ANNEXE 2

DIAGNOSTIC TERRITORIAL 2016 / 2019

SOMMAIRE

MÉTHODOLOGIE

CHAPITRE 1 – QUIMPERLE COMMUNAUTE, CONTEXTE GENERAL

1 - Environnement démographique et socio-économique

2 - Etat de santé global

CHAPITRE 2 – OFFRE DE SANTE ET RECOURS AUX SOINS SUR LE TERRITOIRE DE QUIMPERLE COMMUNAUTE

1 – L'offre et le recours aux soins somatiques et psychiatriques

A – Le premier recours
B – Les soins hospitaliers
C – Les soins psychiatriques
D – La consommation de soins

2 – Le secteur médico-social

A – Les personnes âgées
B – Les personnes en situation de handicap

3 – La prise en charge des conduites addictives et la prévention promotion de la santé

A – L'offre de soins en addictologie
B – La prévention promotion de la santé

MÉTHODOLOGIE

Le diagnostic territorial de santé est une démarche d'analyse de la situation d'un territoire, organisée de manière concertée. Il s'inscrit dans l'élaboration d'un projet de santé comprenant, outre le diagnostic, des phases de détermination de priorités et de construction d'un programme d'actions. Les objectifs de ce diagnostic sont les suivants :

- Améliorer la connaissance de la situation socio-sanitaire des acteurs (élus, institutions, professionnels, population),
- Recenser les ressources locales (professionnels, associations, équipements, actions conduites...) afin d'identifier celles qui sont susceptibles d'être mobilisées, mais également repérer les manques,
- Générer un consensus sur les problèmes à résoudre, les enjeux et les solutions envisageables,
- Permettre aux acteurs de mieux se situer dans leur environnement,
- Repérer les facteurs qui peuvent être favorables à l'action ou à l'inverse qui risqueraient de constituer des freins,
- Contribuer à la mobilisation locale pour la programmation d'actions.

Conformément aux recommandations de la Fédération nationale des Observatoires de Santé (FNORS), le diagnostic de Quimperlé Communauté combine une approche quantitative et une approche qualitative.

Un certain nombre d'éléments a été récolté auprès de différents acteurs (Institut national de la statistique et des études économiques, Observatoire de la Santé en Bretagne,...) afin de disposer de données quantitatives. Leur analyse a permis de mettre en exergue les forces et faiblesses du territoire, constituant ainsi le point de départ de la démarche qualitative.

Les professionnels, élus et bénévoles du territoire ont été interpellés selon différentes modalités.

La démarche de Contrat local de santé (CLS) a été présentée aux élus de douze communes de Quimperlé Communauté, afin d'identifier leurs besoins et attentes.

Plus de cinquante entretiens ont été menés auprès de professionnels et bénévoles du territoire intervenant dans les champs sanitaire, médico-social et social.

Un temps de présentation et d'échanges sur la démarche a été organisé dans le cadre des instances existantes : comité de suivi du Point d'Accueil Ecoute Jeunes (PAEJ), comité de suivi du Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC), commission Solidarités et Santé de Quimperlé Communauté.

Une rencontre thématique sur l'offre de soins a été initiée à l'échelle de la communauté d'agglomération. Lors de cette soirée, les professionnels de santé ont pu échanger autour de deux ateliers dédiés à l'exercice coordonné et l'exercice en milieu rural. Cette manifestation a réuni une soixantaine de professionnels. Un temps de restitution a été proposé aux professionnels, élus et associations du territoire.

Afin de finaliser la démarche, une réunion publique s'est tenue devant l'ensemble des acteurs interrogés. Elle a permis de valider collectivement les principaux résultats obtenus et de constituer les groupes destinés à travailler sur les pistes d'action dégagées.

CHAPITRE 1 : QUIMPERLÉ COMMUNAUTÉ, CONTEXTE GÉNÉRAL

En complément des découpages administratifs (départements, cantons et communes), la Bretagne compte huit territoires de santé, définis par l'ARS Bretagne. Ces territoires de santé sont organisés autour des besoins d'un bassin de population, d'une gradation de l'offre de soins et des plateaux techniques, et de la mise en œuvre de filières territoriales de prise en charge.

Quimperlé Communauté appartient au territoire de santé n°3 (Lorient – Quimperlé) et au Pays de Cornouaille. Elle regroupe seize communes : Arzano, Bannalec, Baye, Clohars-Carnoët, Guilligomarc'h, Le Trévoux, Locunolé, Mellac, Moëlan-sur-Mer, Querrien, Quimperlé, Rédéné, Riec-sur-Bélon, Scaër, Saint-Thurien, Tréméven.

Dans le cadre de l'approche quantitative du diagnostic, la démographie, l'environnement socio-économique et épidémiologique ont été étudiés.

1 - 1 : ENVIRONNEMENT DÉMOGRAPHIQUE ET SOCIO-ÉCONOMIQUE

Un accroissement de la population

EVOLUTION DE LA POPULATION DE QUIMPERLÉ COMMUNAUTÉ ENTRE 2011 ET 2012

2011-2012	Quimperlé Communauté		Finistère		Bretagne	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012
DENSITÉ	90	93,14	133,7	133,9	118,3	118,9
POPULATION TOTALE	54 601	56 536	899 870	901 293	3 217 767	3 237 097
SUPERFICIE	607,0	607,0	6 733,0	6 733,0	27 207,9	27 207,9

Densité de la population : rapport entre la population et la superficie d'un territoire. La densité de la population est exprimée en habitants par kilomètre carré

Source : Insee, recensement de la population 2011, 2012 - Limites territoriales au 1er janvier 2014

En 2011, Quimperlé Communauté comptabilisait 54 601 habitants. Une augmentation de ce nombre est constatée en 2012, à hauteur de 3,5%.

