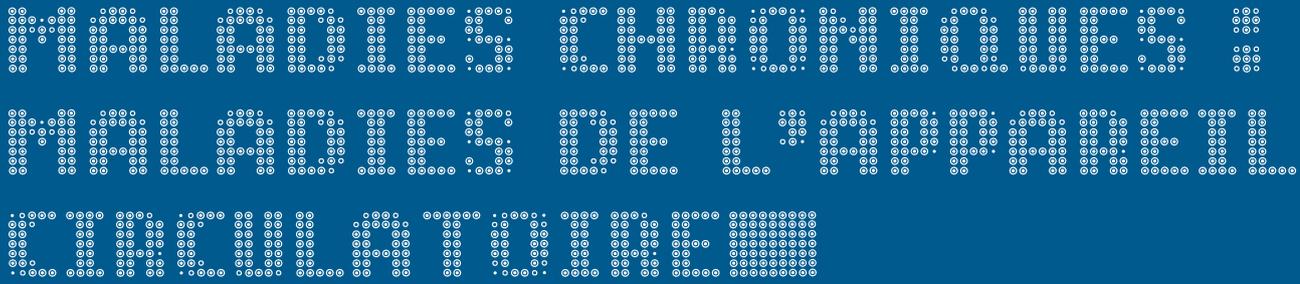
Femmes



Deux sexes



SOURCES : INSERM CÉPIDC, INSEE
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
RÉFÉRENCE FRANCE HEXAGONALE (RP 2006)
TAUX POUR 100 000 HABITANTS



Admissions en affection de longue durée (ALD)

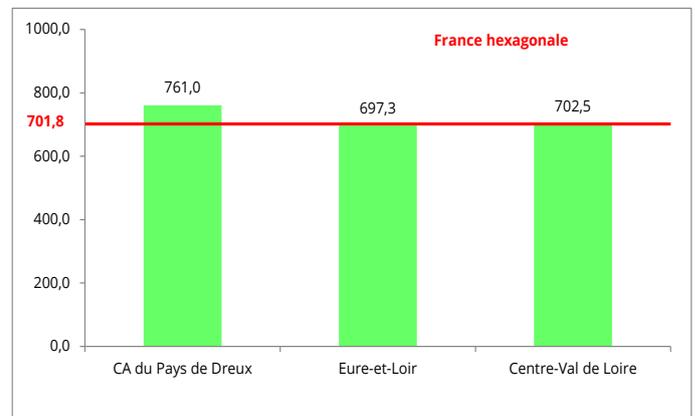
En 2019, 7 068 résidents de l'Agglo du Pays de Dreux sont en ALD pour des maladies cardiovasculaires.

Au cours de la période 2017-2019, 21 984 nouvelles admissions en ALD maladies cardiovasculaires par an en moyenne ont été recensées dans la région Centre-Val de Loire. Au sein du Pays de Dreux, elles représentent 890 nouvelles admissions en ALD pour ces pathologies par an (526 pour les hommes et 364 pour les femmes)

Sur le territoire, le taux standardisé des nouvelles admissions en ALD pour ces pathologies est de 761,0 admissions pour 100 000 habitants, soit un taux supérieur à ceux des autres territoires de référence (697,3 pour le département, 702,5 pour la région et 701,8 au niveau national). Des différences sont identifiables sur les taux d'admissions en ALD maladies cardiovasculaires tant chez les hommes que chez les femmes. Ainsi, après standardisation, 998,7 hommes pour 100 000 ont été admis en ALD sur le territoire étudié, ce taux étant supérieur aux territoires de référence à l'exception du département où la différence n'est pas significative. Chez les femmes, le taux est de 544,7 femmes pour 100 000 et est également supérieur aux différents territoires de référence.

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, cardiopathies congénitales graves, 12 : hypertension artérielle sévère jusqu'en 2011, date de sa suppression des ALD, 13 : maladies coronaires).

TAUX COMPARATIF D'ADMISSIONS EN ALD POUR MALADIES CARDIOVASCULAIRES (2017-2019)



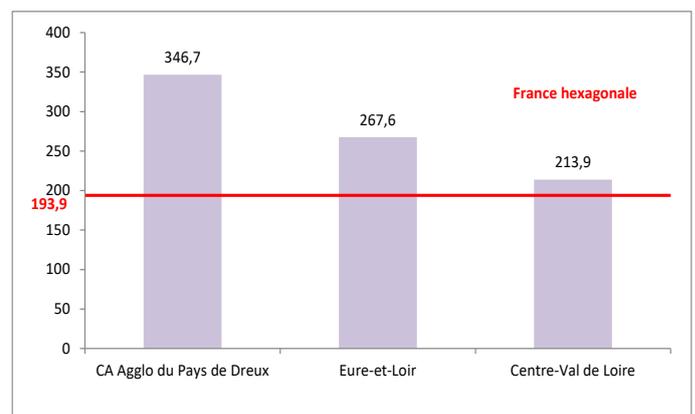
SOURCE : CNA-MTS, CCMSA, RSI, INSEE
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

Patients hospitalisés

Au cours de la période 2017-2019, 345 patients en moyenne ont été hospitalisés pour cardiopathie ischémique, par an, au sein de l'Agglo du Pays de Dreux, 1 328 dans l'Eure-et-Loir, 6 704 en région et 142 220 en France hexagonale.

Cela représente, après standardisation sur l'âge, un taux de 346,7 patients hospitalisés pour 100 000 habitants sur le territoire d'étude, soit un taux supérieur à ceux des territoires de référence (267,6 pour l'Eure-et-Loir, 213,9 pour le Centre-Val de Loire et 193,9 pour la France hexagonale).

TAUX COMPARATIF DE PATIENTS HOSPITALISÉS POUR CARDIOPATHIE ISCHÉMIQUE (2017-2019)



SOURCES : ATIH (PMSI MCO 2017-2019), INSEE (RP 2017)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
TAUX POUR 100 000 HABITANTS

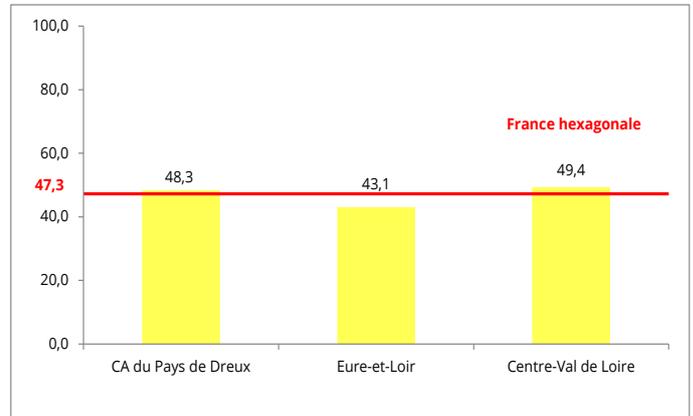


Mortalité imputable au diabète

Le diabète et ses complications ont été, en moyenne, responsables de 53 décès par an sur le territoire (dont 51,5 % d'hommes) sur la période 2008-2016, 214 dans l'Eure-et-Loir, 1 628 en région Centre-Val de Loire et 34 155 en France hexagonale.

Après standardisation, le taux comparatif de mortalité par diabète est de 48,3 décès pour 100 000 habitants, soit un taux supérieur à celui du département (43,1) mais comparable à ceux de la région (49,4) et de la France hexagonale (47,3).

TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ PAR DIABÈTE* [2008-2016]



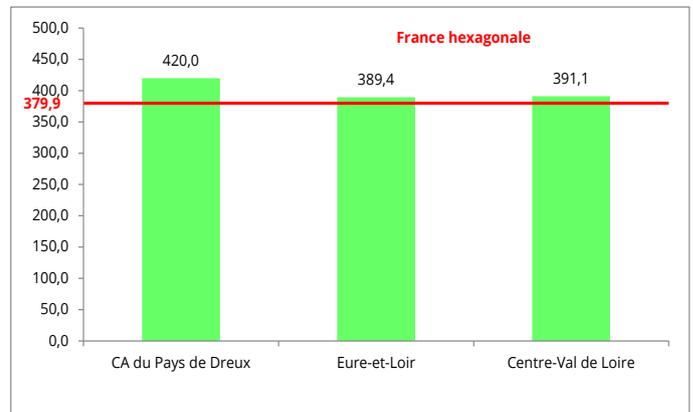
*CAUSES INITIALE, ASSOCIÉES ET COMORBIDITÉ DE DÉCÈS
SOURCES : INSERM CÉPIDC, INSEE
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

Admissions en affection de longue durée (ALD)

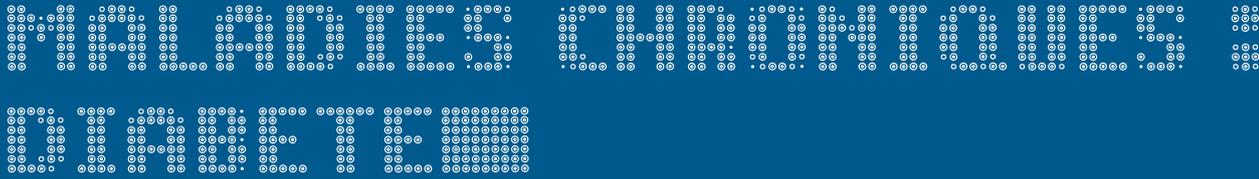
Au total en 2019, 6 224 résidents de l'Agglo du Pays de Dreux sont pris en charge pour un diabète (546 de type 1 et 5 678 de type 2).

Au cours de la période 2017-2019, le diabète est responsable de 488 nouvelles admissions en ALD, par an, sur le territoire (47 de type 1 et 441 de type 2). Après standardisation, cela représente 420,0 nouveaux individus pris en charge pour ALD diabète pour 100 000 habitants, soit un taux supérieur à ceux du département (389,4), de la région (391,1) et de la France hexagonale (379,9). Le taux des hommes de l'Agglo du Pays de Dreux (494,6) est comparable à celui de la région et supérieur à ceux du département et de la France hexagonale. Celui des femmes (352,1) est comparable à celui du département et de la région et supérieur à celui de la France hexagonale.

TAUX COMPARATIF D'ADMISSIONS EN ALD POUR DIABÈTE DE TYPE 1 ET 2 (2017-2019)



SOURCES : CNAMTS, CCMSA, RSI, INSEE
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
RÉFÉRENCE FRANCE HEXAGONALE (RP 2006)
TAUX POUR 100 000 HABITANTS

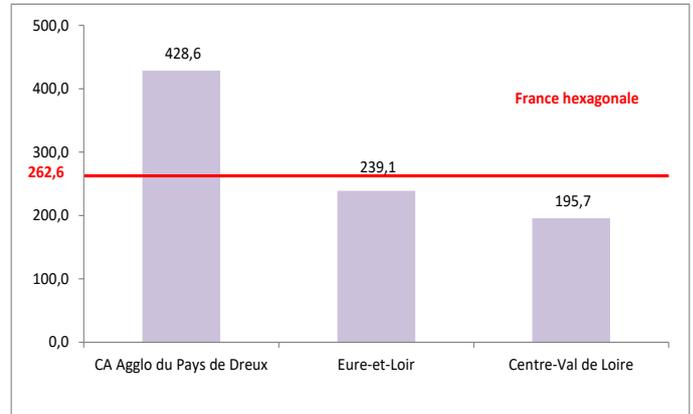


Patients hospitalisés

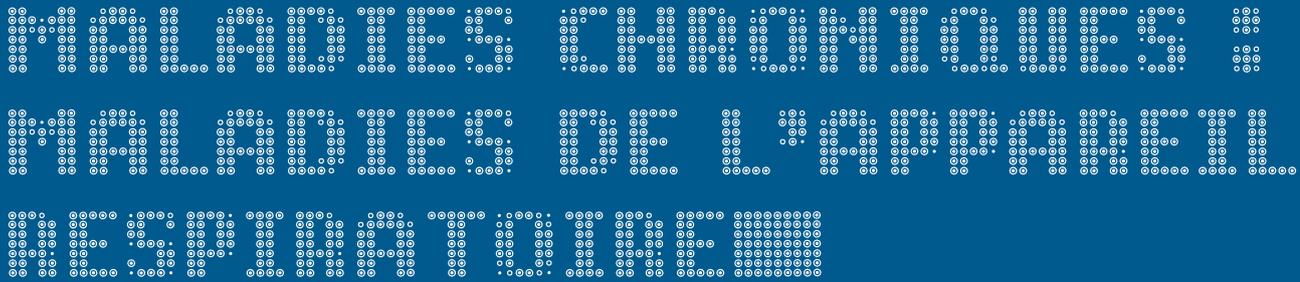
Entre 2017 et 2019, 421 patients du territoire étudié ont été hospitalisés, en moyenne, par an, pour un diabète (1 117 dans l'Eure-et-Loir, 5 591 en Centre-Val de Loire et 182 080 en France hexagonale).

Après standardisation par classes d'âge, le taux est de 428,6 patients hospitalisés pour 100 000 habitants, soit un taux significativement supérieur à celui de l'Eure-et-Loir (239,1), de la région (195,7) et de la France hexagonale (262,6).

TAUX COMPARATIF DE PATIENTS HOSPITALISÉS POUR DIABÈTE (2017-2019)



SOURCES : ATIH (PMSI MCO 2017-2019), INSEE (RP 2017)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
TAUX POUR 100 000 HABITANTS

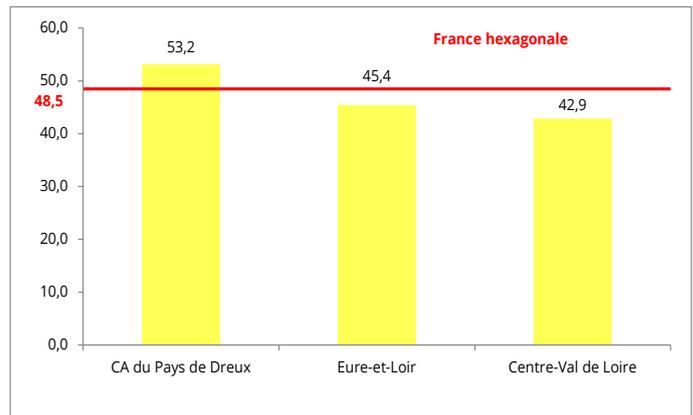


Mortalité par maladies de l'appareil respiratoire

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. Ces pathologies équivalent localement à 59 décès annuels en moyenne sur la période 2008-2016, soit 6,2 % de l'ensemble des décès.

Le taux standardisé de mortalité relevé dans la Pays de Dreux, de 53,2 décès pour 100 000 habitants, est supérieur aux taux de l'Eure-et-Loir (45,4), du Centre-Val de Loire (42,9) et de la France hexagonale (48,5).

TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ PAR MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE (2017-2019)



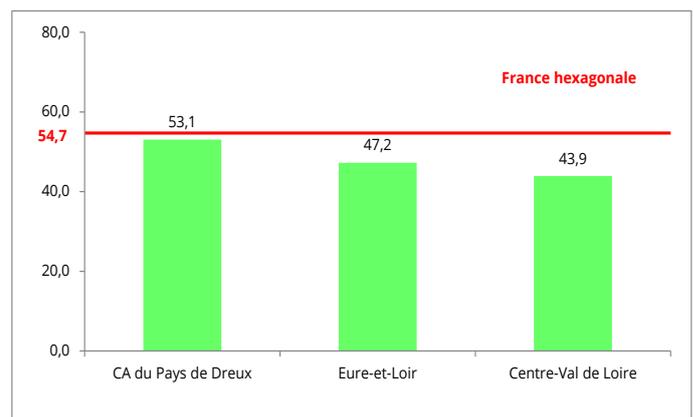
SOURCES : INSERM CÉPIDC, INSEE
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
RÉFÉRENCE FRANCE HEXAGONALE (RP 2006)
TAUX POUR 100 000 HABITANTS

Admissions en affection de longue durée (ALD)

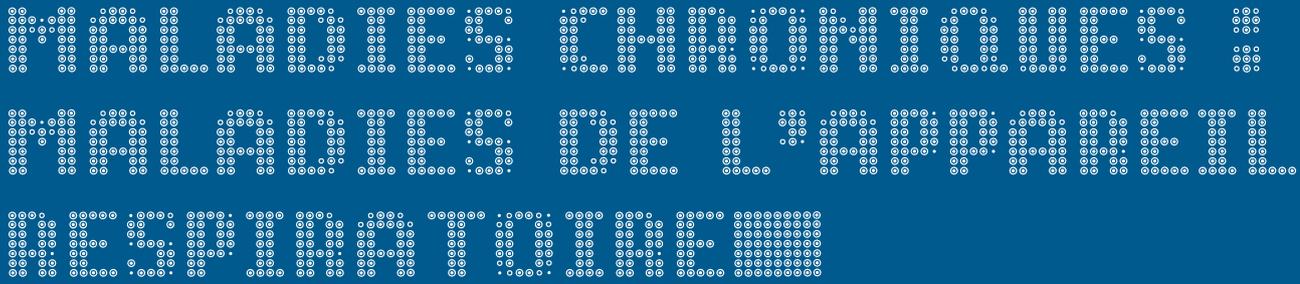
Entre 2017 et 2019, 62 nouvelles admissions en ALD pour insuffisance respiratoire chronique ont été enregistrées en moyenne, par an, dans l'Agglo du Pays de Dreux. Au total, cela représente, en 2019, 961 résidents du territoire pris en charge en ALD pour insuffisance respiratoire grave.

Après standardisation, le taux de nouvelles admissions en ALD pour ces pathologies, sur le territoire, est de 53,1 pour 100 000 habitants, soit un taux comparable aux taux du département (47,2) et de la France hexagonale (54,7) mais supérieur à celui de la région (43,9).

TAUX COMPARATIF D'ADMISSIONS EN ALD POUR INSUFFISANCE RESPIRATOIRE CHRONIQUE GRAVE (2017-2019)



SOURCES : CNAITS, CCMSA, RSI, INSEE
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
RÉFÉRENCE FRANCE HEXAGONALE (RP 2006)
TAUX POUR 100 000 HABITANTS



Asthme et broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)

La BPCO (Broncho-pneumopathie chronique obstructive) 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.

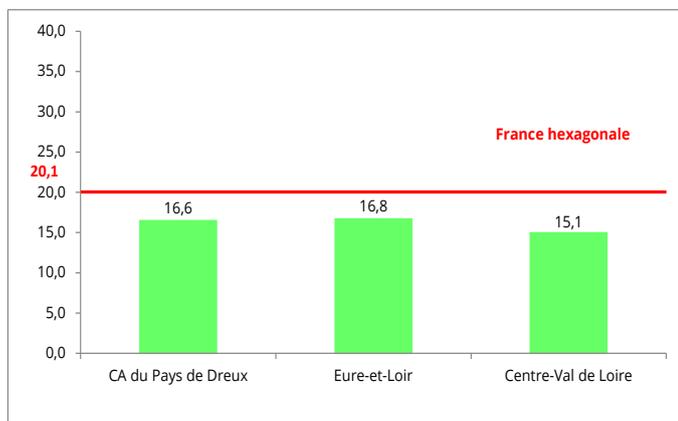
Entre 2017 et 2019, au niveau de l'Agglo du Pays de Dreux, 19 nouvelles admissions en ALD pour BPCO ont été enregistrées en moyenne, par an (11 pour les hommes et 8 pour les femmes).

En éliminant les effets de l'âge, le taux comparatif de nouvelles admissions sur le territoire est de 16,6 pour 100 000 habitants, un taux comparable à ceux du département (16,8), du Centre-Val de Loire (15,1) et de la France hexagonale (20,1).

Pour ce qui est de l'asthme, entre 2017 et 2019, au niveau de l'Agglo du Pays de Dreux, 26 nouvelles admissions en ALD ont été enregistrées en moyenne, par an (15 pour les hommes et 11 pour les femmes).

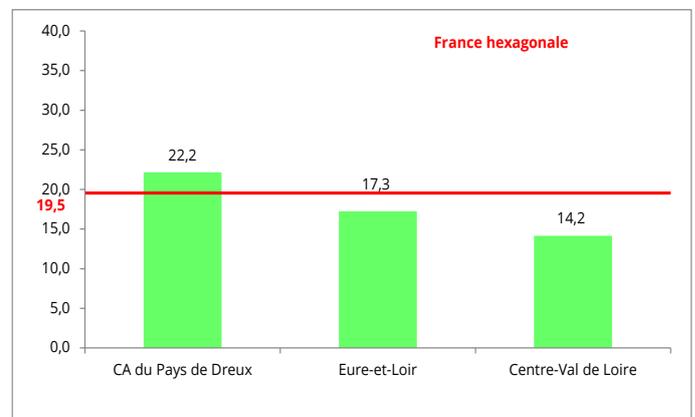
En éliminant les effets de l'âge, le taux comparatif de nouvelles admissions sur le territoire est de 22,2 pour 100 000 habitants, un taux comparable à celui de la France hexagonale (19,5) mais supérieur à ceux du département (14,7) et de la région (14,2).

TAUX COMPARATIF D'ADMISSIONS EN ALD POUR BPCO (2017-2019)

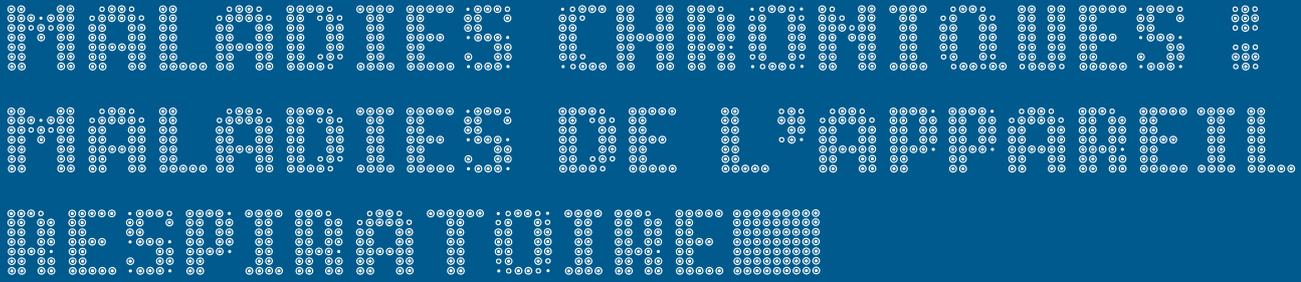


SOURCES : CNAMTS, CCMSA, RSI, INSEE
 EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
 RÉFÉRENCE FRANCE HEXAGONALE (RP 2006)
 TAUX POUR 100 000 HABITANTS

TAUX COMPARATIF D'ADMISSIONS EN ALD POUR ASTHME (2017-2019)



SOURCES : CNAMTS, CCMSA, RSI, INSEE
 EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
 RÉFÉRENCE FRANCE HEXAGONALE (RP 2006)
 TAUX POUR 100 000 HABITANTS

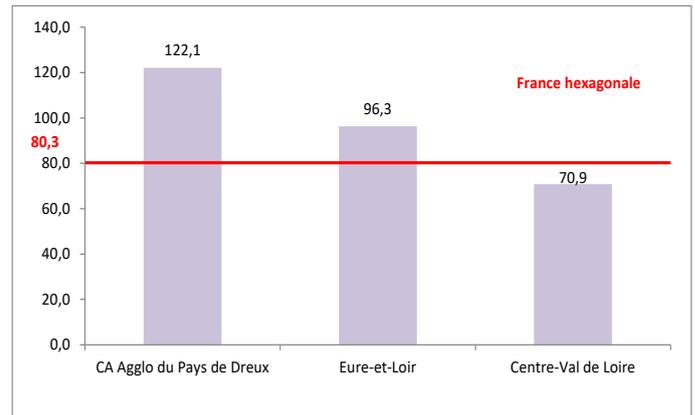


Patients hospitalisés

Entre 2017 et 2019, 1 731 patients hospitalisés pour de l'asthme ont été recensés chaque année dans la région. Dans l'Eure-et-Loir, cela représente 416 personnes hospitalisées par an et 123 sur l'Agglo du Pays de Dreux.

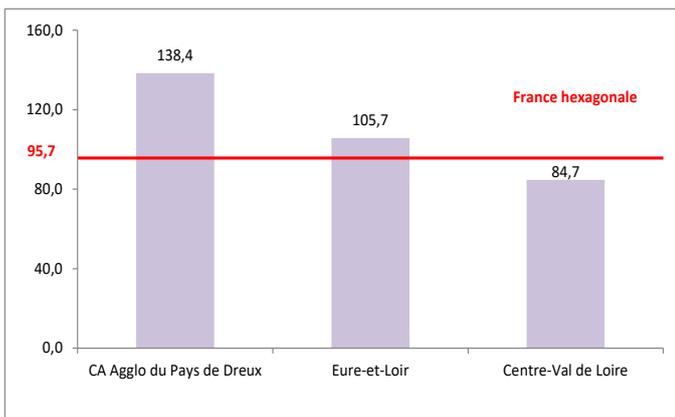
À structure d'âge comparable, le taux est de 122,1 personnes hospitalisées pour 100 000 habitants du territoire d'étude, taux statistiquement supérieur à ceux du département (96,3), du Centre-Val de Loire (70,9) et de la France hexagonale (80,3).

TAUX COMPARATIF DE PATIENTS HOSPITALISÉS POUR ASTHME (2017-2019)



SOURCES : ATIH (PMSI MCO 2017-2019), INSEE (RP 2015)
 EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
 RÉFÉRENCE FRANCE HEXAGONALE (RP 2006)
 TAUX POUR 100 000 HABITANTS

TAUX COMPARATIF DE PATIENTS HOSPITALISÉS POUR BPCO (2017-2019)



SOURCES : ATIH (PMSI MCO 2017-2019), INSEE (RP 2015)
 EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
 TAUX POUR 100 000 HABITANTS

Entre 2017 et 2019, 2 809 patients hospitalisés pour BPCO ont été recensés chaque année dans la région. Dans l'Eure-et-Loir, cela représente 547 personnes hospitalisées par an dont 139 sur la CA.

À structure d'âge comparable, le taux comparatif est de 138,4 personnes hospitalisées pour 100 000 habitants du territoire d'étude, taux statistiquement supérieur à ceux du département (105,7), de la région (84,7) et de la France hexagonale (95,7).



Ressources disponibles sur le territoire

Depuis janvier 2020, appui santé 28 est en charge de la coordination des soins supports en cancérologie, financés en totalité par l'ARS. L'orientation vers les Soins Oncologiques de Support fait suite à l'évaluation d'un besoin par un membre de l'équipe soignante du patient et d'une demande de SOS au DAC 28. L'évaluation des besoins a lieu tout au long du parcours de soin du patient atteint de cancer, y compris en phase de rémission.

Sur accord de prise en charge du DAC 28, et dans ce cadre, le patient pourra bénéficier au plus proche de son domicile :

- pour une demande de soutien psychologique : de 5 consultations au maximum pour le patient et son entourage
- pour une demande de prise en charge diététique : de 3 consultations au maximum
- pour une demande de soins socio-esthétique : de 3 consultations au maximum

Le Centre de Coordination en Cancérologie, institué par la circulaire du 22 février 2005, est une structure à laquelle sont rattachés les établissements de soins prenant en charge les personnes atteintes de cancer (Les soins ont lieu dans des établissements publiques (Hôpitaux de Dreux, Chartres, Châteaudun) et/ou des établissements privés (Hôpital Privé d'Eure et Loir).

Les Centres de Coordination en Cancérologie (3C) sont des entités regroupant un ou plusieurs établissement(s) public(s) et/ou privé(s). Ils ont pour objectif de rendre plus lisible l'offre de soins en cancérologie au sein des établissements rattachés et de garantir une démarche qualité, en s'assurant notamment du bon fonctionnement des réunions de concertation pluridisciplinaire. Ils veillent également à la mise en place du dispositif d'annonce et à la remise du Programme Personnalisé de Soins (PPS).

La maison du diabète et de la nutrition du pays Drouais, situé à Dreux, accueille les associations ayant pour but d'aider les diabétiques et leurs proches ; de prévenir le diabète et les maladies liées à la nutrition ; d'assurer l'information et la documentation sur le diabète et la nutrition. La maison du diabète est un lieu de rencontre et d'écoute entre patients et professionnels de santé.

Synthèse de la rencontre avec les élus, les professionnels et la population

La perte d'autonomie est multidimensionnelle. Comme le handicap, elle peut survenir brutalement ou s'installer progressivement ; elle est aussi fonction des conditions de vie des patients. La présence d'un environnement familial aidant est importante pour aider au maintien de l'autonomie. Seulement, l'éclatement du modèle familial produit parfois un isolement social qui renforce les vulnérabilités :

Un professionnel : « La perte d'autonomie, ça ne se fait pas forcément en six mois, un an. Des fois, sur la maladie chronique, ça peut survenir d'une façon un peu précipitée. Et en plus, je pense que dans les familles, on se rend compte aujourd'hui que les aidants, les aidants familiaux ne sont plus proches, comme ça l'a été pendant... certaines époques. Aujourd'hui, les aidants ne sont pas à côté, donc les gens sont très facilement eseués

dans leur maladie. »

Un professionnel : « Il y a beaucoup de personnes aujourd'hui qui se retrouvent isolées chez eux et malheureusement, n'ont même pas de contacts. Parce que depuis déjà certaines années, ils ont sollicité les voisins et ils sentent qu'aujourd'hui, ils peuvent être un poids pour leurs voisins, donc ils demandent plus d'aide. (...) »

Mais la demande sociale est celle de pouvoir vieillir chez soi, et de conserver le plus longtemps possible son autonomie en restant à son domicile.

« Il y a aussi des choses qui évoluent dans le sens de garder au domicile. Aujourd'hui, on peut être famille d'accueil de la



personne qu'on aide. On peut bénéficier d'aides financières pour aménager son domicile. On a même d'ailleurs l'office HLM de Dreux qui a passé un contrat avec des ergothérapeutes pour pouvoir faciliter les transformations dans les logements, donc c'est aussi une avancée. Donc, il y a de plus en plus de personnes qui souhaitent garder au domicile, même si ça peut être compliqué. Après, il y a toujours la question du coût. Ces établissements peuvent coûter cher et peuvent refroidir certaines familles, et essayer de les orienter là-bas. »

Le soutien à l'autonomie doit donc, lui aussi, être multidimensionnel. Il suppose l'articulation de plusieurs problématiques : offre de soins, aménagement urbain, habitat, emploi, sports et loisirs, etc. Cette articulation suppose l'engagement de plusieurs acteurs aux enjeux différents, et le déploiement de moyens matériels, financiers et humains conséquents :

Un professionnel : « Il y a aussi la préparation à la sortie d'hospitalisation. Il faut qu'on puisse organiser, qu'on puisse anticiper, qu'on puisse créer des relais. »

Un professionnel : « On travaille aussi sur le logement, sur l'insertion professionnelle pour essayer de voir comment, sur les différents pans, on peut les accompagner, mais ça devient assez compliqué. Donc ça, c'est aussi des décisions politiques. Parce qu'aujourd'hui, sur VXXX, on a aussi un maire qui est impliqué là-dessus, donc il y a des choses qui vont bouger et donc les services vont aussi mettre en place des choses. »

Des problématiques propres à un territoire rural et vieillissant

Avec le vieillissement de la population, la prévalence de certaines pathologies chroniques augmente, comme le diabète et l'hypertension. Les évolutions des modes de vie sont responsables aussi de maladies de civilisation, telles que l'obésité ou le cancer. Le manque d'activité physique et la sédentarisation de la population accentuent les risques de développer des maladies chroniques également.

Sur un territoire au peuplement hétérogène, les problématiques liées à la chronicisation des maladies se posent en termes très différents selon l'âge, le lieu d'habitation et les ressources dont disposent les patients. Les difficultés de déplacement, liées à la mobilité réduite des populations vieillissantes, à la précarité, mais aussi au manque d'infrastructures de transport en commun conduisent bien souvent à limiter les consultations médicales aux situations d'urgence, notamment en se rendant à l'hôpital, ou à renoncer aux soins.

« Mon gros souci plutôt, c'est l'hétérogénéité du territoire. Et là, ça fait très peur. En fait, nous, nos difficultés de nos patients, c'est d'arriver à les voir à l'hôpital, arriver à les voir en consultation, parce qu'en fait, ils n'ont pas forcément des moyens de locomotion. Ils n'ont pas forcément les bus et

voitures faciles, et là, je pense qu'il y a une vraie... On voit bien que le territoire il va être hétérogène, en plus, entre Dreux et Vernouillet, où il y a une structure, celui qui habite à MXXX, je ne sais pas très bien comment il va faire pour rejoindre... ».

Des inégalités territoriales et sociales sont donc soulignées par les acteurs rencontrés. Ils reconnaissent que, parmi les personnes souffrant de maladies chroniques, il y a souvent des personnes isolées, dans des logements inadaptés. Les situations se dégradent aussi du fait que certains usagers méconnaissent leurs droits et l'éventail des aides dont ils pourraient bénéficier :

« Il y a des gens, premièrement, qui ne savent pas qu'ils peuvent avoir droit à l'APA ou la PCH. Il y a déjà ça à faire. Il y a des personnes qui ne savent pas, comme disait madame, ce qu'est le statut d'un aidant et de quelle aide il pourrait bénéficier, en quoi ça pourrait aussi lui faciliter aussi, le fait de ne pas travailler et de percevoir quelque chose pour aider son... Il y a aussi des personnes qui ne savent pas que sur prescription médicale, ils peuvent avoir du matériel. Donc il y a déjà tout ce travail à faire, à mener au quotidien. Donc, on rencontre, aujourd'hui, parce que là, on travaille avec la police nationale, la police municipale pour qu'ils puissent faire relais et nous alerter sur certaines situations. Parce qu'on voit que les personnes qui peuvent multiplier les difficultés, que ce soit de l'ordre médical ou autre, ils cumulent et ils deviennent de plus en plus isolés. Donc à ce moment-là, quand on intervient, on dit : mais, c'est un monsieur qui a des droits, qui aurait pu bénéficier de ces droits, qui n'en a pas connaissance, qui parfois vit à 50 mètres d'un lieu de permanence d'une assistante sociale ».

Des prises en charge tardives et des situations dégradées faute d'accès aux professionnels de santé

Les difficultés d'accès au diagnostic occasionnent une prise en charge tardive des pathologies, au sujet desquelles on sait pourtant que la détection précoce a des effets importants en termes de préservation de la santé et de la qualité de vie, comme pour le diabète et les troubles musculosquelettiques.

« Actuellement, les patients, on les laisse énormément sur le bord de la route, on en laisse de plus en plus sur le bord de la route ».

L'évolution de la démographie médicale est telle que désormais, la demande de soins est supérieure à l'offre. Le territoire pâtit notamment du manque de médecins évaluateurs en capacité de diagnostiquer et de faire reconnaître la perte d'autonomie, de manière à ce que les usagers puissent accéder aux aides disponibles et faire valoir leurs droits. Mais ce sont toutes les catégories de professionnels de santé ou presque qui sont en nombre insuffisant, à l'exception notable des infirmiers libéraux qui se sont beaucoup installés sur le territoire du Pays.



« En fait, le problème, ce n'est pas assez d'offre de soin, malheureusement, là, en matière médicale en général. [Pour les kinésithérapeutes], on est le deuxième département le plus dépourvu, en France. Là, c'est vraiment extrêmement préoccupant, d'année en année : c'est de pire en pire. Donc, malgré toute la bonne volonté des thérapeutes, de toute façon, il est absolument impossible de prendre en charge beaucoup, beaucoup, beaucoup de gens. C'est à dire qu'on commence à avoir énormément de refus de soins, depuis cinq, six ans. Ça a commencé il y a déjà plus de dix ans, mais là, ça prend des proportions... Alors nous, bien sûr, dans les maladies chroniques, on agit beaucoup, beaucoup plus sur tous les problèmes musculosquelettiques, mais on peut avoir des diabétiques avec toutes les conséquences que donne leur maladie. Mais bon, le gros souci, il est là : c'est vraiment une catastrophe. Notre problème, c'est un problème de territoire. Comprenez bien : clairement, on n'attire pas. »

À l'heure actuelle, les acteurs reconnaissent que les prises en charge sont retardées à toutes les étapes des soins, faite d'une offre plus conséquente sur un territoire présentant un défaut d'attractivité, avancé comme une hypothèse à la désertification médicale :

« Et dès qu'on leur parle, évidemment, du rural, là, [les jeunes professionnels diplômés], ils nous regardent... Ils disent ah ben non. »

Tous les acteurs rencontrés s'accordent sur le fait que le manque de soins précipite l'entrée dans la maladie chronique, provoquant des situations de crise et des comorbidités. C'est plus particulièrement la pénurie de médecins généralistes qui se fait sentir : non seulement elle contribue à entraver la fluidité des parcours de soins, mais elle empêche que ces derniers soient dispensés dans une vision globale de la santé :

« La démographie médicale nous pose un vrai problème : ce matin, on a une patiente qui est arrivée, qui est dialysée chronique. Heureusement, elle voit un néphrologue une fois de temps en temps, quand même, parce qu'on arrive à en avoir, nous, on est assez bien doté, on va dire, pour l'instant, sur un territoire qui est dépeuplé en néphrologues, on est bien d'accord. Elle a appelé onze médecins généralistes pour trouver un médecin traitant. Pas un seul médecin traitant n'a accepté de la prendre en charge, alors que dans sa maladie chronique, certes, elle voit un néphrologue, mais elle a besoin du reste, elle a besoin d'avoir une prise en charge autre. »

« Je considère que c'est une question de santé publique. Et donc, le gros problème, c'est ça. Et dans les maladies chroniques, en plus, vous arrivez très vite à des cas lourds, avec des prises en charge compliquées, pluridisciplinaires, et là, on se heurte, là les problèmes augmentent, évidemment, sont multipliés. »

Les questions de désertification médicale et l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et des situations de dépendance se posent en termes cruciaux, en lien avec le

vieillesse de la population. Mais la problématique n'est pas seulement à appréhender sous l'angle démographique et quantitatif, elle est d'ordre qualitatif et organisationnel aussi : l'enchevêtrement des pathologies (comorbidités couplées à des troubles psychiatriques) complexifie les prises en charge. Les professionnels de santé et les intervenants, en nombre insuffisants, se trouvent confrontés à des difficultés nouvelles, pour lesquelles, parfois, ils n'ont pas été formés, la prise en charge ayant été jusque-là trop pensée en silos, en séparant les soins somatiques et psychiatriques :

« La prise en charge de ces personnes-là, elle devient d'autant plus compliquée, surtout quand on a en face des Aides à Domicile qui ne sont pas formés. Et le fait qu'aujourd'hui, on va plus loin et qu'on vieillit mieux aussi, ça, ça... Et on a plus de manifestations de maladies chroniques, parce que les personnes vivent plus longtemps. Et ça, aujourd'hui, les équipes ne sont pas forcément formées à ça et n'ont pas prévu ça. »

Ces évolutions sociétales ont des incidences sur les modalités de prise en charge. La chronicisation d'une pathologie implique de penser le soin dans le long terme, de faire davantage de prévention et d'éducation thérapeutique des patients, en envisageant les différentes dimensions de la qualité de vie, dans une vision globale de la santé.

« La plupart du temps, il y a zéro conseil nutrition et donc le patient a un fort besoin d'apprentissage d'alimentation, et puis parfois même de sa glycémie, il ne sait même pas ce que c'est une glycémie, bref, tout ça, l'hémoglobine glyquée : lui expliquer tout ça. Donc, il faut y passer du temps, on sait bien que la maladie chronique faut y passer du temps. Et puis le médecin n'a pas le temps, ce que, vraiment, je peux comprendre. »

Et la prise en charge, pour être efficace sur le temps long, doit être globale : elle doit intégrer la dimension sociale et affective de la pathologie chronique :

« En maladies chroniques, les gens n'ont pas besoin que de thérapeutes. Parfois, il y a assistante sociale, ou psychologue... faut une prise en charge. »

« Vous savez : cancer du sein, ou autre, régulièrement, vous avez des gens qui disent : j'arrête tout, j'en ai marre, je prends plus mes médicaments, c'est fini, mon hormono... J'arrête. Et donc, là, il y a un travail immédiat à faire, qui n'est plus un travail thérapeutique, mais qui est absolument nécessaire. Et quand vous êtes déjà débordé et qu'il y a des gens qui tambourinent à la porte dans la salle d'attente parce que... en retard ! il y en a beaucoup qui renoncent aussi à ce niveau-là. »

L'aide apportée doit articuler les soins de santé à un accompagnement social, clé du soutien à l'autonomie. Mais là aussi, le manque de moyens est sensible. La lenteur de traitements des dossiers contribue aux retards de l'ouverture de droits à certaines aides ou modalités spécifiques de prise en charge.



Un professionnel : « Il faut un accompagnement sur le montage des dossiers. Pour la plupart, c'est des dossiers qui sont assez fastidieux, compliqués, des fois il manque un document, donc ça repart. Déjà, on a une réponse au bout de deux mois. Une fois que le dossier est complet, le temps qu'il soit traité, il y a des temporalités qui sont assez longues, qui peuvent aller de six mois, on va dire, même si on arrive à avoir encore quelques dossiers, là en ce moment, à trois mois, sinon, on est entre six et huit mois. »

Le soutien à l'autonomie suppose aussi d'anticiper l'arrivée des problèmes liés à la dépendance. Ce travail d'anticipation doit s'effectuer avec les personnes âgées, leurs familles, et les différents services de santé et de l'aide sociale. Mais ce travail nécessite au préalable une amélioration de l'information des usagers :

« Les personnes âgées, voilà, on sent qu'ils sont aussi isolés de l'information. Ils ont aussi dans l'idée que toutes les aides qu'ils pourraient demander, elles seraient récupérables sur succession, donc ils ne laisseraient pas à leurs enfants, leurs petits enfants : c'est des choses qui me reviennent régulièrement. Pour ça, il faut pouvoir le travailler avec eux. C'est vraiment compliqué, mais il faut qu'on travaille beaucoup sur l'information et travailler aussi avec le conseil départemental, les différents services, pour pouvoir remonter cette problématique-là et que les temps d'évaluation et de mise en place des choses soient plus courts. »

Les inégalités sociales et territoriales conditionnent aussi les prises en charge de la fin de vie : l'accès aux Ehpad publics est reconnu comme une problématique importante sur le territoire.

« La problématique que l'on a, nous on est en soins de suite, on a de l'attente, mais ce n'est pas forcément par manque de place, c'est par rapport à des problèmes financiers. En effet, il y a des personnes qui n'ont pas forcément les moyens de se payer un Ehpad dans le privé, donc ils vont peut-être plutôt aller vers du public, qui est moins cher, mais avec une liste d'attente qui est plus longue. En effet, c'est pour ça qu'il y a des places de libres sur les Ehpad, en tout cas de l'Agglo drouaise, mais ce n'est pas forcément à la portée de tout le monde. »

Le territoire doit aussi faire face à une pénurie de structures relais, tels que les dispositifs de répit pour les aidants. Le déploiement de l'aide à domicile est reconnu comme complexe, également ; le travail est précaire, peu reconnu au plan financier et symbolique. Les personnels soignants manquent aussi dans les établissements de santé et structures d'accueil pour personnes dépendantes, notamment en soins de suite gériatriques.