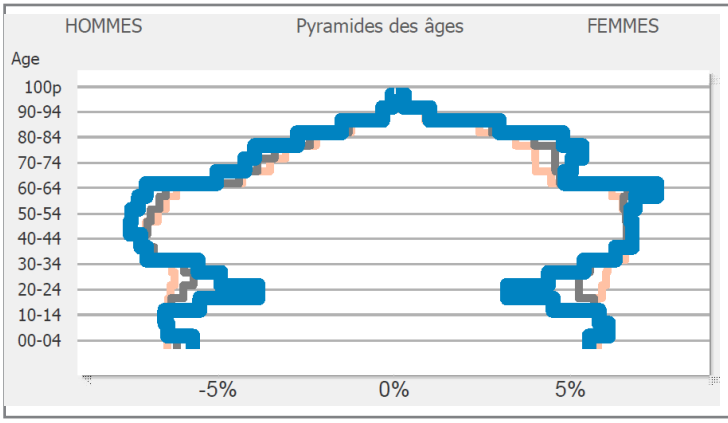
EVOLUTION ANNUELLE MOYENNE DE LA POPULATION DES SEIZE COMMUNES DE QUIMPERLÉ COMMUNAUTÉ ENTRE 2007 ET 2012

> + 2%	Guilligomarc'h, Locunolé, Quimperlé, Saint-Thurien, Rédéné
0 à + 2%	Arzano, Bannalec, Baye, Clohars-Carnoët, Le Trévoux, Mellac, Moëlan-sur-Mer, Querrien, Scaër, Tréméven
< 0%	Riec-sur-Belon

D'après l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), Quimperlé est la ville du Finistère « qui se démarque le plus parmi les grandes communes du département, en ayant les plus fortes progressions de population entre 2007 et 2012 ». Hormis la commune de Riec-sur-Bélon, l'ensemble des communes de Quimperlé Communauté connait une évolution positive de sa population annuelle.

La densité de population de Quimperlé Communauté est quant à elle inférieure à celle du Finistère et de la région, respectivement de 133,9 et 118,9 habitants au kilomètre carré.

Une population vieillissante



STRUCTURE DE LA POPULATION PAR ÂGE ET PAR SEXE

Une forte représentation de retraités

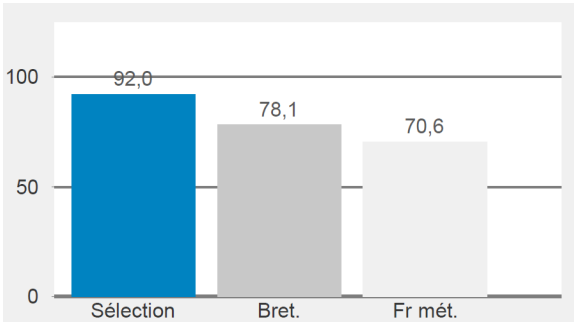
Bretagne

Territoire sélectionné

France métropolitaine

Source : INSEE, recensement de la population 2011

La pyramide des âges de Quimperlé Communauté présente une base étroite et une part des 0-4 ans inférieure à celle des 10-14 ans, ce qui signifie que la natalité est en diminution. En revanche, un sureffectif peut être relevé dans la classe d'âge des 30 à 64 ans. Ce bombement se répercutera dans les années à venir sur la part des plus âgés. La population de Quimperlé communauté est donc vieillissante, comme en France et en Bretagne, mais de façon plus marquée.



INDICE DE VIEILLISSEMENT

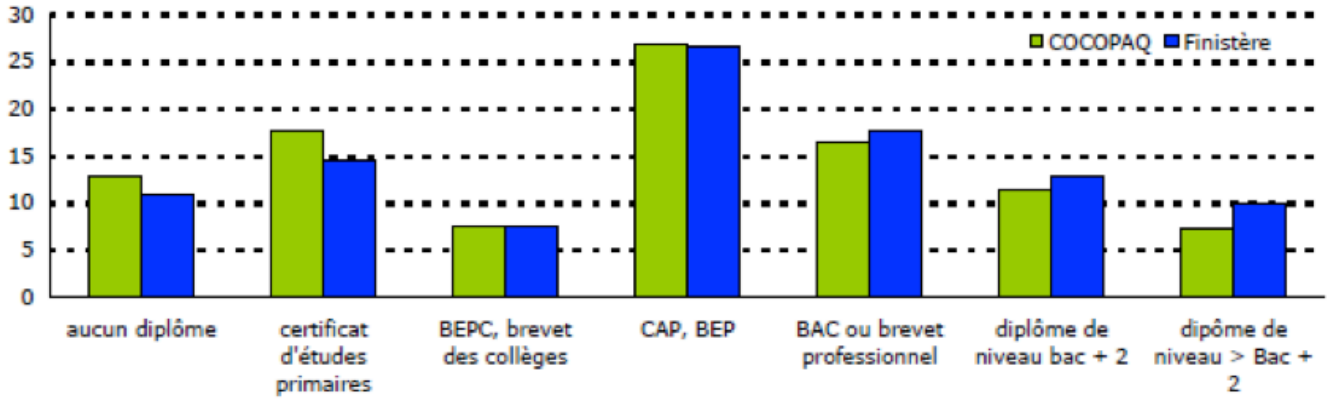
L'indice de vieillissement confirme cette projection, puisqu'il est supérieur de plus de 10 points à celui de la France.