« Et les services d'aide à Domicile ont un turn-over important. Les aides à Domicile aujourd'hui, c'est très compliqué d'en avoir de diplômés et qui se stabilisent sur un poste. Ce n'est pas un métier qui est très valorisé, qui est très bien payé. C'est assez compliqué, donc des fois, on a des listes d'attente

qui s'allongent. Et on ne peut pas forcément répondre à la demande. »

« On a beaucoup de mal à recruter, beaucoup. Et ça, l'Etat, en est préoccupé, parce qu'il y a des revalorisations de salaire qui sont envisagées, il y a des revalorisations par rapport au coût horaire établi dans les structures. Là, il y a eu l'assemblée qui a statué sur 22 € et la Carsat qui est sur déjà 24,50, parce que logiquement, on devrait déjà être à un haut niveau, donc il y a des choses qui bougent, ça avance. Maintenant, peut-être, on va dire, doucement, mais ça avance. »

Un besoin d'interconnaissance renforcée entre les acteurs

Pour améliorer les parcours de soins, tant du point de vue de la qualité que de la fluidité, les acteurs rencontrés soulignent la nécessité de renforcer l'information auprès des usagers comme des différents professionnels de santé. Le déploiement des actions de soutien à l'autonomie suppose que l'offre de soins soit mieux connue, et les possibilités de coordination rendues plus visibles. Il s'agit d'un travail de construction de la confiance pour faire reconnaître, par exemple, les compétences respectives des différents professionnels de santé, leur domaine d'intervention comme leurs limites :

« Il n'y a pas d'information. Après, on peut informer les gens, ils n'en retiendront rien, même que ce soit les médecins, les kinés, ou les patients. Mais il y a quand même un manque d'information. Le public est quand même insuffisamment informé. Parce que quand quelqu'un sait où il peut s'adresser, si un diabétique sait qu'il peut venir, il sera tenté, quand même, de venir vous voir. Mais là, il y a un défaut d'information. »

« C'est pour ça, il faut aussi que nous, thérapeutes, on sache ce qui existe autour de nous, qui pourrait nous aider. Parce que dès l'instant où on sait... Nous, on ne peut pas prendre en charge, ou du moins pas autant qu'on le voudrait, mais si on sait qu'on peut s'appuyer sur d'autres personnes, avec leurs compétences, c'est pour ça que je dis : je ne suis pas contre l'APAS. Pas du tout. Pas du tout. »

On veut que le patient soit autonome, acquiert de l'autonomie : le fait de sortir le milieu avec le médecin et d'aller vers une association, ça permet de rencontrer d'autres personnes, qui vivent la même chose que lui.

Des pratiques de coopération et de délégation interprofessionnelles attendues

La nécessité de renforcer les réseaux de collaboration et de coopération s'impose pour faire face à la pénurie des différentes catégories de professionnels de santé, comme pour travailler à promouvoir la prévention dans un contexte démographique où les maladies chroniques sont en augmentation :

« Rien que dans le cadre de la pathologie rénale, on voit bien



qu'il y a une petite étape qui manque entre le médecin traitant, qui pousse jusqu'au... Et puis, d'un seul coup, pof, on passe au néphrologue et puis, ce n'est plus jamais le médecin. En fait, cette fusion entre les deux, là, d'accompagnement dans la prévention, ben il y a des étapes qui manquent, je pense, en termes de santé publique, d'accompagnement, d'information, pour essayer de ralentir un peu toutes ces arrivées dans les maladies chroniques. Je pense que là, il y a un gros levier de travail encore ».

L'amélioration de la coordination avec le renforcement des protocoles de coopération et de délégation représente également un gain de temps médical non négligeable dans un contexte économique et démographique tendu :

« Ça permet de recentrer les professions qui sont en difficulté de nombre. Ça vous permet de vous recentrer sur l'essentiel et de pouvoir, effectivement, faire faire ce qui est moins par un autre métier. C'est ça, c'est de recentrer le médecin sur son essentiel et l'incontournable. »

Faute de pouvoir s'appuyer sur des dynamiques de coopération et de coordination institutionnalisés et déployés sur l'ensemble du territoire, les acteurs rencontrés sont dans l'obligation de trouver des arrangements locaux. Il s'agit d'inventer des prises en charge hors des routines habituelles, et de déranger les protocoles de prise en charge tels qu'ils ont été conçus dans un contexte où l'offre de soins n'était pas déficitaire :

« J'essaie de leur donner des solutions qui ne sont pas particulièrement prévues, mais qui sont possibles, par exemple, dans les maladies chroniques. Moi, je le dis : si vous ne trouvez pas UN kiné, vous pouvez en voir trois différents. Du moment que ces gens-là, se contactent. Ils ne peuvent pas vous prendre trois fois par semaine, mais ça ne fait rien : vous allez chez trois kinés différents, qui vous prendront qu'une fois. Alors ça, les gens n'y pensent pas et les kinés non plus, ils n'ont pas cette habitude. Et alors là, à ce moment-là, je les mets en relation et on arrive. Mais bon, c'est ponctuel, sur un cas, deux cas ; c'est très, très compliqué. »

Bien sûr, ces solutions alternatives sont précaires, aléatoires, fragiles. Elles sont, d'après les acteurs, « un sparadrap sur une jambe de bois ». Elles nécessitent notamment de renforcer la coordination entre les acteurs. Les professionnels de santé doivent accomplir des efforts pour essayer de travailler en complémentarité, dépasser la pensée des prises en charge en silos et les définitions trop rigides des territoires d'exercice respectif. L'élargissement du champ de compétence de certains professionnels doit être envisagé :

« Il y a des soins qui étaient faits par des kinés, qui sont, aujourd'hui, vus par des APAS, des éducateurs d'activité physique adaptée. Avec cette prise en charge pluridisciplinaire, il y a des APAS et des kinés, on arrive à prendre en charge des patients avec moins de kinés, mais en effet, il y a des soins

qui sont faits par d'autres professions. C'est la même chose pour les diabétiques : on a nous, une IPA, une infirmière de pratique avancée au sein de l'établissement, qu'on mutualise, d'ailleurs, avec l'hôpital de CXXX, de la cardio. Il manque des cardiologues, il manque des médecins, alors on a formé ces IPA, qui sont des super-infirmières et qui ont une formation de bac plus cinq et qui permettent de prendre des tâches et des soins de médecin. Ce qu'il faut, voilà : on sait très bien qu'on n'aura pas de médecins dans les prochaines années. C'est une réalité, donc il faut bien qu'on trouve des parades. Et voilà, et il y a des solutions. Donc, (...) des APAS, sur la partie rééducation fonctionnelle, des IPA, nous c'est une IPA en cardio, je sais que dans l'équipe de CXXX, il y a des IPA diabète, voilà, il faut trouver ça ; trouver des alternatives. »

Faute de visibilité, les réseaux existants sont encore peu opérants pour la population. L'appui à ce travail en réseau suppose de repenser l'organisation des parcours en créant des plateformes d'orientation et des professions dédiés à l'accompagnement social des patients

« Il existe plein de dispositifs, il y a plein d'assos, il y a plein de structures, d'établissements, de... voilà, mais qui ne communiquent pas entre eux, et le grand public n'a pas d'information. Et je pense qu'il faut qu'on raisonne tous sous forme... j'aime bien le système de guichet unique, un endroit où on va et on est orienté vers la bonne personne, vers le bon réseau, vers la bonne structure. »

« Chez nous, par exemple, on a créé un poste de coordination sociale, un peu à l'instar de ce qui existe à l'hôpital, je crois : vous aviez des coordinatrices de sorties pendant un moment, c'était pas mal et on avait un peu noté cette idée-là, et on a formé notamment une aide-soignante, chez nous, pour aider les patients à décortiquer : comment je fais pour avoir une carte d'handicapé ? Comment je fais pour avoir... ? Est-ce que je touche bien les bonnes aides financières ? Au moins pour avoir des temps d'accompagnement. Effectivement, il faut déployer de la ressource pour ça et on est un peu contraint, aussi, faut pas se leurrer, faut que ça rentre dans les budgets. »

Pour autant, la volonté de renforcer les efforts de coordination et de coopération rencontre des limites. Débordés, du fait de la pénurie de professionnels sur le territoire, les praticiens peinent notamment à dégager le temps nécessaire pour s'organiser différemment, alors même qu'ils en reconnaissent la nécessité :

« Les médecins, ils reçoivent des courriers par mail, par textos, par... ils en peuvent plus. Donc, je ne vois même pas comment... Nous, combien de fois on s'est dit : est-ce qu'on embauche une déléguée pharmaceutique, à la retraite, qui pourrait nous faire les visites de médecin, pour promouvoir les activités d'Espace Diabète ? Et je vois bien que ça ne s'est jamais fait. Mais est-ce que le médecin, il a envie de recevoir... ? Bon bref : comment on atteint le médecin pour lui dire qu'on existe, pour qu'il puisse lui s'alléger et avoir de meilleurs résultats dans sa prise en charge patient. »



Par ailleurs, les conflits demeurent entre professionnels de santé, autour de la définition de leur territoire d'exercice et de leur champ de compétences :

« Alors après les APAS, moi, je ne suis pas contre, hein, moi, c'est plus les APAS en ce qui me concerne. Moi, je ne suis pas contre, hein, de toute façon, il est clair qu'on ne peut pas tout faire. Alors après, c'est une question d'encadrement aussi, parce qu'on ne doit pas faire faire par n'importe qui : il faut respecter les compétences de chacun. Donc il y a par exemple un bilan à faire au départ, à définir des priorités et à définir des axes de traitement. Ça, ce n'est pas l'APAS. »

Développement de l'aller-vers et des équipes mobiles pour des actions de prévention

Pour mieux repérer les premiers signes des pathologies, les acteurs reconnaissent la nécessité de déployer sur l'ensemble du territoire des actions de prévention. En particulier dans le champ des maladies chroniques et du soutien à l'autonomie, celles-ci peuvent être menées aussi bien auprès de la population générale du territoire que d'autres intervenants comme les aides à domicile qui manquent de connaissances pour comprendre la spécificité de ces problématiques de santé. Cependant, ces actions de prévention ne doivent pas se centrer sur l'agglomération drouaise : il faut encourager une dynamique « d'aller-vers ».

« Le patient, pour éviter qu'il se fasse mal, pour éviter qu'il chute, faut faire de la prévention et donc nous, hôpital de jour, plutôt que de faire venir le patient à l'hôpital, ou à la clinique, autant qu'on aille vers le patient, c'est ce qu'on appelle l'hôpital hors les murs. »

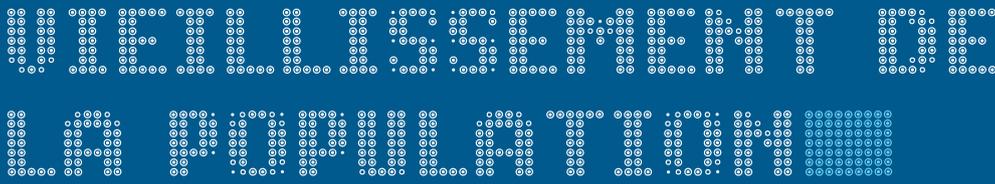
Des ressources existent pour cela, et des initiatives fleurissent ici et là. Conscients des bénéfices des actions de prévention, certains professionnels de santé se montrent innovants et témoignent d'une envie de développer des projets dans cette dynamique « d'aller-vers ».

« On peut venir dans un établissement, on peut venir dans une salle des fêtes, de CXXX, par exemple. On vient avec notre matériel, on a un mini-bus, nos équipes viennent directement et c'est ce qu'il faut, plutôt, faut casser un peu les codes. On ne va plus à l'hôpital. C'est l'hôpital qui doit aller vers les gens »

« On a le minibus, on a les APAS, on a les kinés, on a les diètes, on a le matériel, on arrive, on peut, en lien avec la CCAS, voilà, d'une ville d'une Agglo, on peut arriver ici, par exemple, la salle des fêtes : on peut faire des séances de rééducation, des tapis marche, des séances de... on peut monter des marches, des escaliers. Tout est possible. Et en prévenant ces patients, en les voyant deux, trois fois par semaine, ben on va éviter qu'ils chutent, on va éviter qu'ils passent par les Urgences, on va éviter qu'ils se fassent opérer et pour la collectivité, ça coûterait bien moins cher. »

Maintenant, les initiatives émanant de quelques personnes ne sont pas encore suffisamment soutenues par les instances de tutelles et les collectivités locales. Les professionnels qui déploient ces initiatives se sentent parfois arrêtés par les autorités administratives et les lenteurs de la bureaucratie au sein de leurs établissements :

« En structure hospitalière, on a des idées et du coup, on aimerait bien avoir plus de liberté aussi, et pas être bloqué. L'ARS n'est pas là. Nous notre tutelle, c'est l'ARS, et elle nous met des freins. »



Depuis 1999, en France, alors que la population totale n'a augmenté que de 10 %, celle des 75 ans et plus a augmenté de 46 %.

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 et 17 % en Eure-et-Loir). Cette tendance nationale, qui va vers un vieillissement de la population, est également remarquée à l'échelle de l'Agglo du Pays de Dreux. 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 pour 100 personnes âgées de moins de 20 ans. Quant à l'indice de grand vieillissement, celui-ci mesure le nombre de personnes de 80 ans et plus pour 100 personnes âgées de 65 à 79 ans.

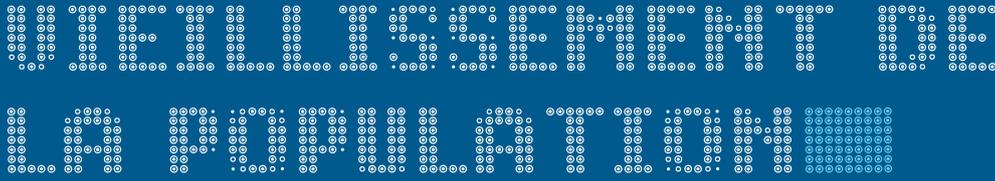
Pour l'Agglo du Pays de Dreux, l'indice de vieillissement est inférieur, en 2018 comme en 2013, à ceux des territoires de référence. En revanche, en augmentant de près de 17 % sur la période étudiée, cet indice a évolué de manière plus importante que dans le département (+16,1 %), la région (+13,1 %) et en France hexagonale (+13,0 %). C'est sur l'agglomération en dehors de Dreux et Vernouillet que l'indice a le plus évolué (+19,4 % sur l'Agglo du Pays de Dreux hors Dreux et Vernouillet contre +14,8 % sur Dreux et 10,4 % sur Vernouillet).

En 2018, l'indice de grand vieillissement du territoire est de 40,9, ce qui est inférieur aux territoires de référence (45,5 pour le département, 47,2 pour la région, et 44,6 au niveau national). Sur l'Agglo du Pays de Dreux (hors Dreux et Vernouillet), l'indice de grand vieillissement est de 37,7 tandis qu'il est de 41,7 sur Dreux et 60,1 sur Vernouillet. Entre 2013 et 2018, l'indice sur le territoire a baissé de 2,3 %, une tendance moins forte qu'en Eure-et-Loir (-6,7 %), en Centre-Val de Loire (-6,6 %) et en France métropolitaine (-6,5 %).

ÉVOLUTION DE L'INDICE DE VIEILLISSEMENT ET DE GRAND VIEILLISSEMENT ENTRE 2013 ET 2018

	Indice de vieillissement			Indice de grand Vieillissement		
	2013	2018	Évolution (en %)	2013	2018	Évolution (en %)
Dreux	48,7	55,9	14,8	43,2	41,7	-3,6
Vernouillet	56,0	61,8	10,4	37,8	60,1	59,1
CA Agglo du Pays de Dreux (hors Dreux et Vernouillet)	60,1	71,7	19,4	42,0	37,7	-10,4
CA du Pays de Dreux	56,3	65,9	17,1	41,8	40,9	-2,3
Eure-et-Loir	69,1	80,2	16,1	48,7	45,5	-6,7
Centre-Val de Loire	83,1	93,9	13,1	50,5	47,2	-6,6
France hexagonale	73,6	83,1	13,0	47,6	44,6	-6,5

SOURCE : INSEE (RP 2013 ET 2018)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE



Conditions de vie des personnes âgées

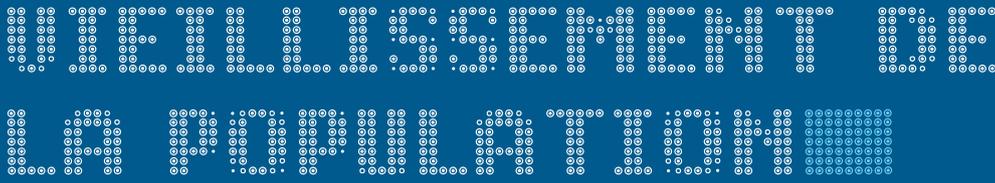
En 2018, l'Agglo du Pays de Dreux dénombre 8 287 personnes âgées de 75 ans et plus vivant en logement ordinaire, ce qui représente une proportion de 87,9 %. Cette proportion est inférieure à celles du département (89,4 %), de la région (89,7 %) et de la France hexagonale (90,3 %).

Les personnes âgées de 75 ans et plus du territoire vivant dans un service ou un établissement de moyen ou long séjour, une maison de retraite, un foyer ou une résidence sociale représentent 12,0 % des personnes âgées (soit 1 134 individus) contre 10,4 % pour l'Eure-et-Loir, 10,2 % pour la région Centre-Val de Loire et seulement 9,5 % pour l'échelon national.

PERSONNES ÂGÉES VIVANT DANS LEUR DOMICILE PERSONNEL EN 2018

	Personnes âgées de 75 ans et plus vivant en logement ordinaire		Personnes âgées de 75 ans et plus vivant dans un service ou établissement de moyen ou long séjour, maison de retraite ou 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	
Dreux	1 985	81,0	466	19,0	nd	nd	2 451
Vernouillet	1 099	86,9	165	13,1	nd	nd	1 264
CA Agglo du Pays de Dreux (hors Dreux et Vernouillet)	5 203	91,0	503	8,8	9	0,2	5 716
CA du Pays de Dreux	8 287	87,9	1 134	12,0	9	9,5	9 431
Eure-et-Loir	36 847	89,4	4 272	10,4	94	22,8	41 213
Centre-Val de Loire	247 335	89,7	28 096	10,2	429	15,5	275 860
France hexagonale	5 528 015	90,3	581 663	9,5	13 237	21,6	6 122 915

SOURCE : INSEE (RP 2018)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
ND : NON DISPONIBLES EN RAISON D'EFFECTIFS INFÉRIEURS À 5



Isolement des personnes âgées

Selon le recensement de population de l'INSEE de 2018, 3 313 personnes âgées de 75 ans et plus vivent seules dans l'Agglo du Pays de Dreux, ce qui représente 35,1 % des habitants de la classe d'âge et une proportion inférieure à celle du département, de la région et de la France hexagonale (respectivement 37,6 %, 37,6 % et 38,4 %). Sur l'Agglo du Pays de Dreux (hors Dreux et Vernouillet), 35,7 %

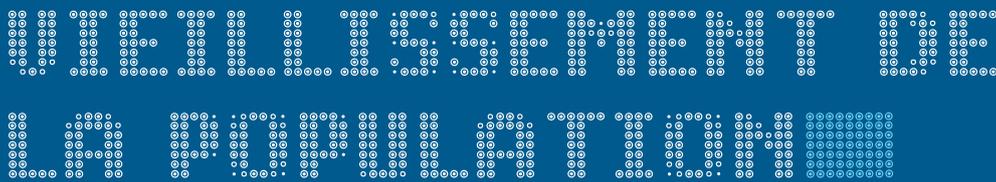
des 75 ans et plus vivent seuls à domicile tandis qu'ils sont 34,5 % sur Dreux et 33,6 % sur Vernouillet.

Sur l'ensemble des territoires, la majorité des personnes âgées de 75 ans et plus vivant seules sont des femmes (77,2 % dans le cas du Pays de Dreux).

PERSONNES ÂGÉES VIVANT SEULES EN 2018

	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	Part des personnes âgées de plus de 75 ans vivant seules à domicile
Dreux	845	667	34,5	78,9
Vernouillet	425	343	33,6	80,7
CA Agglo du Pays de Dreux (hors Dreux et Vernouillet)	2 043	1 546	35,7	75,7
CA du Pays de Dreux	3 313	2 556	35,1	77,2
Eure-et-Loir	15 476	11 931	37,6	77,1
Centre-Val de Loire	103 811	79 670	37,6	76,7
France hexagonale	2 351 687	1 825 827	38,4	77,6

SOURCE : INSEE (RP 2018)
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 au sein du Pays de Dreux est de 4,3, soit un ratio aidants/aidés supérieur à ceux de l'Eure-et-Loir (3,8), du Centre-Val de Loire (3,4) et de la France hexagonale (3,8).

POTENTIEL DE SOLIDARITÉ INTERGÉNÉRATIONNELLE - RATIO AIDANTS/AIDÉS EN 2018

	Personnes de 55-64 ans	Personnes de 85 ans et plus	Ratio aidants/aidés (55-64/85 et plus)
Dreux	3 312	832	4,0
Vernouillet	1 342	479	2,8
CA Agglo du Pays de Dreux (hors Dreux et Vernouillet)	9 417	1 969	4,8
CA du Pays de Dreux	14 071	3 280	4,3
Eure-et-Loir	55 893	14 878	3,8
Centre-Val de Loire	338 443	99 892	3,4
France hexagonale	8 157 608	2 140 368	3,8

SOURCE : INSEE (RP 2018)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

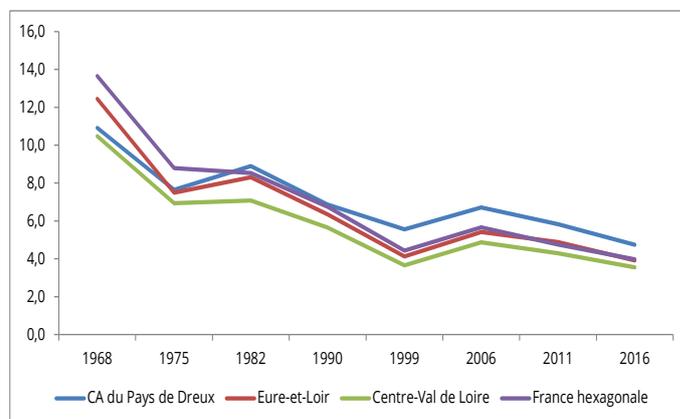
Évolution du potentiel de solidarité intergénérationnelle

Entre 1968 et 1999, en région Centre-Val de Loire, le potentiel de solidarité intergénérationnelle est passé de 10,5 à 3,7, soit une baisse de 6,8 points. On observe sensiblement la même chute de ce potentiel dans le département (12,4 en 1968 et 4,1 en 1999) et au sein de l'Agglo du Pays de Dreux (10,9 en 1968 et 5,6 en 1999). En France hexagonale, ce potentiel est passé de 13,6 en 1968 à 4,4 en 1999, soit une baisse de 9,2 points. Au cours de cette période, le nombre de personnes âgées de 55 à 64 ans sur l'Agglo du Pays de Dreux est passé de 6 332 en 1968 à 9 740 en 1999, soit une hausse d'effectif de 3 408 individus. Les 85 ans et plus ont connu une nette évolution, passant de 580 individus en 1968 à 1 752 en 1999, soit plus de trois fois plus de personnes âgées de 85 ans et plus.

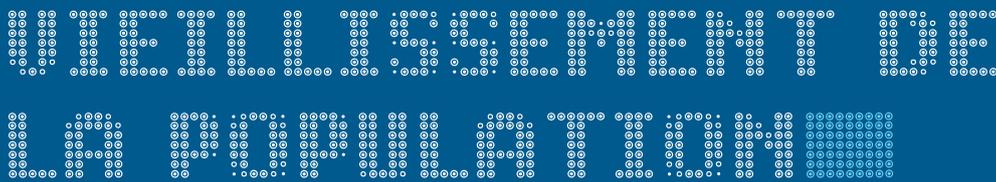
Entre 1999 et 2006, le potentiel de solidarité a connu une augmentation dans tous les territoires de référence. Il est passé de 5,6 à 6,7 dans l'Agglo du Pays de Dreux et ceci en raison de la forte augmentation du nombre de personnes dans la tranche d'âge 55-64 ans (9 740 en 1999 contre 12 479 en 2006, soit une augmentation de 28,1 %). Dans le même intervalle de temps, la population de la tranche d'âge 85 ans et plus a plus légèrement augmenté sur la CA (+6,1 %) et a diminué dans le département (-0,8 %), en région (-4,8 %) et en France hexagonale (-0,2 %).

Entre 2006 et 2016, ce ratio connaît une baisse au sein des territoires : 6,7 en 2006 contre 4,7 en 2016 sur l'Agglo du Pays de Dreux, de 5,4 à 3,9 dans l'Eure-et-Loir, de 4,9 à 3,6 en région et 5,7 à 4,0 en France hexagonale.

ÉVOLUTION DU POTENTIEL DE SOLIDARITÉ INTERGÉNÉRATIONNELLE



SOURCE : INSEE (RP 1968, 1975, 1982, 1990, 1999, 2006, 2011, 2016)
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.

Le Pays de Dreux compte fin 2020, 603 personnes âgées bénéficiaires de l'ASPA, soit 2,9 % des 65 ans et plus. Le taux de bénéficiaires de l'ASPA sur le territoire est supérieur à ceux retrouvés pour l'Eure-et-Loir (2,2 %) et pour la région Centre-Val de Loire (2,5 %) mais inférieur à celui du niveau national (3,6 %).

BÉNÉFICIAIRES DE L'ASPA AU 31.12.2020

	Nombre d'allocataires de l'ASPA	En % du total de personnes âgées de 65 ans et plus
CA du Pays de Dreux	603	2,9
Eure-et-Loir	1 892	2,2
Centre-Val de Loire	14 326	2,5
France hexagonale	471 343	3,6

SOURCE : CARSAT CENTRE-VAL DE LOIRE AU 31/12/2020, INSEE (RP2018)
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 au sein du territoire du Pays de Dreux. Ils apportent des services en matière de santé (soins infirmiers à domicile), de maintien à domicile et un soutien aux familles.

En lien avec leurs missions d'action sociale, les centres communaux d'action sociale (CCAS), les municipalités et les communautés 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 organiser de manière harmonieuse le retour à domicile.

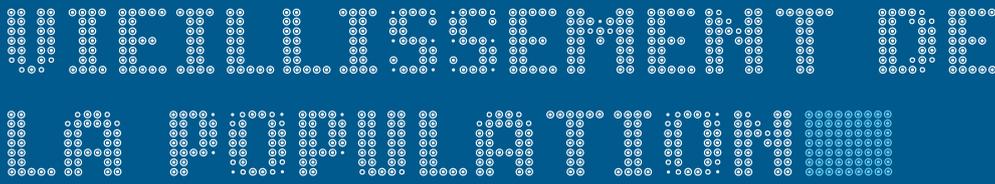
Selon le Finess, dans le département de l'Eure-et-Loir, 729 places de Ssiad sont autorisées et financées pour

11 Ssiad. Concernant l'Agglo du Pays de Dreux, on dénombre 3 Ssiad : le Ssiad de l'ADMR 28 à Saint-Lubin-des-Joncherets (32 places au total), le Ssiad de l'ADMR 28 à Dreux qui compte 20 places au total et le Ssiad du CCAS à Dreux qui compte 55 places.

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. Il y a un service d'HAD dans l'Eure-et-Loir (Assad-HAD), avec deux sites : un à Chartres et une antenne à Dreux.

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 d'Eure-et-Loir intervient sur l'ensemble du département auprès des personnes âgées et/ ou en situation de handicap. D'autres structures assurent également le maintien et l'aide à domicile des personnes âgées dépendantes (Actidom28, A Domicile 28, Adhap Services, Harmonia 28/Domidom, MEServices, Planète services, Familles rurales, etc.). 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...

Les centres locaux d'information et de coordination (Clic) accueillent, écoutent et proposent des solutions adaptées aux plus de 60 ans pour améliorer leur vie quotidienne. Ils délivrent des informations sur le soutien à domicile (aide à la vie quotidienne, soins, téléalarme...), l'adaptation du domicile, les établissements d'accueil, les aides financières, les mesures de protection juridique, les loisirs proposés par la commune, etc. Il s'agit d'un service public destiné à jouer le rôle de « guichet unique » pour les personnes âgées sur un territoire. Pour autant, le Clic ne se substitue pas à l'ensemble des acteurs, mais oriente vers eux les personnes en fonction de leurs besoins. Au-delà de ces missions envers les usagers, les Clic coordonnent également les différents acteurs d'un territoire.

Depuis octobre 2016, la Maison départementale de l'autonomie (MDA) regroupe sous une même entité les services dédiés aux personnes âgées et personnes handicapées de la MDPH et du Conseil départemental. La MDA est un guichet unique pour les personnes en situation de perte d'autonomie liée à l'âge ou au handicap en mutualisation des moyens humains et matériels et des dispositifs d'accueil, de conseil et d'orientation, d'instruction des demandes et d'évaluation de la perte d'autonomie et des besoins de compensation. La MDA assure de nombreuses missions au bénéfice des personnes handicapées et âgées :

- l'accueil, l'information et le conseil ;
- l'évaluation médico-sociale individualisée ;
- l'aide à la formulation du projet de vie ;
- l'accompagnement de sa réalisation : maintien à domicile, accueil en établissement, orientation professionnelle des personnes handicapées, scolarisation d'un enfant handicapé, accueil familial adultes handicapés et âgés, le transport adapté des élèves accompagnés, etc.
- la mise en œuvre de prestations d'aide financières : Allocation personnalisée d'autonomie (APA), Aide sociale à l'hébergement des personnes âgées et handicapées, Prestation de compensation du handicap (PCH), Allocation adultes handicapés (AAH), Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), etc.
- l'aide et le soutien aux aidants familiaux ;
- des actions de prévention et réunions d'informations sur le « Bien-vieillir en Eure-et-Loir » (parcours santé, conférence Alzheimer, semaine bleue...) ;
- la gestion du transport scolaire des enfants handicapés (à compter du 1^{er} janvier 2017).

Les équipes de la MDA d'Eure-et-Loir accueillent les personnes à Chartres, Dreux, Châteaudun et Nogent-le-Rotrou. Ils assurent également une permanence de proximité dans plus d'une vingtaine de communes d'Eure-et-Loir ou à domicile pour évaluer les besoins dans certaines situations.

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 le développement d'une part de services et de prestations favorisant le maintien à domicile et, d'autre part, 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.

Le territoire du Pays de Dreux compte 10 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) totalisant environ 950 places d'accueil (3 à Dreux, 2 à Vernouillet et 1 à Brezolles, Abondant, Châteauneuf-en-Thymerais, Saint-Lubin-des-Joncherets et Ivry-la-Bataille) et une résidence autonomie à Dreux, soit un taux d'équipement de 107,3 places d'hébergement pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus (114,8 dans l'Eure-et-Loir et 123,4 en Centre-Val de Loire).

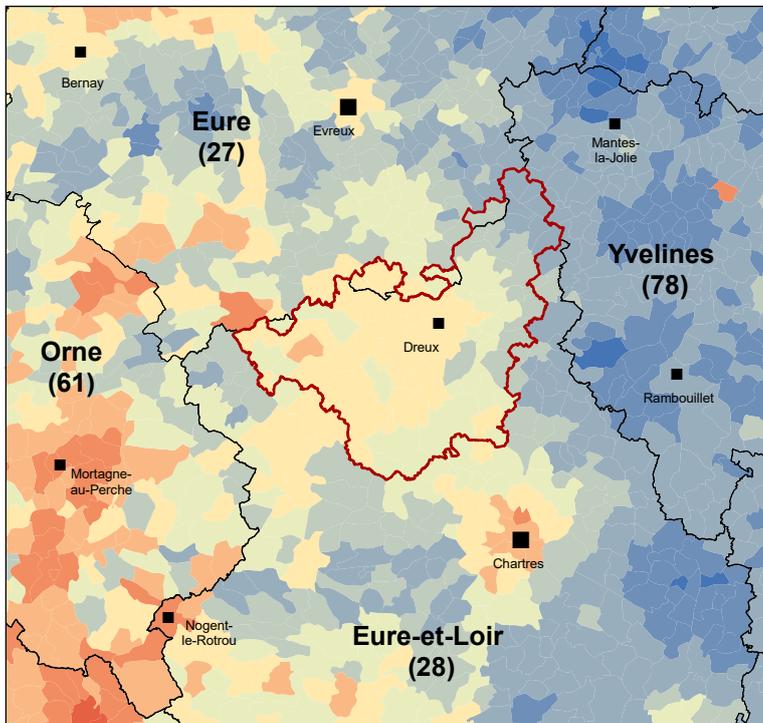
Accessibilité potentielle localisée aux établissements d'hébergement pour personnes âgées selon la commune

Les indicateurs d'APL permettent, en rapportant l'offre médicosociale disponible à proximité de chaque commune aux nombres de personnes âgées potentiellement utilisatrices de cette offre, de caractériser les territoires où l'offre est la plus « accessible géographiquement » – c'est-à-dire ceux où le rapport est plus favorable que la médiane nationale – et ceux où elle l'est moins – lorsque le rapport est inférieur à la médiane nationale.

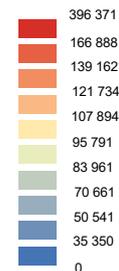
En 2015, 8 246 établissements d'hébergement pour personnes âgées sont recensés en France métropolitaine, avec 638 000 places offertes. Ces places sont relativement bien réparties sur le territoire puisque plus de 85 % de la population âgée de 60 ans ou plus se situe à moins de 15 minutes d'un établissement. C'est dans les communes de Bretagne, des Pays de la Loire, de Bourgogne et du sud de l'Auvergne que l'offre en établissements est la plus

« accessible géographiquement ». À l'inverse, les indicateurs d'APL aux établissements ont les plus faibles valeurs dans les communes de l'Est, d'Île-de-France et du pourtour méditerranéen, indiquant une offre en établissement plus difficilement accessible sur ces territoires compte tenu de la population potentiellement utilisatrice. Les établissements d'hébergement pour personnes âgées sont par ailleurs plus accessibles dans les villes-centres des grands pôles urbains, hors celui de Paris.

À l'échelle de l'Agglo du Pays de Dreux, ce sont les communes à l'est du territoire qui bénéficient d'une accessibilité potentielle localisée aux établissements d'hébergement pour personnes âgées la plus faible. L'accessibilité est intermédiaire sur les communes en périphérie de Dreux et la plus élevée sur la commune de Brezolles.



Nombre de lits pour 100 000 résidents potentiels de 60 ans et plus



SOURCES : DREES, ORSM, GEOFLAT
 EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

ANALYSE

ANALYSE

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 symptômes démentiels). La maladie d'Alzheimer représente la principale cause de dépendance lourde des personnes âgées et des entrées 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) 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.

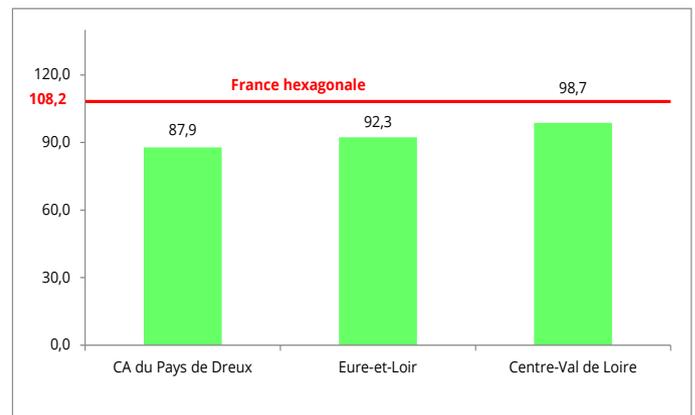
En 2019, 497 résidents du Pays de Dreux sont pris en charge en ALD pour la maladie d'Alzheimer ou une autre démence (2 317 dans l'Eure-et-Loir, 16 152 dans la région Centre-Val de Loire et 406 201 personnes en France hexagonale).

Entre 2017 et 2019, 105 personnes du territoire ont été nouvellement admises, en moyenne, par an, en ALD pour maladie d'Alzheimer et autres types de démences (34 hommes et 71 femmes). Ces ALD représentent 3,8 % de l'ensemble des nouvelles admissions en ALD du territoire, un taux inférieur à ceux des autres territoires de référence (4,7 % pour le département, 5,3 % pour la région et 5,2 % pour la France hexagonale).

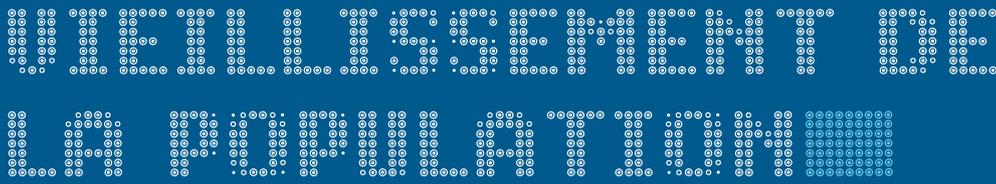
À structure d'âge égale, le taux comparatif de nouvelles admissions en ALD pour ces pathologies est de 87,9 pour 100 000 habitants, soit un taux comparable à celui de l'Eure-et-Loir (92,3) mais inférieur à ceux de la région (98,7) et de la France hexagonale (108,2).

Rapportée à la population des 65 et plus, le taux du Pays de Dreux est de 507,9 pour 100 000 habitants. Ce taux est comparable à celui du département (537,8) mais inférieur aux taux de la région (575,4) et de la France hexagonale (631,8).

TAUX COMPARATIF D'ADMISSIONS EN ALD POUR MALADIE D'ALZHEIMER ET AUTRES DÉMENCES (2017-2019)



SOURCES : CNAMTS, CCMSA, RSI
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
TAUX POUR 100 000 HABITANTS



Ressources disponibles sur le territoire

La Maison Départementale de l'Autonomie (MDA) du pays Drouais, située à Dreux, est un guichet unique dont la mission est d'informer les personnes handicapées ou âgées et leurs familles sur leurs droits et les aides et ressources existantes auxquelles elles peuvent prétendre (aide à la personne, offre de soins à domicile, établissements et services) et de les accompagner dans les démarches. Elle instruit les demandes d'aides financières délivrées par le Département.

la Maison Départementale de l'Autonomie regroupe en son sein la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) et le Centre Local d'Information et de Conseil pour les personnes âgées (CLIC).

De nombreuses structures d'aide à la personne participent au maintien à domicile des personnes âgées (mes services Maison Enfants Séniors homeservices ; ADHAP - Aide au Sourire ; SADS Réseau AUXI'life ; Planète services ; La Main Tendue 28 ; O2 Care services du Pays de Dreux; SAAD Domitys le chant des lavandiers; SAAD du CCAS de Vernouillet ; Serv. Travailleuses familiales)

Le centre d'accueil de jour Azalée est un établissement public, intégré au pôle personnes âgées du centre hospitalier de Dreux. Il s'inscrit dans la politique nationale (plan Alzheimer) et départementale (plan d'aide aux aidants). Il accompagne des personnes touchées par la maladie d'Alzheimer ou par des maladies apparentées, pour lesquelles le maintien de l'autonomie est devenu difficile et qui nécessitent une stimulation afin de poursuivre leur vie à domicile dans les meilleures conditions possibles. Pour cela il propose de façon spécifique et individualisée des activités de prévention et de réadaptation qui répondent aux besoins, aux envies et à l'évolution des difficultés de chaque usager :

- des activités cognitives : qui permettent de solliciter la mémoire, les capacités d'attention, d'organisation, de favoriser les repères dans le temps/dans l'espace et surtout d'entretenir la communication.
- des activités motrices : qui permettent de soutenir les initiatives, d'entretenir les capacités physiques, mais aussi et surtout de favoriser le mieux être corporel, et l'épanouissement individuel.
- des activités bien être : qui favorisent la détente, l'apaisement ainsi que la réduction des douleurs.
- des activités quotidiennes.

Le Caja vise à maintenir l'autonomie des personnes malades, mais également à soulager les aidants et entretenir les liens sociaux. Certaines de ses actions s'adressent donc à la fois aux personnes malades et à leurs aidants. Le Caja propose ainsi depuis début 2022 des actions gratuites, soutenues par la conférence des financeurs, la Carsat, la MDA à destination des aidants :

- un cycle de 10 séances de sophrologie aidant/aidé, leur permettant de se retrouver autrement et de partager un moment d'échange et de plaisir. Ces séances permettent de transmettre des outils utilisables au domicile.
- un cycle de 8 séances de yoga destiné aux aidants, pour leur offrir un temps de répit, favoriser le relâchement des tensions, regagner en énergie, être à l'écoute de leur rythme propre.
- un cycle de 10 séances de remise en forme avec une activité physique adaptée (à partir de septembre 2022), pour permettre aux aidants de rester en bonne santé, entretenir leurs capacités physiques, inviter les aidants à être dans une écoute individuelle de leur rythme et de leur corps.
- un cycle de 8 conférences en soirée, animées par des partenaires du territoire sur des thématiques différentes (Je vis dans un environnement adapté ; j'adopte des habitudes de vie saines ; j'améliore mes connaissances sur la maladie ; je mets en place des solutions de répit ; je demande de l'aide , Emotions et communication, je m'adapte aux variations ; Je reste serein).

CONSEILS D'ALCOOL

CONSEILS D'ALCOOL

CONSEILS D'ALCOOL

Une consommation d'alcool divisée par plus de deux en 50 ans...

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 de plus de 15 ans en 1961 à 11,6 en 2018 (*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 75 000 par an en 2015), de par les dégâts pulmonaires mais aussi cardiovasculaires et tumoraux engendrés par sa consommation.

Cette dernière, après deux décennies de franche diminution, est en légère hausse depuis quelques années ; notamment chez les femmes.

Selon Santé publique France, la région Centre-Val de Loire se situe dans la moyenne nationale quant au nombre de consommateurs de ces deux produits. En 2017, parmi les 18-75 ans, 28,0 % déclaraient fumer quotidiennement en région Centre-Val de Loire contre 26,9 % en France hexagonale.