Source : INSEE, recensement de la population 2011, exploitation ARS Bretagne

Un faible niveau de qualification

DIPLÔME LE PLUS ÉLEVÉ DE LA POPULATION NON SCOLARISÉE DE 15 ANS OU PLUS EN 2008

Source : INSEE, recensement 2008

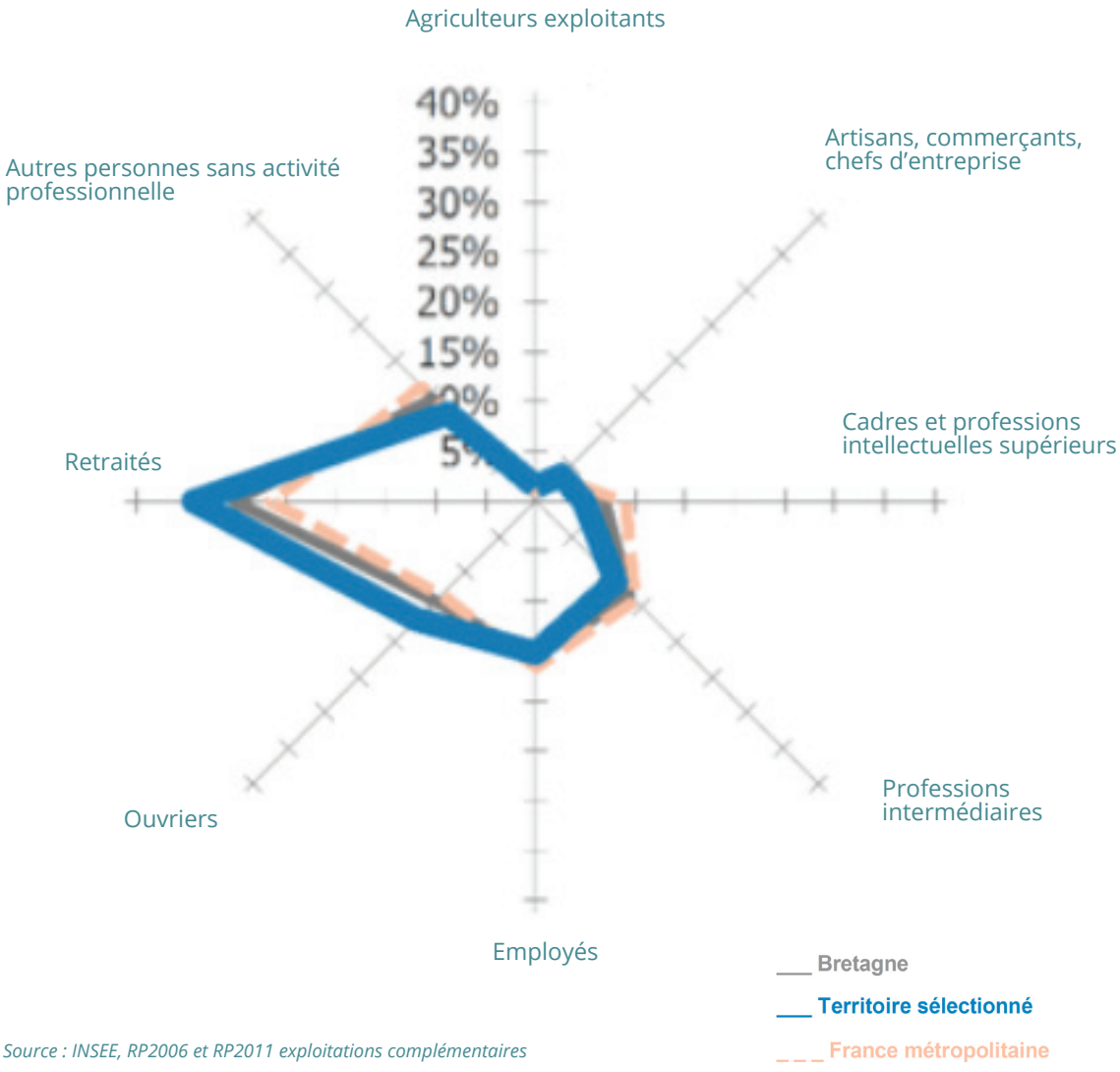


La population du territoire de Quimperlé Communauté se caractérise par une sous-qualification par rapport à la population départementale : seuls 35 % de la population non scolarisée de 15 ans ou plus possèdent au moins le baccalauréat ou un brevet professionnel contre 40 % sur le département.

Ce constat est à mettre en perspective avec les catégories socioprofessionnelles des habitants du territoire de la communauté d'agglomération et avec l'activité économique proposée sur ce territoire.

Une forte représentation de retraités

RÉPARTITION DE LA POPULATION PAR CATÉGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE



Source : INSEE, RP2006 et RP2011 exploitations complémentaires

Quimperlé Communauté comporte une part plus importante de retraités par rapport aux autres catégories socioprofessionnelles, corrélativement à l'évolution de la population telle qu'illustrée infra.

Une faible part de cadres et professions intellectuelles supérieures peut être relevée (4,8%), en comparaison à celles du département et de la région (respectivement 6,6% et 7%). Le secteur concerné comprend 16,8% d'ouvriers, alors que le Finistère en compte 13,6%.

UNE PART IMPORTANTE D'EMPLOIS DANS L'INDUSTRIE AUX NIVEAUX DÉPARTEMENTAL, RÉGIONAL ET UN TAUX DE CHÔMAGE ÉLEVÉ CHEZ LES JEUNES

Quimperlé Communauté se caractérise par une activité importante dans le secteur de l'industrie (21,8% de la part des emplois et 13,7% au niveau départemental). Le taux de chômage est élevé et ce particulièrement chez les jeunes de 15 à 24 ans (25,3%).

Un revenu fiscal moyen inférieur aux niveaux départemental et régional

REVENUS FISCAUX LOCALISÉS DES MÉNAGES			
	Quimperlé Communauté	**Finistère**	**Bretagne**
Revenu fiscal médian par unité de consommation (€) – 2010	17997	18446	18474
Proportion de foyers fiscaux non imposables (2009)	50,1	47,5	47,1

Sources : Insee, DGFIP, Revenus fiscaux localisés des ménages

Une composition des familles classique

La composition des familles de Quimperlé Communauté n'est pas sensiblement différente à celle du Finistère et celle de la Bretagne. En revanche, les communes de Quimperlé, Guilligomarc'h et Moëlan-sur-Mer affichent un pourcentage de familles monoparentales supérieur au département, respectivement 29,43%, 27,59% et 25,32% [2].

Les entretiens et temps d'échanges menés dans le cadre de ce diagnostic ont permis de mettre en exergue les constats suivants :

- La persistance de freins dans l'accès aux soins des personnes en situation de précarité : difficultés de mobilité, freins économiques, santé non prioritaire dans le parcours de vie du public précaire (particulièrement soins dentaires, optiques et auditifs).
- La méconnaissance des dispositifs par les usagers et les professionnels (CMU/CMUC, ACS : aide au paiement d'une complémentaire santé, AME : aide médicale d'Etat).
- Des problématiques de santé importantes chez les personnes ayant intégré un parcours d'insertion.
- Des situations de précarité plus importantes dans le nord du territoire, renforcées par ailleurs par l'insalubrité de certains logements et une précarité énergétique.
- En termes de repérage, la santé constitue souvent une porte d'entrée pour l'accompagnement social.

[2] *Part famille monoparentale/totale des familles avec enfants (Source : Insee 2001)*