Mortalité par pathologies liées au tabac

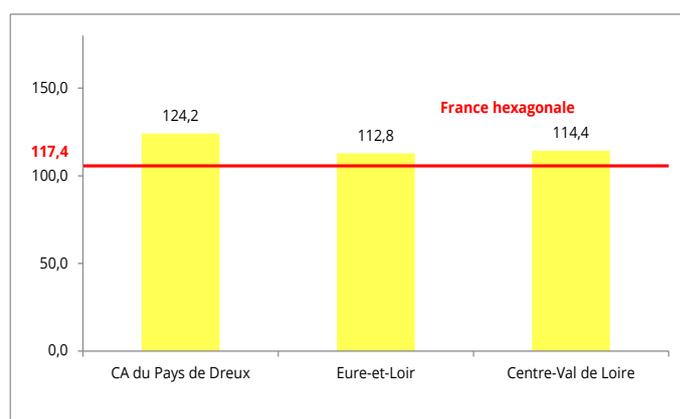
On peut représenter de manière très schématique la mortalité liée à la consommation de tabac par celle de 3 pathologies prédominantes et relativement spécifiques, ou du moins, dont le fait de fumer représente un facteur de risque clairement établi (cancers de la trachée, des bronches, broncho-pneumopathie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

Sur le territoire, la mortalité imputable au tabac représente 138 décès, en moyenne, par an, sur la période 2008-2016 (dont 65% d'hommes).

Le taux comparatif de mortalité du territoire, après standardisation, est de 124,2 décès pour 100 000 habitants, soit un taux significativement supérieur à ceux du département (112,8) et de la région (114,4) et comparable à celui au niveau national (117,4).

De grandes variations entre les sexes sont observées, car si le taux comparatif de mortalité pour les femmes du territoire est de 72,9 décès pour 100 000 habitantes, il est de 192,7 chez les hommes.

TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ PAR PATHOLOGIES IMPUTABLES AU TABAC (2008-2016)



SOURCES : INSERM CÉPIDC, INSEE
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
POPULATION DE RÉFÉRENCE : FRANCE HEXAGONALE (RP 2006)
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 trois pathologies propres à celle-ci : la cirrhose alcoolique, la psychose alcoolique et les cancers des voies aérodigestives supérieures.

Durant la période 2008-2016, sur le territoire, les pathologies liées à l'alcool sont responsables, en moyenne, par an, de 33 décès. Ces pathologies représentent 3,5 % de la mortalité totale, chiffre comparable à ceux retrouvés dans les territoires de référence (3,7% sur l'Eure-et-Loir, 3,5 % en région et 3,4 % en France hexagonale).

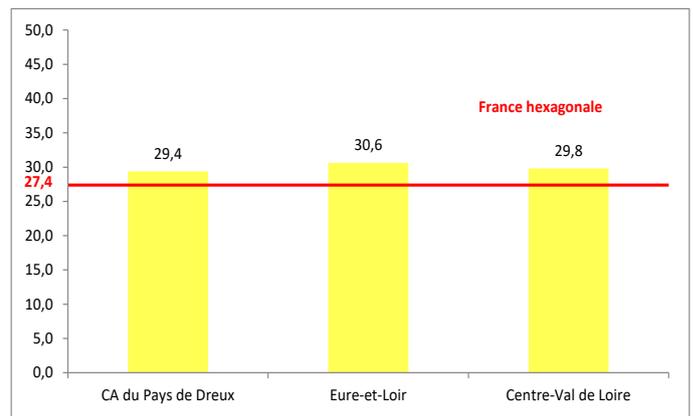
Après standardisation par tranches d'âge, cela correspond, sur le territoire, à un taux comparatif de 29,4 décès par pathologies liées à l'alcool pour 100 000 habitants, soit un taux non significativement différent de ceux du département (30,6), de la région (29,8) et de la France hexagonale (27,4).

De grandes variations entre les hommes et les femmes sont là encore enregistrées, avec des taux comparatifs de 12,5 décès pour 100 000 femmes contre 49,5 décès pour 100 000 pour les hommes sur le territoire.

Patients hospitalisés pour troubles liés à la consommation d'alcool

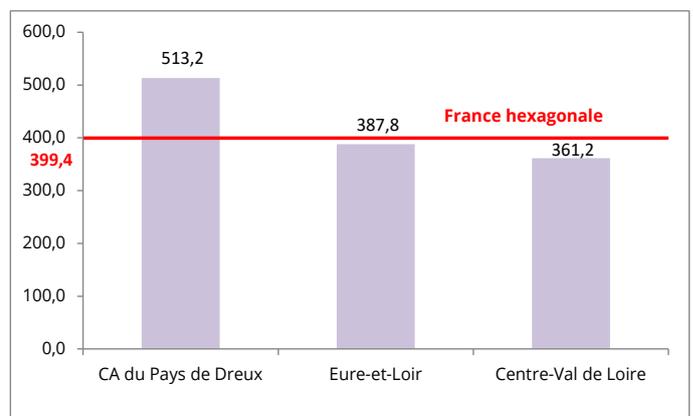
Entre 2017 et 2019, 497 patients de l'Agglo du Pays de Dreux ont été hospitalisés, par an, en moyenne. Après standardisation sur l'âge, le taux du territoire est de 513,2 patients hospitalisés pour 100 000 habitants, soit un taux significativement supérieur à ceux retrouvés dans le département d'Eure-et-Loir (387,8), dans la région (361,2) et en France hexagonale (399,4).

TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ PAR CONSOMMATION EXCESSIVE D'ALCOOL (2008-2016)



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 (2017-2019)



SOURCES : ATIH (PMSI MCO 2017-2019), INSEE (RP 2017)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
TAUX POUR 100 000 HABITANTS

RENSEIGNEMENTS

Centre-Val de Loire

2018

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

En 2018, au sein de la région, 63 % des nouvelles séropositivités sur cette période sont des hommes, et la classe d'âge la plus touchée est celle des 25-49 ans avec 71,1 % des nouveaux diagnostics. En 2018, le nombre de diagnostic de sida en Centre-Val de Loire était estimé à 25 par million d'habitant, ce qui représente presque le double par rapport à la France métropolitaine sans l'Île de France (13 cas par million d'habitants).

Cela représente, avec 108 découvertes de séropositivité par million d'habitants en région, 2,7 sérologies positives pour 1 000 habitants, soit le second taux le plus élevé en France métropolitaine après l'Île-de-France (3,3). C'est près de deux fois plus que les autres régions où la moyenne est de 1,3.

Cela correspond à 278 personnes ayant découvert leur séropositivité en 2018 dans la région.

Le Centre-Val de Loire est également mauvais élève en matière de dépistage : la région pratique beaucoup moins de tests de dépistage qu'ailleurs. En 2018, Santé publique France estime que 61 sérologies ont été réalisées pour 1 000 habitants en région Centre-Val de Loire contre 76 pour 1 000 à l'échelle nationale.

(Source : Santé publique France)

Grossesses précoces

Sur la période 2016-2019, 0,2 % des mères de l'Agglo du Pays de Dreux étaient mineures au moment de l'accouchement. Ce chiffre est comparable à celui retrouvé dans l'Eure-et-Loir (0,3 %) et en région Centre-Val de Loire (0,5 %).

PROPORTION DE MÈRES MINEURES (2016-2019)

	Nombre de mères mineures à l'accouchement	Part dans l'ensemble des accouchements (en %)
CA Agglo du Pays de Dreux	12	0,2
Eure-et-Loir	56	0,3
Centre Val de Loire	469	0,5

SOURCES : PMI
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

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 2020, 23 établissements de santé pratiquent l'IVG en région Centre-Val de Loire (dont 4 établissements dans le département d'Eure-et-Loir).

Selon la SAE en 2020, 61,4 % des 151 051 IVG pratiquées en France métropolitaine durant l'année l'ont été par

LE NOMBRE D'IVG

PRATIQUÉES EN 2020

EN RÉGION CENTRE-VAL DE LOIRE

administration médicamenteuse (contre 54,0 % en 2010 et 58,2 % en 2017). Ce pourcentage est plus faible en région Centre-Val de Loire (59,5 % des 5 574 IVG) et atteint 74,0 % dans l'Eure-et-Loir et 73,2 % dans l'Agglo du Pays de Dreux.

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. Depuis le décret du 6 mai 2009, les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) réalisent également des IVG médicamenteuses.

La loi de modernisation de 2016 autorise par ailleurs les IVG instrumentales hors établissement de santé, dans les centres de santé et CPEF, mais seules quelques communes ont déjà entamé les démarches pour leur mise en place. Enfin, depuis juin 2016 les sages-femmes libérales peuvent pratiquer des IVG médicamenteuses dans leurs cabinets.

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 Dress, en 2020, 18,7 % des IVG en région Centre-Val de Loire ont été réalisées hors établissement de santé (cabinets, centres de santé, centre de planification ou d'éducation familiale...), contre 17,5 % en 2018.

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). En 2020, le taux de recours à l'IVG en région Centre-Val de Loire est de 13,5 ‰ femmes âgées de 15 à 49 ans (14,8 ‰ en France hexagonale).

Selon la Dress, en 2020, c'est parmi les femmes de 20 à 29 ans que les IVG restent les plus fréquentes (25,7 % parmi les 20-24 ans et 27,1 % parmi les 25-29 ans), mais avant 40 ans, les taux ont baissé par rapport à 2019 dans toutes les tranches d'âge, et particulièrement chez les 18-25 ans. La baisse constatée depuis 2007 se poursuit chez les mineures. En effet, selon l'enquête, en 2020 le taux d'IVG chez les mineures en région Centre-Val de Loire est de 4,2 pour 1 000 femmes de 15 à 17 ans (4,7 ‰ en France métropolitaine) contre 6,1 ‰ en 2015.

NOMBRE D'IVG PRATIQUÉES EN 2020

	Nombre d'IVG	dont IVG médicamenteuse	IVG médicamenteuse (en %)
CA Agglo du Pays de Dreux	373	273	73,2
Eure-et-Loir	784	580	74,0
Centre-Val de Loire	5 574	3 317	59,5
France hexagonale	151 051	92 775	61,4

SOURCE : SAE DIFFUSION 2020
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

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 un rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 1 femme sur 10 est victime de violence conjugale. La conséquence de ces violences sur les femmes qui les subissent est une perte de l'espérance de vie allant de 1 à 4 ans.

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 l'étude nationale des décès au sein de couples réalisée par le ministère de l'Intérieur et de l'Aménagement du territoire, en 2016, une femme décède tous les 3 jours sous les coups de son compagnon contre 1 décès d'homme tous les 13 jours. Sur 138 personnes décédées victimes de leur partenaire en 2016, 79 % étaient des femmes (n = 109).

Le Eure-et-Loir dispose, au sein de la Direction départementale de la cohésion sociale, d'une délégation départementale 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.



Mortalité par accidents de la circulation

Entre 2008 et 2016, les accidents de la route représentent 0,9% des décès du territoire (0,8% dans le département, 0,7% en Centre-Val de Loire et 0,6% en France métropolitaine).

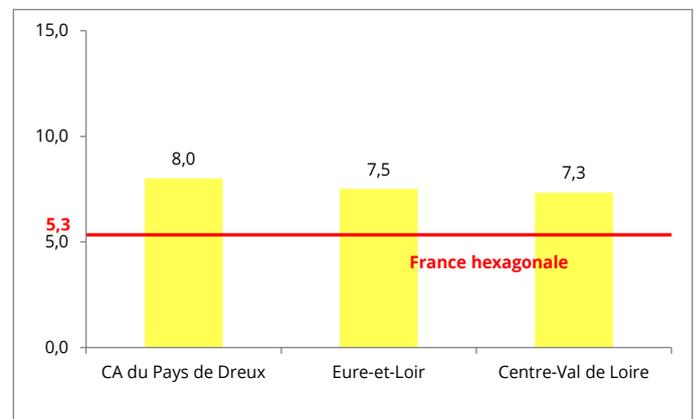
La région Centre-Val de Loire occupe le 2ème rang des 13 nouvelles régions françaises métropolitaines présentant les plus mauvais chiffres en matière de mortalité par accidents de la circulation derrière la Corse. Ce constat s'explique, mais en partie uniquement, par des éléments de géographie physique 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...).

Après standardisation, le taux de mortalité est de 8,0 pour 100 000 habitants, chiffre comparable à ceux du département (7,5) et de la région (7,5) mais supérieur au taux hexagonal (5,3).

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 38,6%, sur le territoire, soit un taux inférieur à celui retrouvé dans l'Eure-et-Loir (43,4%) et supérieur à ceux de la région Centre-Val de Loire (37,3%) et la France métropolitaine (27,7%).

Au total, les 15-24 ans représentent 28,6% de la mortalité par accidents de la circulation du territoire (26,0% dans l'Eure-et-Loir, 24,0% en Centre-Val de Loire et 22,5% en France hexagonale).

TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ PAR ACCIDENTS DE LA CIRCULATION (2008-2016)



SOURCES : INSERM CÉPIDC, INSEE
EXPLOITATION ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
RÉFÉRENCE FRANCE HEXAGONALE (RP 2006)
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 quatre 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 obèse 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.

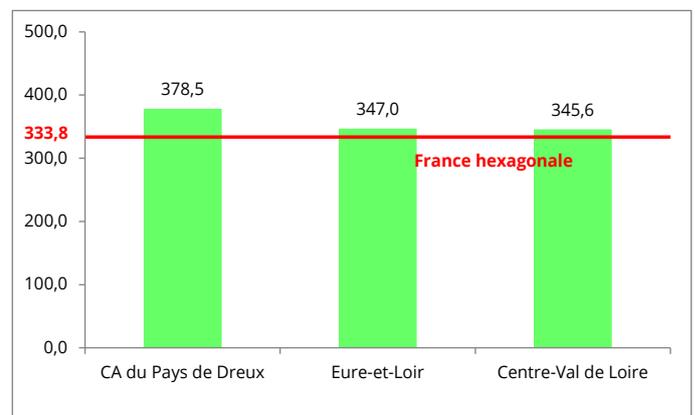
En région Centre-Val de Loire, 18,5% de la population âgée de 18 ans ou plus seraient en situation d'obésité (selon l'indice de masse corporelle), soit une proportion en hausse de 9,5% par rapport à l'année 2012 (16,9% de personnes en situation d'obésité). Cette proportion au niveau de la région est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

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 e/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.

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 2019, 5 678 résidents du Pays de Dreux sont pris en charge au titre d'une ALD diabète de type 2. Durant la période 2017-2019, 441 nouvelles admissions ALD pour diabète de type 2 ont été, en moyenne et par an, recensées au sein de la CA (247 hommes et 194 femmes). Après standardisation, le taux comparatif de nouvelles admissions en ALD pour le territoire pour le diabète de type 2 est supérieur à ceux observés dans le département, la région et en France hexagonale (378,5 individus pour 100 000 habitants dans le Pays de Dreux, 347,0 en Eure-et-Loir, 345,6 en Centre-Val de Loire et 333,8 en France hexagonale).

TAUX COMPARATIF D'ADMISSIONS EN ALD POUR TROUBLES LIÉS À LA NUTRITION (DIABÈTE DE TYPE 2) (2017-2019)



SOURCES : CNAMTS, CCMSA, 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 compte 17 pédicures-podologues sur le territoire au 1^{er} janvier 2017 (16 en libéral, 1 en mixte et aucun en salarié), soit une densité de 14,8 professionnels pour 100 000 habitants. Cette densité est inférieure à celles observées en Eure-et-Loir, en Centre-Val de Loire et en France hexagonale (respectivement 20,6, 19,4 et 21,4).

Cinq ophtalmologues sont installés sur le territoire au 1^{er} janvier 2021 (2 en libéral et 3 mixte), soit une densité de 4,4 professionnels pour 100 000 habitants. La densité d'ophtalmologues du département est de 4,9 pour 100 000 habitants. Celles de la région et de la France hexagonale sont respectivement de 6,3 et 8,7.

Concernant les diététiciens, 18 professionnels exercent sur le territoire (10 salariés, 4 en libéral et 4 en mixte) au 1^{er} janvier 2021, soit une densité (tous modes d'exercice confondus) de 15,7 diététiciens pour 100 000 habitants. Cette densité est inférieure à celles du département (17,8), de la région (21,3) et de la France hexagonale (23,6).

Ressources disponibles sur le territoire

Vie affective et sexuelle, violences faites aux femmes

Le centre de planification et d'éducation familiale est implanté dans les mêmes locaux que la MDA à Dreux. Leurs activités sont en pratique très intégrées. Il est possible de prendre rendez-vous par le CPEF ou la MDA pour avoir des tests de dépistage, un suivi gynécologique, des prescriptions de contraception dans des conditions d'anonymat, de gratuité, et sans autorisation parentale nécessaire.

Sur l'année 2019-2020, les services infirmiers de l'Education nationale ont mené différentes actions de d'éducation à la sexualité (touchant 1310 élèves sur le secteur de Dreux), et de prévention et lutte contre les violences sexuelles (touchant 269 élèves sur le territoire)

Jusqu'en 2021, la FRAPS IREPS 28 menait le R2S, Réseau Santé Sexualité, dans le département d'Eure et-Loir. Cette coordination a pour objectif de fédérer les acteurs œuvrant dans le champ de l'éducation à la vie affective et sexuelle. Elle existe depuis une vingtaine d'années et regroupe de nombreux acteurs : bénévoles et professionnels qui souhaitent échanger sur leurs pratiques et mutualiser leurs actions. Le réseau se réunit environ 4 fois par an.

Usages numériques, réseaux sociaux

En partenariat avec l'agglomération du pays de Dreux, et

du réseau local d'appui à la parentalité, la Fraps a animé un stand de documentation lors d'un forum numérique organisée au sein du lycée professionnel agricole d'Anet, en octobre 2020. Elle a ainsi mis à disposition des outils en éducation pour la santé adaptés aux divers publics (parents, enfants, adolescents et professionnels) et pu échanger avec nombre d'entre eux sur le thème des écrans et du numérique. Les professionnels ont pu s'informer également sur les autres missions et services proposées par la Fraps à cette occasion

Sur l'année 2019-2020, les services infirmiers de l'Education nationale ont mené des actions de prévention autour des nouvelles technologies et leurs usages (internet, écrans, jeux en ligne, réseaux sociaux) touchant 538 élèves du secteur de Dreux.

Conduites addictives

L'unité de Coordination de Tabacologie du CH de Dreux, dispositif d'aide à l'arrêt du tabac est constitué d'une équipe pluridisciplinaire qui accompagne les personnes désireuses d'arrêter le tabac. Des consultations individuelles ont lieu dans les services du centre hospitaliers. Les professionnels de santé de l'Unité de tabacologie communiquent sur le dispositif d'aide à l'arrêt du tabac, réalisent des actions de proximité en direction des habitants, et une sensibilisation les professionnels en contact direct avec les patients fumeurs



(structures œuvrant dans le domaine de l'addictologie, autres structures en fonction des actions, lycées...)

Le centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) du CHG de Dreux est un centre d'accueil, de consultations et de soins, qui s'adresse aux personnes adultes ou adolescents ayant un problème d'addiction avec ou sans produit, et à leur entourage. Au-delà de la prise en charge médico-psycho-sociale, l'équipe pluridisciplinaire du Csapa assure également des missions spécifiques d'intervention dans les milieux scolaires ; des actions de prévention et de sensibilisation (groupes, conférences...), et campagnes de dépistages hors les murs.

À Dreux est également présent une antenne du Csapa Cicat (local principal à Chartres). Ce dernier organise également des consultations jeunes consommateurs sur différents lieux à Dreux, aux lycées P. Nermont, Paulsen, Courtois et Violette. Le Csapa a organisé en action de prévention à Dreux une marche sans tabac, en proposant à tous les fumeurs qui le souhaitent de faire un samedi une marche de 2/3 heures sans fumer. Celle-ci permet aux usagers de se rendre compte des bénéfices respiratoires et de renforcer l'efficacité personnelle en prenant conscience qu'il est possible de ne pas fumer pendant ce temps, et que l'activité physique constitue une stratégie possible lors du sevrage tabagique. Les participants qui le souhaitent peuvent bénéficier ensuite d'un accompagnement individuel d'aide au sevrage tabagique par les professionnels du Csapa Cicat.

Sur l'année 2019-2020, les services infirmiers de l'Éducation nationale ont mené différentes actions de sensibilisation et de prévention des conduites à risques et/ou addictives, touchant 299 élèves du secteur de Dreux.

Nutrition

L'Unité Prévention Éducation pour la santé (UPE) porté par le Pôle de santé publique du CH de Dreux est inscrite dans une dynamique de promotion de la santé à destination du territoire (professionnels du secteur sanitaire et social et habitants). L'UPE porte un projet global d'actions sur la thématique nutrition depuis une quinzaine d'années « Manger simplement, bouger souvent, la santé en avant ». Celles-ci sont soutenues par l'ARS, avec différents partenaires opérationnels et logistiques en fonction des actions. Les bénéficiaires des actions sont essentiellement les habitants des villes de Dreux et Vernouillet, et plus particulièrement les enfants et adolescents et les personnes en situation de précarité, les femmes enceintes, et le public en situation de handicap (Centre hospitalier de Dreux, Maison des adolescents, Centre habitat Anaïs de Vernouillet, le clos du renouveau à Dreux, pension de famille Adoma de Vernouillet, épicerie sociale de Dreux, maison proximum de la ville de Dreux).

Le réseau pour la prise en charge et la prévention de l'obésité en pédiatrie dans la région drouaise a pour vocation de mettre en commun des compétences et expériences autour de l'enfant obèse. Il s'agit de promouvoir la formation et l'information sur l'obésité pédiatrique dans ses différentes dimensions : médicale, psychologique, diététique et d'activité physique, et en faciliter l'accès à la fois pour les familles et pour les professionnels. Nos objectifs sont de :

- améliorer la prise en charge des enfants ou adolescents obèses en milieu hospitalier ou en ambulatoire,
- promouvoir et mettre en place le dépistage et la prise en charge précoce,
- sensibiliser l'ensemble des médecins s'occupant d'enfants à cette pathologie dramatiquement croissante,
- promouvoir la formation et l'information sur l'obésité, développer et mettre en commun des pratiques et des outils pour améliorer la prise en charge de l'enfant obèse,
- promouvoir des actions de recherche clinique, thérapeutique et fondamentale dans le cadre de l'obésité et de ses complications,
- favoriser l'implication de tous les professionnels en contact avec les enfants,
- favoriser les liens avec les différentes instances institutionnelles et associations s'occupant d'enfants et adultes obèses.

Sur l'année 2019-2020, les services infirmiers de l'Éducation nationale ont mené différentes actions de sensibilisation autour de l'éducation nutritionnelle, la promotion de l'activité physique, de l'équilibre alimentaire, touchant 202 élèves du secteur de Dreux

DIAGNOSTIC LOCAL DE SANTÉ
EN VUE DE L'ÉLABORATION DU
CONTRAT LOCAL DE SANTÉ

ANALYSE DES BESOINS EN MÉDECINE GÉNÉRALISTE

OFFRE DE SOINS EN MÉDECINE LIBÉRALE

CA DU PAYS DE DREUX

Offre de soins en médecine libérale

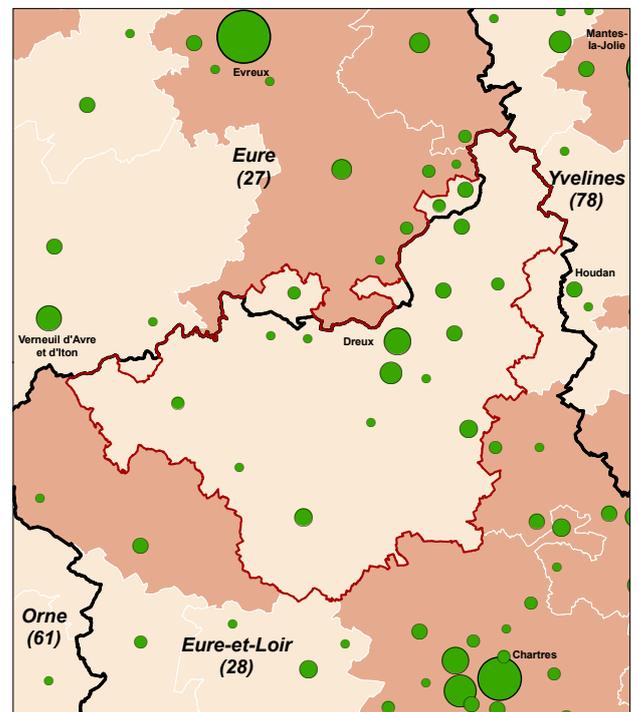
Selon le répertoire partagé des professions de santé au 1^{er} janvier 2021, la région Centre-Val de Loire est la région de France la moins dotée en médecins généralistes (libéraux, salariés et mixtes). Entre 2019 et 2021, le nombre de médecins généralistes en région Centre Val de Loire a diminué de 2,8 %. Dans l'Eure-et-Loir, le nombre de médecins généralistes a fortement diminué entre 2019 et 2021 (-7,9 %). Sur le Pays de Dreux, le nombre de médecins généralistes a diminué de 9,4 %.

Le Pays de Dreux compte 96 médecins généralistes (libéraux, salariés, mixtes) exerçant sur son territoire, soit une densité totale de 83,6 professionnels pour 100 000 habitants. Elle est comparable à celle de l'Eure-et-Loir (86,8) mais inférieure à celles de la région et de la France métropolitaine, avec des taux respectifs de 109,8 et 139,5 médecins généralistes pour 100 000 habitants.

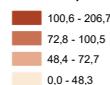
Le territoire compte 48 médecins généralistes libéraux pour une densité de 41,8 pour 100 000 habitants. Elle est inférieure à celles des territoires de référence (51,6 pour le département, 67,6 pour la région et 86,1 au niveau national).

Dans un contexte de démographie médicale d'ores et déjà problématique en région, le vieillissement des professionnels de santé, particulièrement des médecins généralistes libéraux, est à anticiper sur le territoire puisque 70,8 % d'entre eux ont 55 ans ou plus (64,6 % dans l'Eure-et-Loir, 53,9 % en Centre-Val de Loire et seulement 48,0 % en France hexagonale).

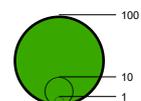
DENSITÉ DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX AU 1^{ER} JANVIER 2021



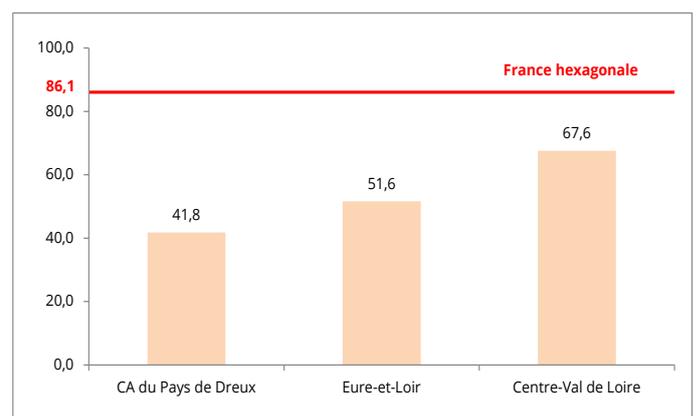
Densité de médecins généralistes libéraux (pour 100 000 habitants)



Nombre de médecins généralistes libéraux



SOURCES : RPPS 2021, INSEE (RP 2018)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE



SOURCES : RPPS 2021, INSEE (RP 2018)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

AGGLOMERATION DU PAYS DE DREUX

ANNUAIRE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

EN 2019

RETOUR À LA TABLE DES MATIÈRES

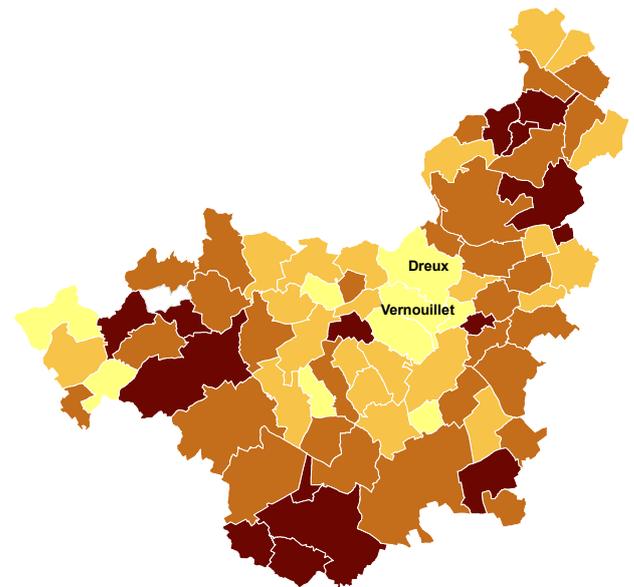
RECOURS AUX MÉDECINS GÉNÉRALISTES EN 2019

	Part des personnes ayant eu recours à un médecin généraliste au cours de l'année 2019
CA du Pays de Dreux	76,7 %
Eure-et-Loir	78,9 %
Centre-Val de Loire	79,9 %
France hexagonale	80,8 %

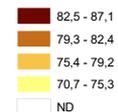
SOURCES : SNDS - DCIRS
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
POPULATION DE RÉFÉRENCE : RP 2006

En 2019, 76,7 % des assurés de l'Agglo du Pays de Dreux ont eu recours au moins une fois à un médecin généraliste. Le taux de recours à un médecin généraliste du territoire est inférieur à ceux des territoires de référence (respectivement 78,9 % dans l'Eure-et-Loir, 79,9 % en Centre-Val de Loire et 80,8 % en France hexagonale).

Ce taux masque par ailleurs de grandes disparités. En effet, si 87,1 % des assurés de Saint-Lubin-de-Cravant ont eu recours au moins une fois à un médecin généraliste en 2019, ils ne sont que 70,6 % sur la commune de Dreux.

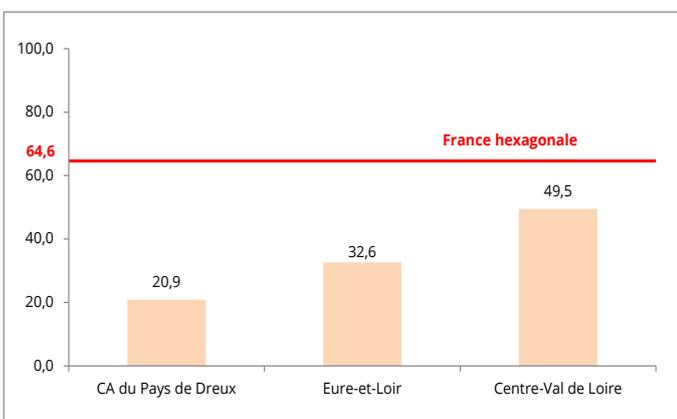


Taux standardisé de recours aux médecins généralistes (2019)



SOURCES : SNDS - DCIRS
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
POPULATION DE RÉFÉRENCE : RP 2006

DENSITÉ DE MÉDECINS SPÉCIALISTES LIBÉRAUX AU 1^{ER} JANVIER 2021



SOURCES : RPPS 2021, INSEE (RP 2018)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

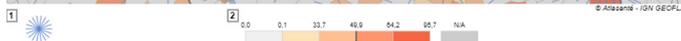
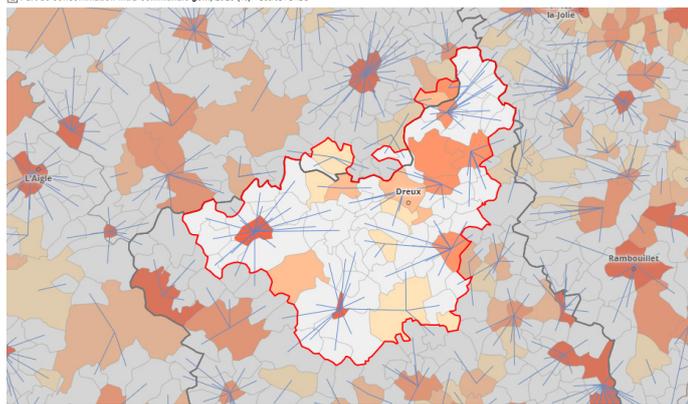
Selon le fichier RPPS au 1^{er} janvier 2021, la région Centre-Val de Loire est la région métropolitaine la moins dotée en médecins spécialistes. L'Agglo du Pays de Dreux compte au total 113 médecins spécialistes (24 en activité libérale, 17 en activité mixte et 72 salariés) soit une densité de 98,7 professionnels pour 100 000 habitants ce qui est inférieur aux territoires de référence (99,1 dans l'Eure-et-Loir, 131,4 en région et 182,1 en France hexagonale). Il en est de même pour les spécialistes libéraux avec une densité de 20,9 contre 32,6 pour le département, 49,5 pour la région et 64,6 pour le niveau national.

En 2021, dans l'Agglo du Pays de Dreux, après la médecine générale, les 2 spécialités les plus représentées sont la cardiologie et maladies vasculaires avec une densité de 10,4 et la psychiatrie avec également une densité de 10,4. Au niveau du département, c'est également la cardiologie et maladies vasculaires qui dispose du plus de professionnels avec une densité de 9,3, alors qu'au niveau régional et national, il s'agit de la psychiatrie avec des densités de 15,2 en Centre Val de Loire et 23,2 pour la France hexagonale.

PÔLE D'ATTRACTION^[1] DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET PART DE CONSOMMATION INTRA-COMMUNALE^[2] DES GÉNÉRALISTES

[1] Pôles d'attraction des médecins généralistes, 2020 - Source : SNDS

[2] Part de consommation intra-communale gén., 2020 (%) - Source : SNDS



SOURCES : SNIRAM, ATLASANTÉ, IGN GEOFLA
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

En 2020, 82,2 % des actes de médecins généralistes sur Brezolles sont consommés par des habitants de la commune. Viennent ensuite, sur la communauté d'agglomération, les communes de Châteauneuf-en-Thymerais (73,0 %), Anet (63,7 %), Abondant (63,6 %), Ivry-la-Bataille (56,5 %), Bû (56,2 %), Villemeux-sur-Eure (54,9 %) et Cherisy (53,3 %). Dans la commune de Maillebois, 42,6 % des actes de médecins généralistes ne concernent que des habitants de la commune, 39,4 % à Dreux, 37,6 % à Saint-Rémy-sur-Avre, 37,0 % à Ezy-sur-Eure, 36,4 % à Luray, 32,7 % à La Madeleine-de-Nonancourt, 23,1 % à Tréon, 22,9 % à Tremblay-les-Villages, 18,6 % à Vernouillet et 18,4 % à Saint-Lubin-des-Joncherets.

Offre de professionnels de santé libéraux sur le territoire

Au 1^{er} janvier 2021, 35 dentistes libéraux étaient installés au sein de l'Agglo du Pays de Dreux. La densité du territoire est de 30,5 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants, soit une proportion comparable à celle du département (30,6), mais inférieure à celles de la région (36,1) et de la France hexagonale (51,0).

Le territoire compte 98 infirmiers libéraux, pour une densité de 85,3 professionnels pour 100 000 habitants. Cette densité est proche de celle que l'on retrouve dans le département (86,6) mais inférieure à celles de la région (110,6) et de la France hexagonale (176,9).

Rapporté à la population de plus de 65 ans, ces derniers étant potentiellement les plus grands consommateurs de soins à domicile, la densité d'infirmiers libéraux au sein de l'Agglo du Pays de Dreux est de 471,3 pour 100 000 habitants de 65 ans et plus. Cette proportion, pourtant supérieure à celle de l'Eure-et-Loir (427,4), est néanmoins encore inférieure aux densités retrouvées dans la région Centre-Val de Loire (496,9) et au niveau national (886,2).

Au 1^{er} janvier 2020, le Pays de Dreux compte 41 masseurs-kinésithérapeutes libéraux, soit une densité de 35,7 professionnels pour 100 000 habitants. Elle est inférieure à celles de l'ensemble des territoires de référence (47,7 pour le département, 69,7 pour la région et 108,5 au niveau national).

S'agissant des orthophonistes, 11 professionnels exercent en libéral sur le territoire au 1^{er} janvier 2021, soit une densité de 9,6 orthophonistes pour 100 000 habitants. Là encore, cette densité est inférieure à celles observées en Eure-et-Loir (14,1), en Centre-Val de Loire (20,9) et en France hexagonale (29,7).

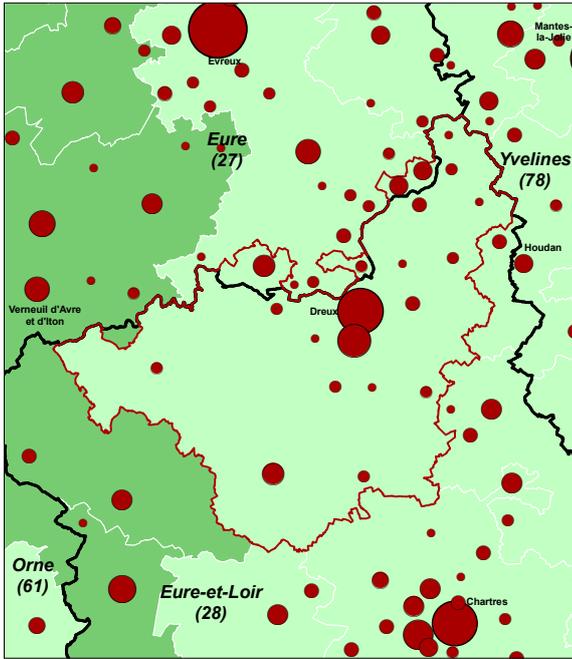
ANALYSE

ANALYSE

DENSITÉ DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX AU 1^{ER} JANVIER 2021

SOURCES : ADÉLI AU 01/01/2021, INSEE (RP 2018)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
* AU 1^{ER} JANVIER 2020 POUR LES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES

Infirmiers



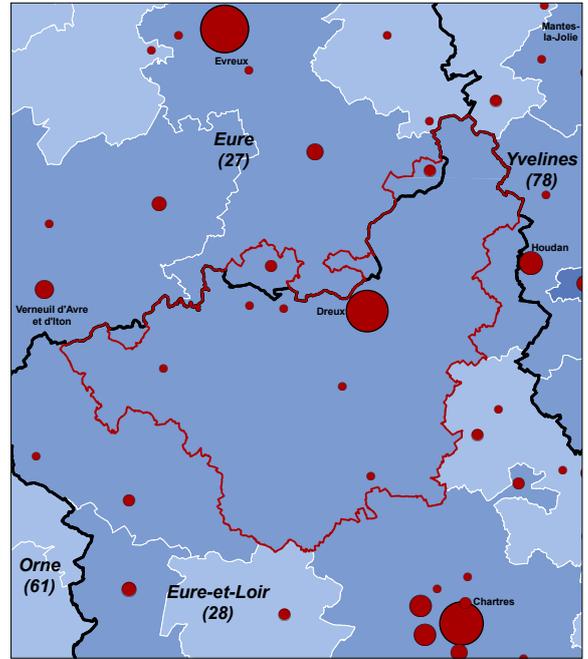
Densité d'infirmiers libéraux
(pour 100 000 habitants)



Nombre d'infirmiers libéraux



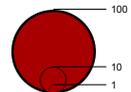
Chirurgiens-dentistes



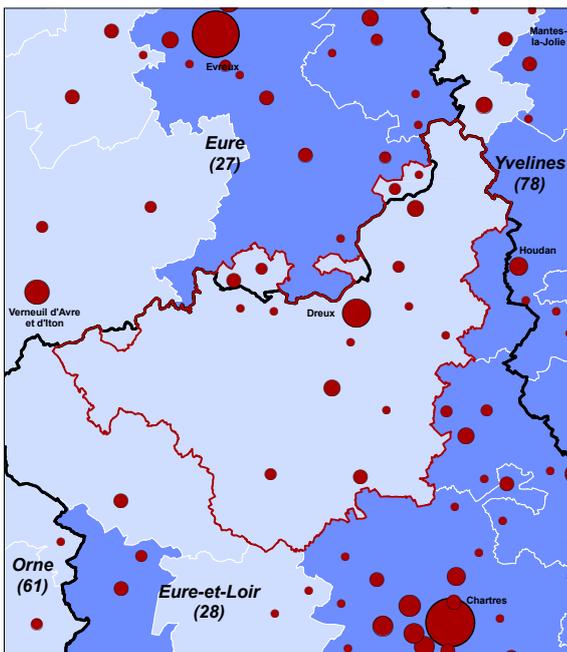
Densité de chirurgiens-dentistes libéraux
(pour 100 000 habitants)



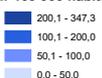
Nombre de chirurgiens-dentistes libéraux



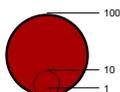
Masseurs-kinésithérapeutes*



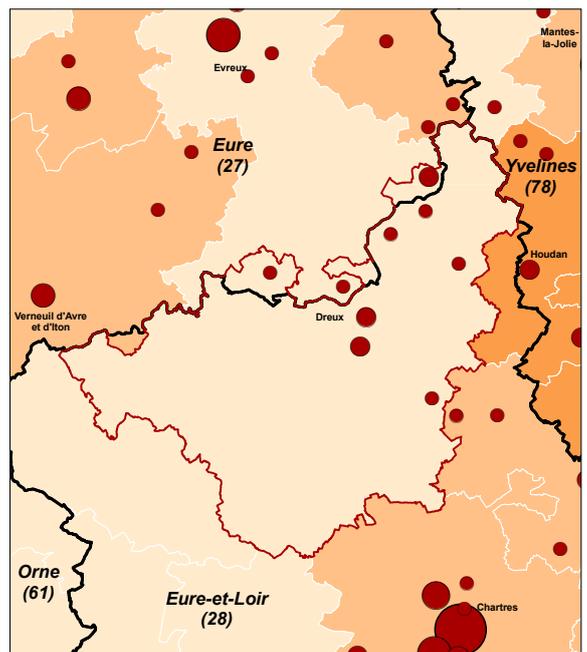
Densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux
(pour 100 000 habitants)



Nombre de masseurs-kinésithérapeutes libéraux



Orthophonistes



Densité d'orthophonistes libéraux
(pour 100 000 habitants)



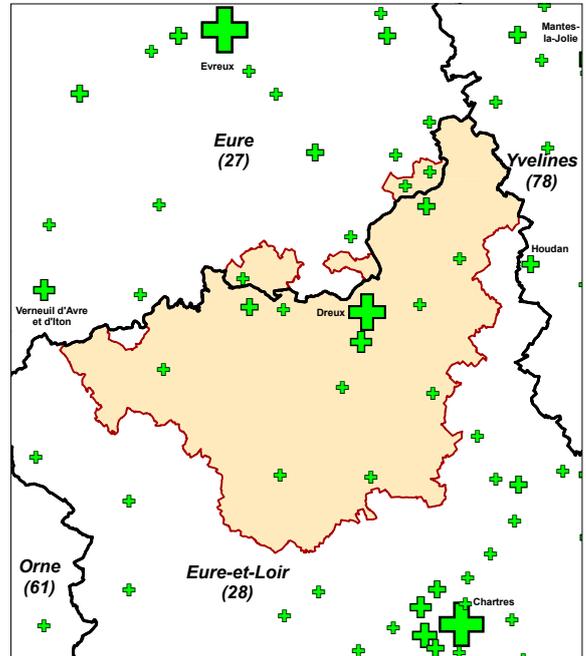
Nombre d'orthophonistes libéraux



Offre en pharmacie

Selon le fichier Finess, début 2022, 27 officines sont implantées sur le territoire représentant 1 pharmacie pour 4 254 habitants (1 pharmacie pour 4 075 habitants dans l'Eure-et-Loir, 1 pour 3 299 en Centre-Val de Loire et 1 pour 3 075 habitants en France hexagonale).