1 - 2 :
ÉTAT DE SANTÉ GLOBAL

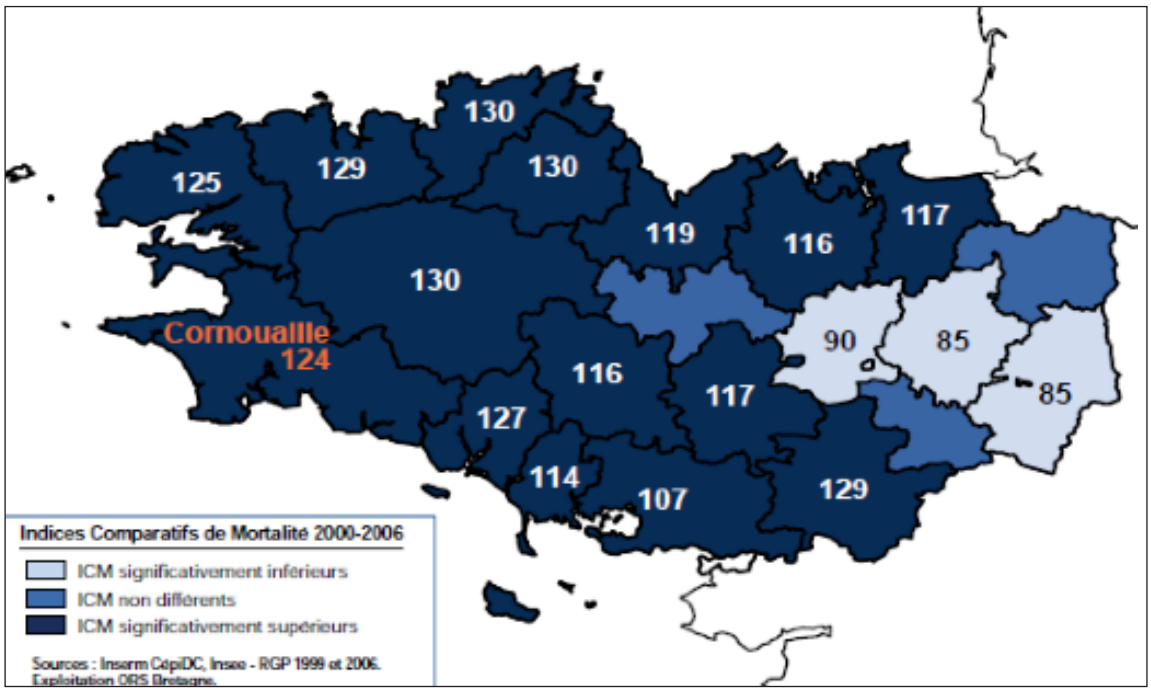
Les données sur l'état de santé de la population sont difficilement consultables à l'échelle de la communauté de communes. Une analyse comparée des données du pays de Cornouaille et du territoire de santé n°3 a été réalisée.

Un état de santé défavorable du Pays de Cornouaille par rapport à la moyenne régionale

Pour le pays de Cornouaille, comme en Bretagne et en France, les pathologies responsables du plus grand nombre de décès chez les hommes sont les cancers (trachée, bronches et poumons) puis les maladies de l'appareil circulatoire. A l'inverse, chez les femmes, les maladies de l'appareil circulatoire sont la première cause de décès avant les cancers (dont celui du sein en premier lieu) [3].

Sur la période 2007-2009, l'analyse des indicateurs de mortalité montre que le pays de Cornouaille présente un état de santé défavorable par rapport à la moyenne régionale chez les hommes comme chez les femmes (+5,3 points).

MORTALITÉ PRÉMATURÉE CHEZ LES HOMMES DANS LE PAYS DE CORNOUAILLE - PÉRIODE 2000-2006



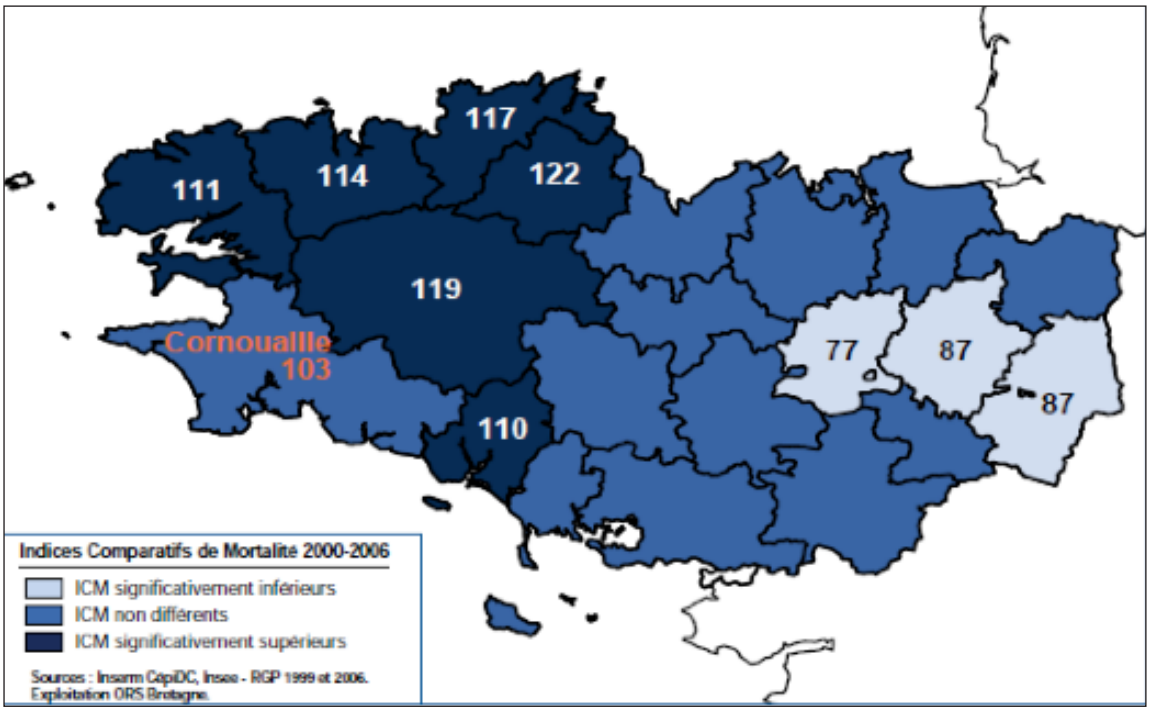
Réf : ICM France Métropolitaine = 100.

Concernant la mortalité prématurée, c'est-à-dire les décès survenus avant 65 ans, le pays de Cornouaille se distingue par une surmortalité masculine supérieure de 24% à la moyenne française ce qui reste cependant relativement homogène par rapport aux pays bretons voisins.

Source : « La santé dans le Pays de Cornouaille », Observatoire Régional de Santé Bretagne, mai 2010.

[3] *« La santé dans le Pays de Cornouaille », Observatoire Régional de Santé Bretagne, mai 2010.*

MORTALITÉ PRÉMATURÉE CHEZ LES FEMMES DANS LE PAYS DE CORNOUAILLE - PÉRIODE 2000-2006



Réf : ICM France Métropolitaine = 100

Source : « La santé dans le Pays de Cornouaille », Observatoire Régional de Santé Bretagne, mai 2010.

Le niveau de mortalité prématurée de la population féminine du pays de Cornouaille reste comparable à celui du niveau national et constitue en cela une exception par rapport aux autres pays.

Parmi les décès prématurés, un certain nombre sont considérés comme évitables car liés à des pratiques ou comportements individuels à risque (consommation d'alcool, tabac, drogue, suicide,...). Les hommes et les femmes du pays de Cornouaille se caractérisent par une mortalité prématurée évitable nettement supérieure à la moyenne française. Les décès liés à l'alcoolisme et au suicide font partie des principales causes évitables chez les hommes et les femmes.