NOMBRE D'OFFICINES SUR LE TERRITOIRE EN 2021



Nombre d'officine en 2022



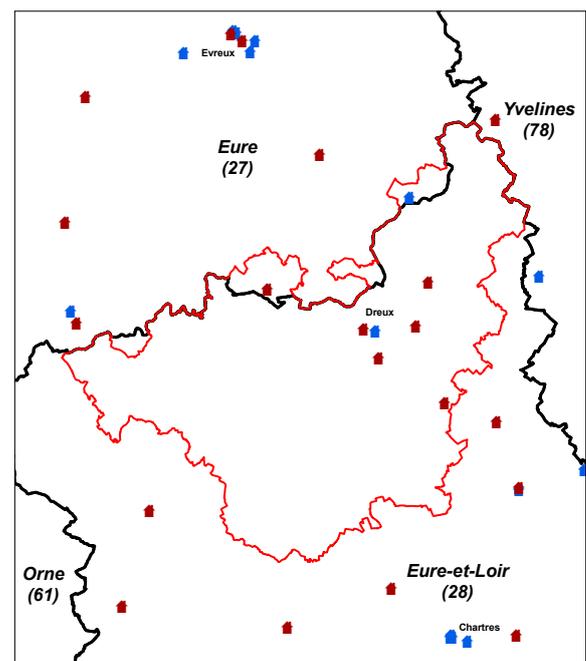
SOURCE : FINESS (JANVIER 2022)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

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 6323-3 du code de la Santé publique). Début 2022, six MSP sont implantées sur le territoire : La Madeleine de Nonancourt, Dreux, Cherisy, Villemeux-sur-Eure, Abondant et Vernouillet.

La commune de Dreux dispose également d'un centre de santé dentaire.

LES MAISONS DE SANTÉ PLURIDISCIPLINAIRE



■ Maison de santé (L.6223-3)
■ Centre de santé

Source : Finess (janvier 2022)
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire



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 : le samedi à partir de midi, les jours ouvrables de 20h à 23h, les dimanches et jours fériés de 8h à 23h, le lundi lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié. Au-delà de 23h, il existe un transfert de l'activité de permanence des soins vers les urgences hospitalières, et ce, jusqu'à 8 heures.

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 n'excédant pas 1h30 et de l'activité observée. Pour l'organisation de la PDSA, l'Eure-et-Loir est subdivisé en 8 secteurs en semaine et les week-ends et jours fériés.

L'Agglo du Pays de Dreux se situe sur les secteurs de Dreux Centre, Dreux Ouest et Dreux Est suivant où la population réside sur le territoire. Ces secteurs fonctionnent avec des gardes assurées les week-ends par les médecins généralistes depuis leur cabinet (1 médecin de garde le samedi de 14h à 20h et le dimanche et jour férié de 10h à 20h).

Les médecins peuvent également participer à la régulation des appels au Samu-Centre 15, en semaine de 20h à minuit, les samedi, dimanche et jours fériés de 8h à minuit.

Indépendamment de cette organisation, l'offre de soins sur le bassin drouais est renforcée par un dispositif de Consultation non programmée de médecine générale (CNPMG) qui est rattaché au Centre hospitalier de Dreux. Il repose sur le volontariat de médecins salariés du CH de Dreux et des médecins libéraux et propose des consultations de médecine générale en dehors des heures d'ouverture des cabinets de ville. Il y a un médecin en semaine de 17h à 23h, un médecin le samedi de 14h à 23h et un les dimanches et jours fériés de 11h à 18h. Ce dispositif n'entre pas dans l'organisation de la permanence des soins au niveau départemental.



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.

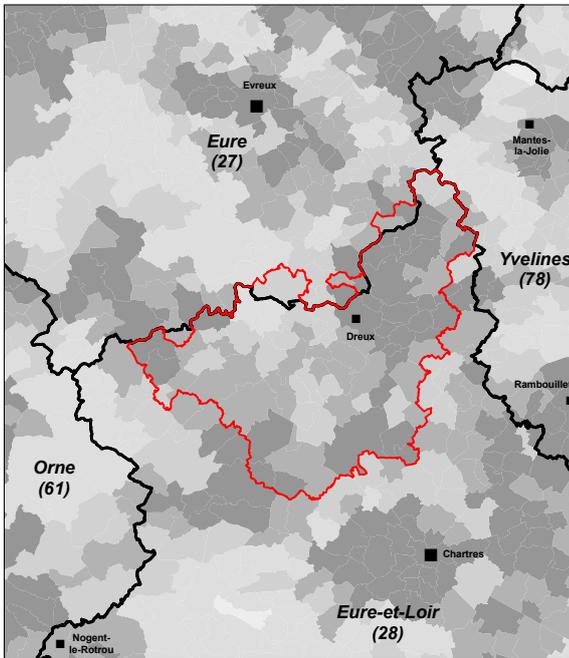
L'indicateur d'APL peut être synthétisé ainsi : un patient a, dans son entourage, plusieurs médecins accessibles (zone de recours, voir illustration). Plus le médecin est éloigné, plus son accessibilité est faible voire nulle au-delà d'un seuil. Chaque médecin accessible peut délivrer un certain nombre 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'accessibilité potentielle localisée 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.

À partir de cette mesure et sachant qu'en moyenne 22 % des assurés du régime général ne consultent pas dans l'année, plusieurs seuils d'accessibilité peuvent être retenus pour caractériser une commune comme « sous-dense » :

- APL inférieure à 1 consultation par an et par habitant ;
- APL inférieure à 2 consultations par an et par habitant ;
- APL inférieure à 2,5 consultations par an et par habitant ;
- APL inférieure à 3 consultations par an et par habitant.

APL AUX MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX



Indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) 2018 aux médecins généralistes (en nombre de consultations/visites accessibles par habitant standardisé)



Sources : SNIR-AM 2018, EGB 2018, CNAM-TS ; populations par sexe et âge 2016, distances METRIC, INSEE ; traitements DREES ; Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

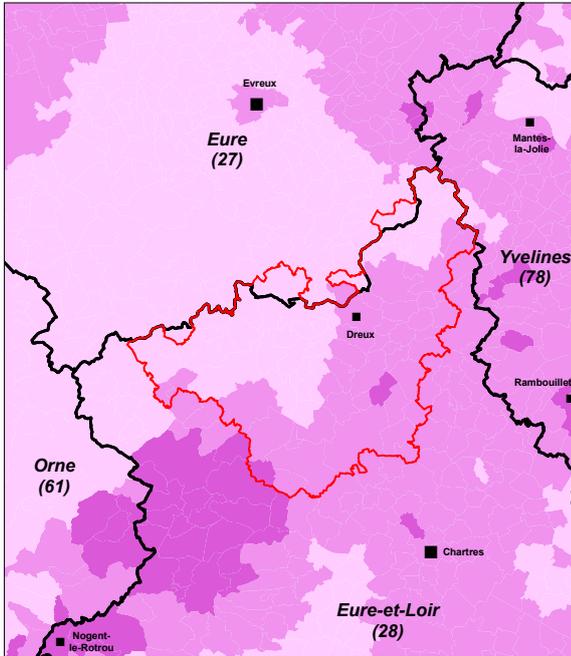
En 2018, en France, 11,0 % de la population nationale vit dans une commune sous-dense au seuil de 2,5 consultations par an et par habitant. En région cela concerne 21,4 % de la population et 24,3 % de la population Eure-et-Loir. À l'échelle du Pays de Dreux, 18,7 % des habitants vivent dans une commune sous-dense.

Les APL des sages-femmes, des masseurs-kinésithérapeutes 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.

Dans les différentes cartographies réalisées, l'APL est étudiée en 4 niveaux :

- le premier niveau concerne les communes où l'APL est la plus basse (inférieure ou égale à la moitié de la moyenne nationale) ;
- le deuxième niveau regroupe les communes à basse APL (comprise entre la moitié de la moyenne nationale et la moyenne nationale incluse) ;
- le troisième concerne les communes à APL élevée (c'est-à-dire supérieure à la moyenne nationale mais inférieure ou égale au double de la moyenne nationale) ;
- le quatrième concerne les communes où l'APL est la plus élevée (supérieure au double de la moyenne nationale).

APL AUX SAGES-FEMMES LIBÉRALES



Indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) 2016 aux sages-femmes de moins de 65 ans (en nombre d'équivalents-temps plein accessibles pour 100 000 femmes, à âge standardisé)

30,01 - 109,00
15,01 - 30,00
7,51 - 15,00
0,00 - 7,50
APL France : 15,0 / 100 000

Sources : SNIR-AM 2016, EGB 2016, CNAM-TS : populations par sexe et âge 2014, distancier METRIC, INSEE : traitements DREES
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

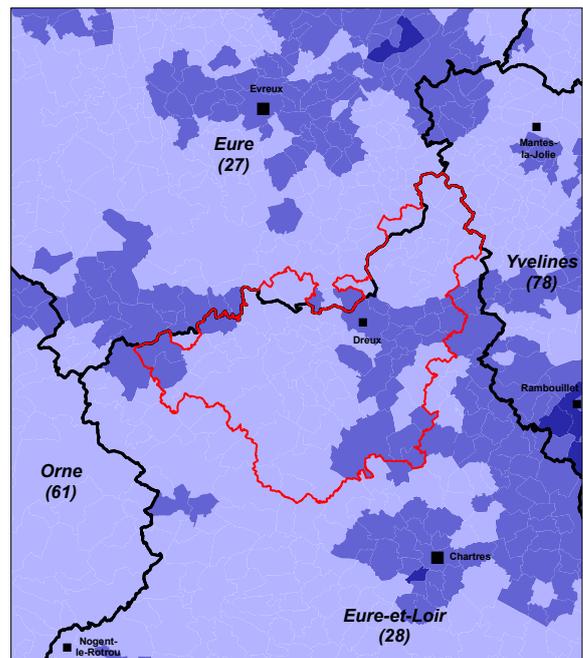
S'agissant des sages-femmes de moins de 65 ans, l'indicateur d'accessibilité potentielle en équivalent temps plein est de 15 ETP pour 100 000 femmes au niveau national.

Au niveau du Pays de Dreux, 53,1 % des communes ont des APL très basses, 45,7 % ont des APL basses. Sur les 81 communes que compte l'Agglo du Pays de Dreux, une seule commune, Ardelles, présente une APL élevée (17,1 équivalents-temps plein).

En 2016, l'accessibilité potentielle localisée aux masseurs-kinésithérapeutes de moins de 65 ans (en nombre d'ETP accessible pour 100 000 habitants standardisés) en France, est de 100,4.

Au sein de l'Agglo du Pays de Dreux, cette APL varie de 17,3 ETP accessibles pour 100 000 habitants à Prudemanche à 68,2 ETP à Sainte-Gemme-Moronval. 72,8 % des communes ont une APL très basse ; les autres ont une APL basse.

APL AUX MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES LIBÉRAUX



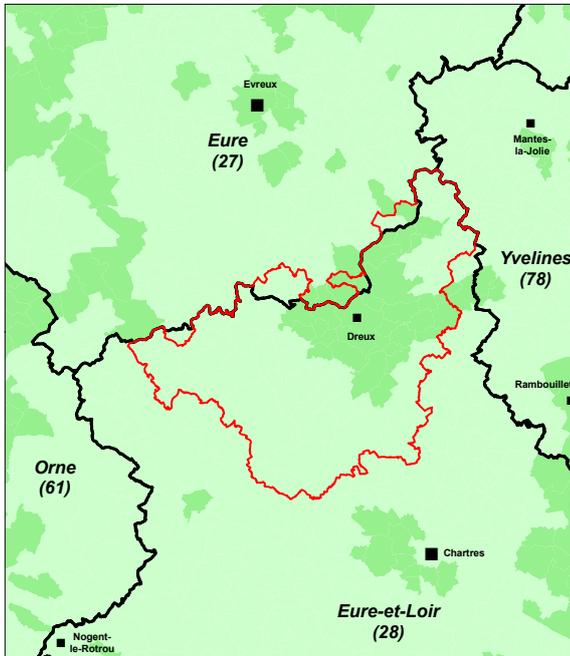
Indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) 2016 aux masseurs-kinésithérapeutes (de moins de 65 ans en nombre d'ETP pour 100 000 habitant standardisés)

200,81 - 750,30
100,41 - 200,80
50,21 - 100,40
0,00 - 50,20

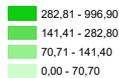
APL France : 100,4 / 100 000

Sources : SNIR-AM 2016, EGB 2016, CNAM-TS : populations par sexe et âge 2014, distancier METRIC, INSEE : traitements DREES
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

APL AUX INFIRMIERS LIBÉRAUX



Indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) 2016 aux infirmiers
(en nombre d'ETP accessibles pour 100 000 habitants standardisés)



APL France : 141,4 / 100 000

Sources : SNIR-AM 2016, EGB 2016, CNAM-TS :
populations par sexe et âge 2014, distances METRIC,
INSEE : traitements DREES
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

En 2016, l'accessibilité potentielle localisée aux infirmiers (en nombre d'ETP pour 100 000 habitants standardisés) en France est de 141,4.

Au sein de l'Agglo du Pays de Dreux, cette APL varie de 36,5 ETP à Saint-Jean-de-Rebervilliers à 115,3 pour la commune de Montreuil. 60,5 % des communes ont une APL très basse, c'est-à-dire inférieure à 70,7 ETP pour 100 000 habitants. Le reste des communes a seulement une APL basse (comprise entre 70,7 et 141,4 ETP).



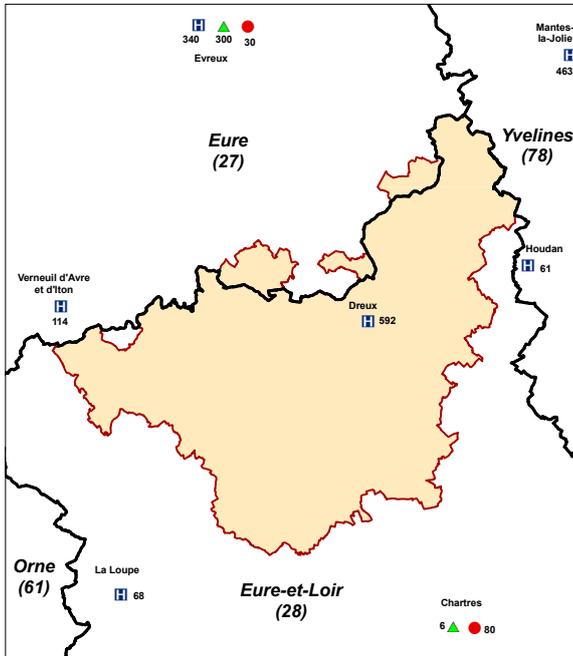
Équipements hospitaliers sur le territoire

L'offre sanitaire sur le département d'Eure-et-Loir se compose :

- du centre hospitalier Victor Jousselin de Dreux ;
- du centre hospitalier de Chartres (Hôtel Dieu à Chartres, Louis Pasteur à Le Coudray et Val de l'Eure à Chartres) ;
- du centre hospitalier de Châteaudun ;
- du centre hospitalier de Nogent-le-Rotrou ;
- du centre hospitalier (ex hôpitaux locaux) à La Loupe ;
- du centre hospitalier spécialisé dans la lutte contre les maladies mentales de Bonneval (sites de Bonneval et du Coudray) ;
- du Pôle médical de la Maison blanche de Vernouillet ;
- de l'Hôpital privé d'Eure-et-Loir de Mainvilliers ;
- des établissements de soins de suite et de réadaptation fonctionnelle à Blandainville, Gasville-Oiseme, Le Coudray, Mainvilliers, Nogent-le-Phaye et Illiers-Combray ;
- des établissements de soins de longue durée de La Loupe, Châteaudun, Dreux et Bonneval ;
- de l'hospitalisation à domicile à Chartres.

Le territoire bénéficie également de la proximité d'établissements dans les départements limitrophes, notamment avec les centres hospitaliers d'Evreux et de Verneuil-sur-Avre (Eure), le centre hospitalier de Rambouillet (Yvelines), le centre hospitalier régional d'Orléans (Loiret), etc.

LOCALISATION DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET NOMBRE DE LITS D'HOSPITALISATION COMPLÈTE EN 2020



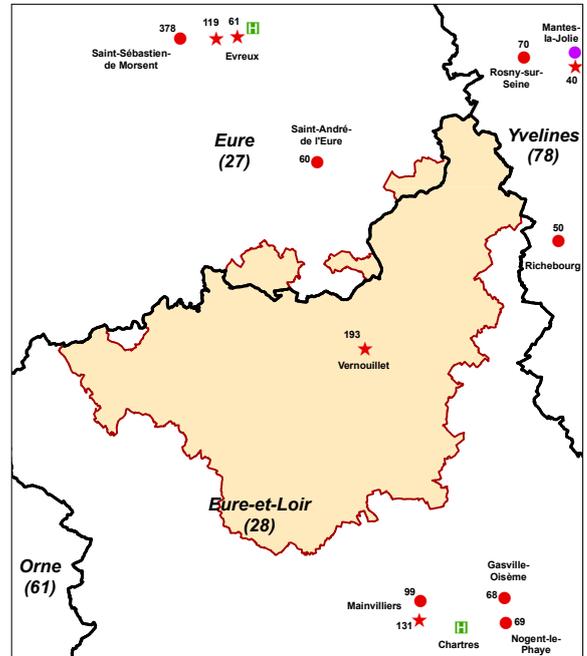
Etablissements publics de santé en 2020

- 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 6 à 592 : Lits installés en hospitalisation complète (MCO/PSY/SSR/USLD) au 31/12/2020

Source : SAE Diffusion (janvier 2022)
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

LOCALISATION DES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS DE SANTÉ ET NOMBRE DE LITS D'HOSPITALISATION COMPLÈTE EN 2020



Etablissements privés de santé en 2020

- Clinique / Pôle de santé / Hôpital privé
- Etablissement de psychiatrie
- Soins de suite et réadaptation fonctionnelle / Unité de soins de longue durée
- Hospitalisation à domicile (HAD)

De 40 à 378 : Lits installés en hospitalisation complète (MCO/PSY/SSR/USLD) au 31/12/2020

Source : SAE Diffusion (janvier 2022)
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

Les données hospitalières (PMSI MCO 2020) révèlent, pour l'année 2020, qu'une grande partie des 23 683 séjours des patients domiciliés dans le territoire se sont déroulés dans le département. En effet, 56,2 % d'entre eux ont eu lieu au centre hospitalier de Dreux, 10,3 % à l'hôpital privé d'Eure-et-Loir à Mainvilliers, 5,9 % au centre hospitalier de Chartres Louis Pasteur à Le Coudray et 1,5 % au pôle médical de la Maison Blanche à Vernouillet ce qui représente 74,0 % de l'ensemble des séjours hospitaliers du territoire.

À noter que 2,9 % des séjours ont eu lieu à l'hôpital privé de l'Ouest Parisien à Trappes (78), 1,7 % au CH privé de Montgardé à Aubergenville (78), 1,6 % au centre médico-chirurgical de Parly II à Le Chesnay-Rocquencourt (78), 1,5 % au centre hospitalier d'Eure-Seine à Evreux (27) et 1,4 % à la clinique Pasteur à Evreux (27). Enfin, 16,9 % des séjours ont eu lieu dans d'autres établissements.



Synthèse de la rencontre avec les élus, les professionnels et les habitants

Des difficultés d'accès à un médecin traitant en de nombreuses parties du territoire

La désertification médicale est au cœur des préoccupations des acteurs rencontrés, élus comme professionnels. Sur tous les sujets évoqués, cette problématique est signalée comme transversale. L'offre insuffisante de professionnels de soins primaires et de spécialistes accentue les inégalités d'accès aux soins, freine les dynamiques d'innovation et de coopération comme la mise en œuvre d'actions de prévention.

Un élu : « à Rouvres, on a une population vieillissante, et il y a de moins en moins les moyens de pouvoir se déplacer. (...) Maintenant, il faut aller à Dreux, pour trouver un médecin. »

Une offre insuffisante de médecins spécialistes et de paramédicaux

La volonté farouche de conserver son autonomie, propre à chaque professionnel de santé, est un des freins identifiés par les acteurs pour expliquer la faible dynamique de coordination observée. Cette volonté, acquise lors de la formation initiale, est responsable de l'inégale répartition de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire. Les politiques publiques, même incitatives, peinent à infléchir cette défense de l'autonomie professionnelle :

Un professionnel : « On a un problème, c'est le libre choix d'installation. Tant qu'on ne touchera pas à ça, on ne s'en sortira pas. Il y a des territoires, ils sont de plus en plus nombreux, et nous, on est de moins en moins nombreux. Or, il me semble que tout le monde en France devrait pouvoir se soigner correctement. Après faut quand même... il n'est pas question de dire à un médecin en fin de cursus : tu n'iras pas où tu veux. Il faut qu'il le sache dès le départ. Et donc, comme on repousse constamment ces décisions, un médecin il faut huit ans, un kiné, il faut 5 ans, minimum. Donc, de toute façon, les prochaines années... et d'après moi, cette décision ne sera pas prise, parce qu'elle est politiquement incorrecte, et puis là, vous allez vous heurter à ceux qui sont très nombreux, qui ne veulent pas qu'on touche à ça, et également aux syndicats et autres qui ne veulent pas, parce que ça fait partie de ce qu'on appelle les acquis. »

Un élu : « Installer sur la commune, voilà, on essaie, la mairie essaie de trouver des médecins, mais même en trouvant

la nouvelle façon de faire venir des médecins, en les faisant travailler que 35 heures, en les prenant en charge... Il n'y en a pas. »

Les acteurs rencontrés soulignent également le manque de structures d'aval après hospitalisation : la question de la continuité des soins est posée, en particulier pour les soins de suite gériatriques. Les places manquent en Ehpad publics, de même qu'il manque de structures en capacité d'accueillir des populations avec comorbidités.

Des situations de renoncement aux soins et de recours aux urgences par défaut

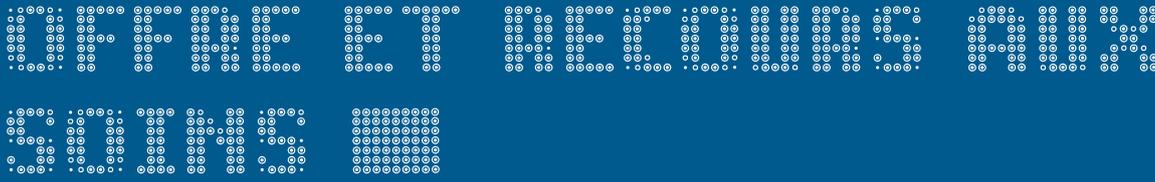
Sur le territoire, un grand nombre d'habitants renonce à se soigner, d'autant plus facilement et rapidement que l'inégale répartition des professionnels de santé autour de l'agglomération de Dreux induit un allongement des délais de prise en charge et que la précarité entraîne des problèmes de mobilité. La chronicisation des maladies entraîne des situations parfois dramatiques :

« La chronicité est quand même épuisante. Ils sont sollicités en permanence, et du coup, il y a très vite la difficulté, effectivement, si leur prise en soins devient compliquée, parce qu'il y a de la distance, parce que pour un rendez-vous, il faut mettre six mois... Ne serait-ce que pour un bilan pré-transplantation chez un patient, des fois, on traîne pendant des mois et des mois pour trouver les rendez-vous, les bons rendez-vous, pour clore le bilan. Et on revient toujours aux mêmes problèmes de démographie. Mais il y a un renoncement, parce qu'ils sont fatigués, aussi. Leur prise en charge est compliquée du début. Ils sont physiquement fatigués, mais aussi moralement, assez vite, dans des difficultés. Qui peut m'aider ? Ils ne trouvent pas forcément d'aide à côté de la maladie. L'accompagnement autre, encore une fois, sur le niveau social... Et je pense que ça renonce assez vite. On le voit bien. »

Un développement souhaitable de la prévention

Faute de personnels en nombre suffisant sur le territoire, l'impossibilité de mener des actions de prévention est soulignée dans différents domaines.

« On manque cruellement de professionnels de santé dans les écoles, à la fois pour travailler avec les familles, sur des tas de sujets, ça peut être l'addiction aux écrans, ça peut être l'équilibre



alimentaire, etc., le sommeil, etc. (...) dès les maternelles et en école primaire, parce que là, il y a une carence énorme et qu'il y aurait vraiment du travail de fond à faire dès la petite enfance. »

Les acteurs rencontrés sont pourtant bien conscients de l'importance de la prévention pour éviter l'aggravation de l'état de santé des patients, ainsi que la chronicisation des maladies qui représente un coût pour la collectivité :

« Et en prévenant ces patients, en les voyant deux, trois fois par semaine, ben on va éviter qu'ils chutent, on va éviter qu'ils passent par les Urgences, on va éviter qu'ils se fassent opérer et pour la collectivité, ça coûterait bien moins cher. Donc c'est ça en fait, ce qu'il faut. »

Une coordination entre professionnels perfectible

La communication entre les acteurs des zones urbaines et rurales, entre l'hôpital et la ville, entre médecins généralistes et spécialistes fait défaut. Aux dires des acteurs rencontrés, les clivages sont encore très vifs : « Chacun vit dans son petit microcosme ». Les efforts pour communiquer, importants et chronophages, reposent trop souvent sur des volontés individuelles, ce qui fragilise l'économie des coopérations et la coordination sur le long terme. Les habitudes de pensée ainsi que les cloisonnements demeurent liés à une époque où le contexte démographique et la répartition de l'offre de soins étaient différents :

« Il y avait une méfiance. Aujourd'hui, je me dis : est-ce qu'il y a encore une méfiance de la part des médecins, le fait de se mettre dans des maisons médicales, le fait de se mettre dans des réseaux ? Est-ce que parce qu'on est en réseau, on va prendre la place de, on va prendre la patientèle de bidule ? Ça l'est beaucoup moins, mais toutes les nanas avec qui je bosse, qui sont médecins, elles disent encore qu'il y a encore des traces de ça. C'est à dire qu'il faut qu'on fasse toujours attention, quand on envoie un patient, quand un médecin envoie un patient dans une association, une structure : est-ce que réellement le patient va revenir ? »

De plus, dans ce contexte de pénurie de l'offre de soins sur le territoire, les acteurs rencontrés soulignent la nécessité de renforcer les liens entre professionnels de santé : des dynamiques de coordination pré-existent, parfois depuis longtemps, mais celles-ci sont entravées par le turn-over au sein des équipes de soignants, les départs en retraite, etc. Le départ d'une seule personne très investie, connue pour son travail de mise en relation des acteurs, peut compromettre les efforts accomplis sur plusieurs années :

« Les acteurs, ils se connaissent, après, il y a eu beaucoup de mouvements, dans tous les services, il y a eu beaucoup de nouvelles arrivées, beaucoup de départs, donc les gens doivent

réapprendre, réapprendre comment fonctionnent les services, avoir un interlocuteur privilégié, retravailler ensemble, faire des réunions plus régulières. (...) C'est ça qui est un peu compliqué. Sinon les services, ils se connaissent, ils ont l'habitude de travailler ensemble. Mais c'est vrai qu'en fonction des personnes, il faut recréer du lien, renouer du lien, et remettre un sens au projet commun. »

« Madame P., qui assurait [la coordination d'un service], quand elle est partie, on a vu un vrai écart. Parce que finalement, dès qu'elle était, elle, sollicitée, elle était connue et reconnue : elle mettait tout le monde en lien. Mais du fait de son départ et du fait que son départ n'ait pas été... enfin, ça fonctionne plus, ça a créé au niveau des services un vrai blanc, on a fait temps mort et c'est dommage, on a senti le soufflé qui est redescendu et, moi je participais au conseil global de santé mentale il y avait une dynamique qui s'était mis en place et qui commençait à émerger. Et puis finalement, tout s'est arrêté, et c'est contre-productif, parce qu'on se dit toujours : ben, oui, on avait commencé quelque chose et puis derrière, il ne se passe rien. Et là, avec l'enjeu plutôt Agglo, ben voilà, je trouve que ça recrée d'autres perspectives et d'autres envies. Mais c'est vrai qu'il faut que ce soit porté et que ce soit... »

Le manque d'attractivité du territoire accentue ce phénomène de turn-over. Pourtant, c'est aussi la jeunesse des professionnels en début de carrière qui fait le dynamisme de ces réseaux :

« Les statistiques étaient infernales ici : chez les enseignants, chez les travailleurs de l'ASE, les travailleurs du monde social... La police aussi et dans l'administration et ainsi de suite, c'est comme à la mairie : ça change à un rythme supérieur, largement supérieur, à la moyenne d'autres territoires. (...) Il faut reconstruire, il faut remettre le travail sur le métier en permanence, il faut recréer... Chacun d'entre nous avons plusieurs générations de liens à faire. J'ai connu ça toute ma vie, j'ai fait 40 ans de vie professionnelle sur Dreux, et ça a été dix fois la relance. Mais c'est aussi ce qui fait le charme... parce qu'à chaque fois, il y a des idées toutes nouvelles, on recrée du lien nouveau et on a de nouveaux projets et ainsi de suite. »

La durabilité des réseaux est également mise en péril lorsque les professionnels s'essouffent, mobilisés par une tâche chronophage qui s'ajoute à leur charge de travail dans le cadre habituel de leur exercice.

« Ça prend un temps fou, déjà dans leur cabinet, ils y passent du temps, et ils acceptent de passer encore plus de temps, des soirées... Ça, vous n'allez pas en trouver des tonnes comme ça. Si ce n'est pas bien organisé, ça ne marche pas... Ça ne marche que parce que vous avez des gens qui, tout d'un coup, s'investissent énormément. »

Les acteurs rencontrés soulignent l'importance des



fonctions d'appui pour soutenir les efforts de coordination.

« On n'est pas commercial dans l'âme du tout. On est des soignants et donc on n'a pas du tout cette fibre de relationnel. On est tous dans notre coin à faire notre petit job, qu'on adore, on adore notre boulot, tout ça, c'est super. Mais effectivement, dès qu'il s'agit de travailler avec les uns, les autres, tout ça, ça demande de l'énergie, c'est chronophage. Mais du coup, c'est vrai qu'il faudrait des sortes d'équipes qui soient... qui savent réunir, qui savent communiquer, on n'est pas du tout là-dedans. »

Par ailleurs, s'il existe bien des dispositifs de coordination sur le territoire, ils demeurent parfois peu lisibles, du fait de leur sectorisation (à l'instar des CPTS focalisées sur l'activité libérale) et de l'émiettement des actions proposées. Des attentes sont exprimées : pour maintenir l'engagement dans la coordination, les acteurs soulignent la nécessité de renforcer l'information comme la formation pour faire connaître les enjeux, les ressources, les leviers des dispositifs existants et ainsi mieux identifier les problématiques à prioriser.

Évolution des champs de compétence des professionnels de santé

À plusieurs reprises, l'idée est énoncée qu'il devient urgent d'élargir le champ de compétence de certains professionnels de santé pour pallier la pénurie de l'offre de soins sur le territoire, en particulier dans les zones rurales. En premier lieu, c'est le dispositif Asalée qui est cité : pour la prise en charge des maladies chroniques, il concrétise le déploiement des coopérations entre professionnels de santé sur la base de protocoles validés et facilite l'accès aux soins dans les territoires. Ce dispositif est valorisé par les acteurs rencontrés car cette forme d'exercice coordonné permet de libérer du temps médical, de fluidifier les parcours des patients en améliorant la qualité de prise en charge, en même temps qu'il valorise de nouvelles compétences paramédicales. Le dispositif Asalée constitue en ville une alternative aux programmes d'Education thérapeutique collective proposés par les réseaux et dans les Maisons de santé pluriprofessionnelles.

« Heureusement, aujourd'hui, à l'échelle nationale, on envisage de trouver des remèdes à cette pénurie, cette absence de médecins de famille par milliers : les infirmières Asalée au sein des maisons de santé, par exemple. Mais ça fonctionne quand on est dans une démarche de collectif en fait, de travail collectif, pluridisciplinaire, où là, en effet, les infirmières Asalée peuvent décharger du temps médical sur du suivi de pathologies chroniques pour leur permettre de pouvoir répondre à d'autres problématiques de santé. Mais ça fonctionne seulement, je pense que c'est le maître mot aujourd'hui, de dire qu'on peut trouver des solutions, mais seulement en collectif. Ça ne

fonctionne pas de façon isolée. Mais c'est difficile de pouvoir créer ce collectif. »

De la même manière, les acteurs rencontrés soulignent l'intérêt d'avoir élargi le champ de compétence des infirmières avec la « pratique avancée ». Pour faciliter la prise en charge de soins de rééducation, les kinésithérapeutes reconnaissent également que l'activité physique adaptée peut être proposée par des éducateurs sportifs, mais tous reconnaissent que ces dispositifs ont des limites. D'une part, ils ne sont pas encore suffisamment déployés sur l'ensemble du territoire national et, par conséquent, les problématiques liées aux évolutions de la démographie médicale ne trouvent pas encore de réponse.

« Il n'y en a pas encore beaucoup qui sont formées, parmi celles qui sont formées, ce n'est pas si évident que ça de collaborer. »

D'autre part, cette évolution soulève des résistances chez certains professionnels qui y voient une menace ou un empiètement sur leur territoire d'exercice. Il faut laisser un temps d'acculturation aux professionnels pour qu'ils intègrent ces nouvelles pratiques professionnelles :

« Dans les Maisons de Santé, quand même, on a fait souvent le constat de voir qu'il y a quand même de plus en plus d'infirmières Asalée, enfin, c'est quelque chose qui rentre vraiment ans les mœurs, dans la construction des Maisons de Santé. »

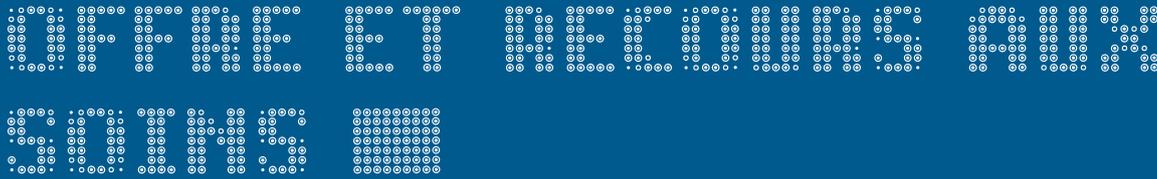
Téléconsultation

Une réflexion est à mener sur les enjeux du développement de la télémédecine. Les opportunités sont soulignées : permettre la rupture de l'isolement social, contribuer à l'amélioration de l'offre de soins pour certaines pathologies chroniques et à celle du taux de réponses aux urgences médicales. Elle renforce aussi l'autonomie des patients :

« Dans certaines communes, cette solution de téléconsultation, ça a permis de répondre à l'isolement social, c'est à dire que, comme la consultation ou la téléconsultation se faisait au sein de la mairie, enfin, vraiment dans les petites bourgades, ben du coup, tout le monde se retrouvait là et ça a aidé certaines personnes à rompre cet isolement social par ce biais-là. »

« De faire quatre visioconférences, plutôt que de se déplacer dans un Ehpad, ça peut être aussi intéressant. Je pense que c'est un outil qui pourra pallier certaines longueurs de trajets. »

Si certains acteurs se montraient a priori réservés sur le développement des téléconsultations, les épisodes successifs de confinement ont contribué à montrer que cela permettait d'alléger les tensions dans l'organisation de l'offre de soins, en particulier en période de crise sanitaire :



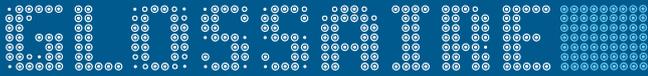
« Ça a été le cas pour la gestion de la crise Covid, avec le Prado Covid, avec les infirmières libérales, qui se rendaient au domicile et qui pouvaient envisager de faire une consultation en visio avec le médecin généraliste, pour le tenir informé de la situation et pour pouvoir alerter, si besoin. Ce sont des relais, c'est des outils, mais il faut les utiliser à bon escient et avec la population adaptée, parce qu'en effet, parler téléconsultation à une personne qui ne connaît pas Internet, ce n'est pas... »

Cependant, les acteurs s'accordent pour reconnaître que la télémédecine comporte encore de nombreux points sur lesquels une vigilance est nécessaire. Par exemple, il faut s'assurer de la sécurité des données de santé, veiller à la bonne efficacité des transferts d'information ainsi qu'à l'efficacité des dispositifs. Tous les établissements ne sont pas encore équipés du matériel performant, les personnels ne sont pas tous bien formés à l'utilisation de ces outils numériques :

« Il faut que ce soit sécurisé, il y a aussi le problème de crypto, donc là ces outils commencent à se développer, c'est tout récent comment. Nous on a une solution qui permet maintenant, par exemple, d'envoyer un hyperlien sur un smartphone d'un patient : il appuie dessus et hop, il y a une visio qui s'établit en plus elle est sécurisée, vis à vis de la CNIL, etc. : on est bien. Le problème c'est le transfert des dossiers patient. Quand on va dans un Ehpad, ou un autre établissement, très concrètement, les logiciels où sont renseignés les... le dossier patient de la personne. Ils ne sont pas... Mis à part faire des PDF et faire des copier-coller, c'est de l'informatique anachronique. On butte sur des problèmes très, très concrets, de ce type-là. »

« Maintenant, il est vrai que ces outils-là, il faut pouvoir s'en saisir, les utiliser, ça demande, au départ, un investissement, parce qu'on sait très bien, tous, qu'on maintient nos informations sur nos supports actuels, parce qu'on ne peut pas prendre le risque d'y aller tout de suite. En tout cas, il y a cette dimension de travail, avec ce volet sécurisé, qui pour l'instant n'était pas garanti par les outils numériques utilisés jusqu'alors. Il y a quand même des choses qui se mettent en place, après, voilà, certes, on sait très bien que le numérique a ses limites, mais aujourd'hui, au vu de ce qu'on a pu vivre ces derniers mois, on ne peut plus l'exclure de nos pratiques. »

« Il y a un cadre législatif dans lequel, il faut qu'on puisse, même si on sait que ça peut fonctionner, pour l'instant, c'est quelque chose qu'on réalise en eaux troubles et il y a un besoin de support logistique pour pouvoir porter ces activités-là de manière sécurisée et dans le respect des droits de l'usager : il y a encore du... C'est ardu, c'est complexe et ça va demander, ça demande du temps, quoi qu'il en soit. »



Admission en affection de longue durée (ALD) : 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).

Allocation aux adultes handicapés (AAH) : 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.

Allocation personnalisée d'autonomie (Apa) : 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 oeuvre ce plan d'aide.

ALSH : Accueil de loisirs sans hébergement

Anpaa : Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie

Apleat : Association pour l'écoute et l'accueil en addictologie et toxicomanie

Association de service à domicile (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 ».

Caarud : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues

Caf : Caisse d'allocations familiales

Camsp : Centre d'action médico-sociale précoce

CATTP : Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel

CCAS : Centre communal d'action sociale

CCDC : Centre de coordination des dépistages des cancers

CDAG : Centre de dépistage anonyme et gratuit

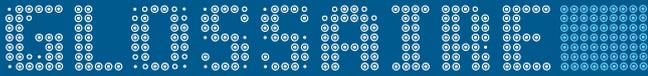
CeGIDD : Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (= CDAG + CIDDIST)

Centres locaux d'information et de coordination (Clie) : 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 oeuvre.



CESC : Centre d'éducation à la santé et à la citoyenneté

CH : Centre hospitalier

CHIC : Centre hospitalier inter communal

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

CMP : Centre médico-psychologique.

CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique

Couverture maladie universelle (CMU) : 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.

CPEF : Centre de planification ou d'éducation familiale

Csapa : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

Ehpad : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Elsa : Équipe de liaison et de soins en addictologie

Esat : Etablissement et service d'aide par le travail

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 1^{er} niveau comprend les personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotive et sociale et le 6^{ème}, les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie quotidienne.

Hospitalisation à domicile (HAD) : 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.

IME : Institut médico-éducatif

Indice de masse corporelle (IMC) : mesure de référence internationale égale au poids (en kg) sur le carré de la taille (en mètre).

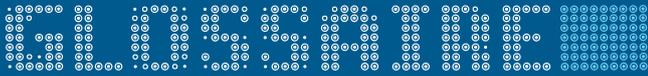
IST : Infection sexuellement transmissible

IVG : Interruption volontaire de grossesse

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

MDS : Maison départementale de la solidarité

MFPF : Mouvement français pour le planning familial



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

PCH : Prestation de compensation du handicap

Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) : 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.

Rased : Réseau d'aides spécialisées aux élèves en difficulté

Réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (Reaap) : 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.

Revenu de solidarité active (RSA) : 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...)

SASF : Service d'aide et de soutien aux familles

SAVS : Service d'accompagnement à la vie sociale

SEP : Sclérose en plaques

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

Sessad : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile

SSR : Soins de suite et de réadaptation

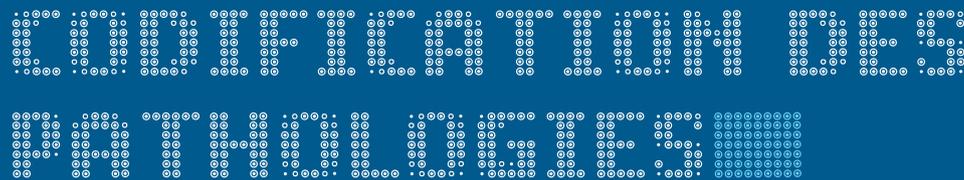
Taux comparatif de mortalité : le taux comparatif de mortalité, ou taux standardisé direct, est défini comme le taux que l'on observerait dans la région et dans les cantons si ses différents échelons géographiques avaient la même structure par âge que la population de référence. Les taux comparatifs 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

UFSBD : Union française pour la santé bucco-dentaire

Unafam : Union nationale de familles et amis de personnes 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 aiguë : 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



Agglo du Pays de Dreux
4 rue de Châteaudun
28100 Dreux
www.dreux-agglomeration.fr