L'un des points forts de ce pays est sa forte adhésion aux actions de prévention et notamment aux campagnes de dépistage organisé du cancer du sein.

Une prévalence des Affections Longue Durée

La part de personnes atteintes d'une Affection Longue Durée (ALD) est supérieure sur Quimperlé Communauté par rapport à la Bretagne. Cela s'explique notamment par la structure de la population caractérisée par une proportion plus importante de personnes âgées.

CHAPITRE 2 OFFRE DE SANTE ET RECOURS AUX SOINS SUR LE TERRITOIRE

2 - 1 - L'OFFRE ET LE RECOURS AUX SOINS SOMATIQUES ET PSYCHIATRIQUES

A – Le premier recours

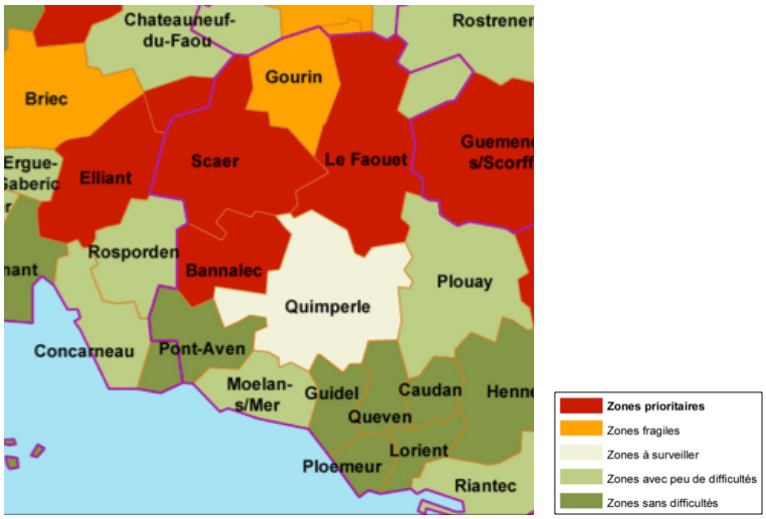
Pour la mise en œuvre de la politique territoriale et dans le cadre de l'élaboration du schéma de l'organisation des soins sur son volet ambulatoire, l'ARS s'appuie sur les territoires de premier recours. Ils sont définis comme des territoires d'accès aux soins de premier recours centrés autour d'une commune présentant une gamme de services de proximité. La Bretagne compte 190 territoires de premier recours arrêtés de manière concertée avec les représentants des professionnels de santé.

Outre ce zonage, l'ARS applique une qualification des territoires de manière à anticiper les difficultés de certains territoires, identifier les besoins en implantation de nouveaux modes d'exercices coordonnés et procéder ainsi au ciblage des zones à accompagner prioritairement. La qualification des territoires est basée sur l'appréciation du niveau de l'offre de soins de premier recours et la prise en compte des perspectives d'évolution de l'offre. Elle distingue cinq niveaux : les zones prioritaires, les zones fragiles, les zones à surveiller, les zones avec peu de difficultés et les zones sans difficultés.

ZONAGE DES TERRITOIRES DE 1ER RECOURS SUR QUIMPERLÉ COMMUNAUTÉ ACTUALISATION FÉVRIER 2014

Ce zonage n'intègre pas les changements intervenus depuis sa dernière publication (février 2014), à savoir : le départ de deux médecins généralistes sur la commune d'Arzano et l'arrivée de deux nouveaux médecins en 2015 sur la commune de Scaër.

La qualification des territoires selon leur niveau de dotation en soins de premier recours conditionne l'éligibilité des territoires à des aides publiques : soit le soutien méthodologique et financier de l'ARS, soit l'octroi d'aides émanant des collectivités territoires et des préfectures dans le cadre d'un partenariat organisé.



Territoire de 1er recours	Communes	Classement dans le zonage pluri-professionnel - SROS Ambulatoire 2014
Quimperlé	Arzano, Baye, Gulligomarc'h, Le Trévoux, Locunolé, Mellac, Querrien, Quimperlé, Rédéné, Tréméven	A surveiller
Bannalec	Bannalec, Saint-Thurien	Prioritaire
Moëlan-sur-Mer	Clohars-Carnoët, Moëlan-sur-Mer	Peu de difficultés
Pont-Aven	Riec-sur-Belon	Sans difficultés
Scaër	Scaër	Prioritaire

UNE DENSITÉ FAIBLE DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET DES MÉDECINS ÂGÉS

La densité médicale est le ratio qui rapporte le nombre de professionnels de santé à la population du territoire observé. La densité s'exprime en nombre de professionnels de santé pour 10 000 habitants.

Densité des principaux professionnels de santé libéraux en 2016

		MÉDECINS GÉNÉRALISTES	INFIRMIERS	MASSEURS KINÉSITHÉ-RAPEUTES	DENTISTES
Bretagne		9,5	14,7	9,5	9,5
Finistère		9,9	19,2	10,2	9,9
Quimperlé Communauté		7,1	20,8	11,5	6,0
Territoires de 1er recours	**Quimperlé**	8	19,5	10,5	6,5
	Bannalec	7,6	16,8	18,3	4,6
	Moëlan-sur -Mer	9	32,4	16,2	6,3
	Pont-Aven	12,4	43,4	13,4	5,2
	Scaër	7,6	9,7	2,2	3,2

Source : ARS Bretagne Observatoire des Territoires, 2016.

Les données inscrites dans le tableau ci-dessus se rapportent aux territoires de premier recours tels que définis par l'ARS et qui intègrent des communes n'appartenant pas à Quimperlé Communauté.

Quimperlé Communauté enregistre une densité de médecins généralistes proche des moyennes régionale et départementale. Le territoire de premier recours de Bannalec se distingue par une densité de médecins généralistes inférieure (7,6). La commune de Riec-sur-Bélon présente en revanche un ratio plus élevé (12,2).

Cette tendance ne devrait pas s'inverser dans les années à venir compte tenu de l'âge moyen des médecins généralistes de Quimperlé Communauté. En effet, un médecin sur dix a moins de 40 ans et 30% de ces professionnels sont âgés de 60 ans et plus. La plus grande partie des médecins les plus âgés exerce, de surcroît, dans les zones dites prioritaires de l'ARS – 38% des médecins de 60 ans et plus exercent sur un territoire prioritaire – (Source DémoPS ARS Bretagne).

Le nombre d'infirmiers et de masseurs-kinésithérapeutes est globalement supérieur à la moyenne régionale et départementale ; la densité de chirurgiens-dentistes en est quant à elle assez proche. Le territoire de premier recours de Scaër apparaît très clairement sous-doté dans chacune des professions précitées. La situation de cette commune est particulièrement préoccupante d'autant plus que près d'un tiers des infirmiers des zones sous dotées sont âgés de 55 ans et plus.

L'évolution générale de l'offre en kinésithérapie ne devrait pas connaître d'aggravation compte tenu de l'âge moyen de ces professionnels. En effet, un peu moins de la moitié des kinésithérapeutes sont âgés de moins de 40 ans.

Les entretiens et temps d'échanges menés dans le cadre de ce diagnostic ont permis de mettre en exergue les constats suivants :

- Médecins généralistes au cœur du parcours de santé des personnes.
- Persistance de difficultés dans l'accès aux soins :
  - Difficultés d'avoir un médecin traitant dans certaines zones du territoire,
  - Des délais de prise en charge importants chez les spécialistes,
  - Des difficultés de mobilité chez certains patients.
- Un recours aux soins parfois tardif entraînant des situations complexes et des rendez-vous pris dans l'urgence.
- Un sentiment d'isolement des professionnels de santé libéraux dans les situations d'urgence et cas complexes.
- Constat partagé des professionnels de santé du poids important de la gestion administrative des dossiers patients (20 à 30% de leur temps de travail).

B – Les soins hospitaliers

Quimperlé Communauté dispose d'une offre de soins variée.

CENTRE HOSPITALIER DE QUIMPERLÉ :

- Le site principal de la Villeneuve à Quimperlé, qui réalise une activité de médecine (en hospitalisation complète et en hospitalisation de jour), des Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) de pneumologie et de la gérontopsychiatrie. Ce site accueille également les urgences, une unité d'hospitalisation de courte durée, un laboratoire, un service d'imagerie médicale, une pharmacie, et les directions fonctionnelles. Des consultations externes, des consultations au centre de périnatalité de proximité et au centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) sont proposées au sein de l'hôpital qui intègre en outre un service social.
- Le site de Kerglanchard à Quimperlé, comprend un bâtiment de psychiatrie et un bâtiment « logistique » accueillant l'unité centrale de production culinaire, la lingerie et le magasin.
- Le site de Bois-Joly à Quimperlé, regroupe une unité de soins de longue durée, une activité de soins de suite et de réadaptation polyvalents et gériatriques et un pôle d'activité, de soutien et d'accompagnement (PASA).

La structure dispose également de deux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), un premier implanté sur le site de Bois-Joly et un second situé à Moëlan-sur-Mer.

MAISON SAINT-JOSEPH : 50 LITS DE SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION POLYVALENTS.

La Maison Saint-Joseph et le Centre Hospitalier de Quimperlé envisagent de regrouper leurs activités de SSR sur le site de la Villeneuve.

HOSPITALISATION A DOMICILE (HAD) DE L'AVEN À ETEL :

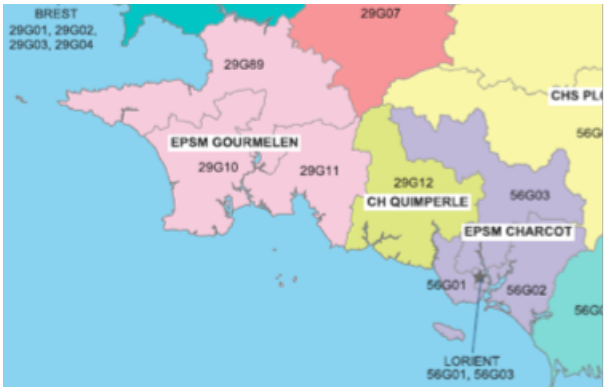
le site de la Villeneuve accueillera prochainement une antenne de l'HAD.

AUB :

La commune de Mellac héberge une unité de dialyse médicalisée.

C – Les soins psychiatriques

En France, la psychiatrie fait l'objet d'une organisation administrative appelée « sectorisation ». Le territoire est ainsi découpé en « secteurs » répartis entre les structures de soins en santé mentale. La sectorisation est notamment destinée à orienter, vers la structure la plus proche, les patients en fonction de leur lieu de résidence. On distingue la psychiatrie infanto-juvénile qui vise les enfants et adolescents jusqu'à 16/18 ans et la psychiatrie générale qui accueille les patients au-delà de cet âge.



Secteurs de psychiatrie générale

Secteurs de psychiatrie infanto-juvénile

Quimperlé constitue un secteur de psychiatrie générale (29G12). En revanche, la psychiatrie infanto-juvénile sur ce territoire relève de l'Etablissement Public de Santé Mentale Etienne Gourmelen de Quimper qui regroupe deux secteurs de psychiatrie (29I04 et 29I05). Ce découpage sectoriel en pédopsychiatrie est pointé comme un frein à la fluidité du parcours des enfants et des adolescents, car les habitudes de vie et de soins des usagers de ce territoire sont tournées naturellement vers Lorient et non vers Quimper.

LA PSYCHIATRIE GÉNÉRALE

Le pôle de psychiatrie de l'hôpital de Quimperlé offre des soins :

- en ambulatoire : unité ambulatoire La Sereine et consultations dans les Centres Médico-Psychologiques (CMP) de Quimperlé et de Scaër,
- en hospitalisation de jour : hôpitaux de jour Jean-Baptiste PUSSIN, Clara SCHUMANN et de gérontopsychiatrie,
- en hospitalisation complète : unité Gwalarn, Lech'an envor, Ar Vanaleg.

L'hôpital a mis en place une organisation spécifique dédiée à la prise en charge du sujet âgé et des patients souffrant de troubles bipolaires.

LA PSYCHIATRIE INFANTO-JUVÉNILE

L'offre de soins en psychiatrie infanto-juvénile est composée de :

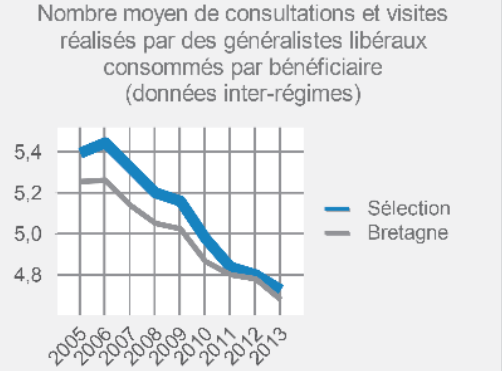
- un Centre Médico-Psychologique Infantile et un Hôpital de jour à Quimperlé,
- une antenne de consultations à Scaër.

Un dispositif dit « intersectoriel », autrement dit commun à plusieurs secteurs de psychiatrie, peut être mis en place pour la prise en charge de pathologies spécifiques ou d'une population donnée. Quimperlé Communauté dispose d'une organisation de ce type dédiée aux enfants et adolescents (secteurs 29I04 et 29I05) qui propose :

- de l'hospitalisation complète,
- de l'hospitalisation de nuit,
- une prise en charge au sein de la Maison Thérapeutique du Collégien et du Lycéen (MTCL),
- l'intervention d'une Equipe de liaison,
- un accompagnement par la Maison des Adolescents.

D - La consommation de soins

Quelle que soit la profession de santé concernée, il apparaît que pour Quimperlé Communauté, la consommation de soins est supérieure à celle de la Bretagne, tout en suivant la tendance de cette dernière.



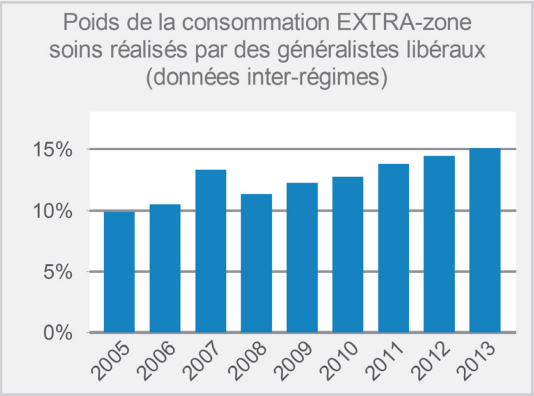
A titre d'exemple, le nombre moyen de consultations et visites réalisées par les médecins généralistes de la Communauté d'agglomération est légèrement supérieur aux données régionales. Néanmoins, la consommation de soins au niveau du secteur concerné suit le même fléchissement que celui de la courbe régionale

Source : Assurance Maladie, Cartos@nté

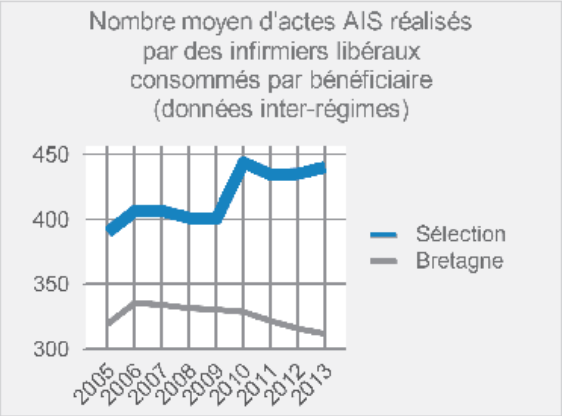
Deux atypies sont toutefois à relever concernant la consommation de soins de Quimperlé Communauté :

Le poids de la consommation EXTRA-Zone médecins généralistes d'une part, qui a fortement augmenté depuis 2008, passant de 10 % en 2005 à 15% en 2013 [4].

Le travail mené dans le cadre du Contrat Local de Santé devra s'attacher à identifier les causes de ces fuites de consommation.



Source : Assurance Maladie, Cartos@nté



Les soins infirmiers d'autre part, qui sont en croissance permanente depuis 2008 et très nettement supérieurs à la moyenne régionale.

Source : Assurance Maladie, Cartos@nté

Les entretiens et temps d'échanges menés dans le cadre de ce diagnostic ont permis de mettre en exergue les constats suivants :

- Sur l'offre de santé :
  - Une grande méconnaissance des services et structures existants par la population comme les professionnels,
  - Des liens à développer entre les soins de ville et l'hôpital,
  - Un besoin des professionnels de santé de travailler ensemble.
- Sur le volet santé mentale :
  - Peu de coordination dans les suivis entre Centre Médico Psychologique (CMP) et médecins généralistes (des cas de double ordonnances constatés),
  - Difficultés dans le repérage des situations en santé mentale,
  - Difficultés des élus dans la gestion des soins sans consentements (méconnaissance des protocoles, manque de visibilité sur la disponibilité des professionnels...).
- Sur l'accès aux soins et la prise en charge des jeunes :
  - Des délais d'attente inacceptables en pédopsychiatrie,
  - Une forte demande pour les adolescents à la Maison des adolescents (MDA).
- Peu d'actions de prévention du suicide (situation notamment dégradée dans le milieu agricole).

[4] Le poids de la consommation EXTRA-Zone est une mesure de fuite de consommation de soins. Il s'agit du rapport entre le nombre d'actes consommés par les habitants du territoire sélectionné et réalisées par des professionnels installés en dehors du territoire sélectionné et l'ensemble des actes consommés par les habitants du territoire sélectionnés

2 - 2 - LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL

A – Les personnes âgées

Un nombre important de personnes âgées en perte d'autonomie et en situation d'isolement

Le niveau d'autonomie d'une personne âgée est mesuré par la grille nationale AGGIR (Autonomie – Gérontologie – Groupes iso-ressources). Elle repose sur l'observation d'un certain nombre d'activités qu'effectue seule la personne âgée, à partir de plusieurs variables telles que la communication, l'orientation dans l'espace et dans le temps, la réalisation de la toilette, l'alimentation... Elle concerne les personnes à domicile ou en établissement et sert de support pour déterminer le montant de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) qui sera versé. Cette évaluation conduit à positionner la personne âgée dans un Groupe Iso-Ressources (GIR), dont l'échelle est graduée de 1 à 6, du moins autonome au plus autonome.

Bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à domicile en 2012	Quimperlé Communauté	Finistère
Proportion de femmes	73,8	74,43
Proportion d'hommes	26,2	25,57
Proportion de GIR1 et GIR2	27,09	20,79
Proportion de GIR3 et GIR4	72,91	79,21
Part APA à domicile dans la population de 60 ans et plus	5,14	4,02
Part APA à domicile dans la population de 75 ans et plus	12,47	9,92
Nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile	790	9332

Source : CG29 – 2012

La part de personnes bénéficiaires de l'APA au domicile est plus importante sur le territoire de Quimperlé Communauté qu'au niveau finistérien. Cet écart est particulièrement marqué chez les personnes âgées de 75 ans et plus (+2,55 points). La communauté d'agglomération se distingue également par sa plus forte proportion de personnes âgées en situation de perte d'autonomie. Les personnes bénéficiant de l'APA en GIR 1 ou 2, c'est-à-dire dans une situation de dépendance qui exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, est effectivement supérieure de 6 points au niveau départemental. Il apparaît, par ailleurs, que la moitié des personnes de 80 ans et plus vivent seules à leur domicile (51% en 2010, soit 1 685 personnes - Source : Atlas CG 29, Insee 2010).

Ces éléments sont à mettre en parallèle avec la structure de la population et le taux d'équipement en établissements pour personnes âgées.

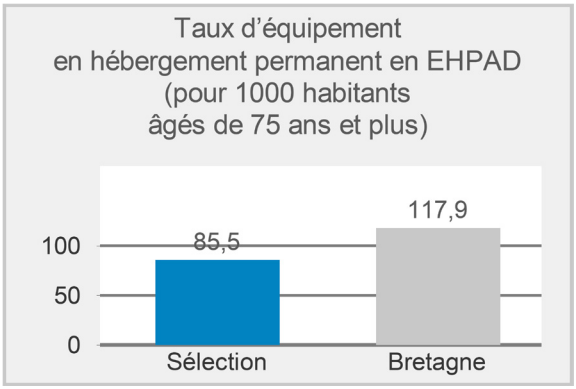
Les entretiens et temps d'échanges menés dans le cadre de ce diagnostic ont permis de mettre en exergue les constats suivants :

- Persistance de situations d'isolement de certaines personnes âgées :
  - La perte d'autonomie entraîne souvent une raréfaction des relations sociales et l'émergence de sentiment de solitude.
  - Sous-utilisation des moyens de transport en commun mis en place sur le territoire.
- Repérage des situations d'isolement complexe.
- Identification de situations de précarité chez les personnes âgées (problématiques sociales, logement insalubre...), particulièrement préoccupantes dans les communes rurales.
- Méconnaissance des aides mobilisables par les personnes âgées.

Les entretiens et temps d'échanges menés dans le cadre de ce diagnostic ont permis de mettre en exergue les constats suivants :

- Persistance de points de rupture dans le parcours de santé des personnes âgées :
  - Des retours à domicile difficiles après une hospitalisation,
  - Manque de coordination entre les professionnels,
  - Relais difficiles avec les acteurs d'aval (HAD, SSR...).
- Renoncement aux soins important.
- Epuisement des aidants familiaux :
  - Offre de soutien quasi inexistante,
  - Manque de solutions lors de l'hospitalisation de l'aidant.

LES ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT



Les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) sont des établissements médicalisés, habilités à recevoir des personnes âgées en perte d'autonomie. Les résidents disposent d'un espace privatif (leur chambre, généralement individuelle) et de prestations collectives (restauration, entretien du linge,...). Ils bénéficient d'un encadrement médical et paramédical et d'activités adaptées à leurs besoins.

Quimperlé Communauté recense cinq établissements pour personnes âgées dépendantes qui proposent de l'hébergement permanent pour une capacité totale de 575 places (places réparties entre les établissements suivants : Bois Joly à Quimperlé, Tal Ar Mor à Moëlan-sur-Mer, Le Soleil Levant à Arzano, Les Genêts à Bannalec et Le Chêne à Scaër).

Le taux d'équipement en hébergement permanent en EHPAD est ainsi inférieur à celui de la région Bretagne.

Certains EHPAD disposent d'un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) qui accueille, dans la journée, les résidents ayant des troubles du comportement modérés dans le but de leur proposer des activités sociales et thérapeutiques. Il permet de maintenir ou de réhabiliter les capacités fonctionnelles, les fonctions cognitives, sensorielles et les liens sociaux des personnes. Il existe trois PASA au sein de Quimperlé Communauté : 14 places à Bois-Joly, 12 places au Soleil Levant et 14 places au Chêne.

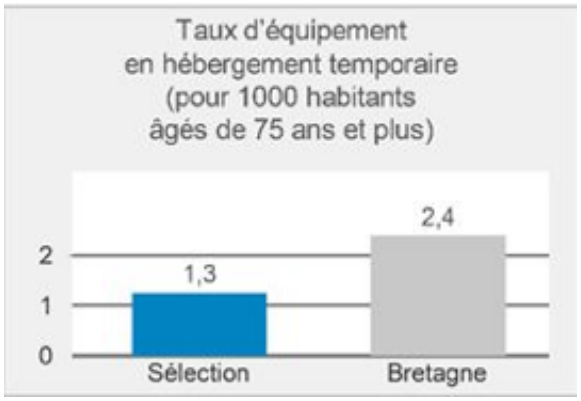
Les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées (EHPA) présentent les mêmes caractéristiques que les EHPAD mais ne sont pas médicalisés. Les structures non médicalisées pour personnes âgées d'une capacité inférieure à 25 places sont appelées « Petites Unités de Vie » (PUV). Quimperlé Communauté compte une PUV de 24 places située à Clohars-Carnoët.

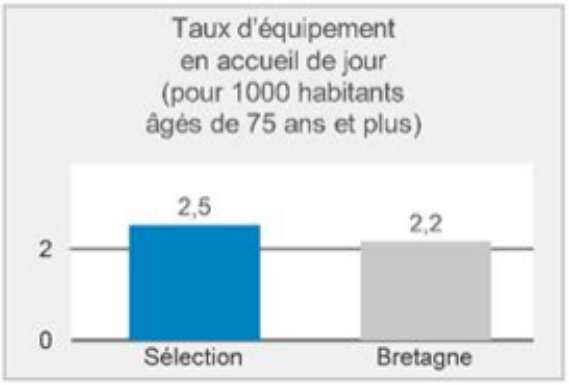
Les entretiens et temps d'échanges menés dans le cadre de ce diagnostic ont permis de mettre en exergue les constats suivants :

- Délais d'entrée en EHPAD excessifs.
- Absence de place d'hébergement d'urgence.
- Déficit de places d'hébergement permanent partagé par les acteurs et reconnu par les institutions.

LES SÉJOURS TEMPORAIRES

Certains établissements offrent la possibilité d'un séjour temporaire ou une prise en charge spécifique des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou syndrome apparenté. Les séjours temporaires peuvent être organisés selon les modalités suivantes :





- L'accueil de jour : il est destiné à des personnes vivant à domicile. La personne âgée peut être accueillie pour une période allant d'une demi-journée à plusieurs jours par semaine. Il permet d'offrir un temps de répit aux aidants dans la journée, de maintenir l'autonomie des personnes âgées avec la possibilité de participer à des activités diverses (travaux manuels, lecture…) et de permettre une poursuite de leur vie à domicile.
- L'hébergement temporaire : il s'agit d'une forme d'accueil limité dans le temps (90 jours par an) et peut constituer une réponse aux besoins de personnes âgées dépendantes et de leurs proches, notamment dans le cas d'un besoin de répit de l'aidant ou d'un besoin temporaire d'hébergement, lorsque que le maintien à domicile est momentanément compromis.

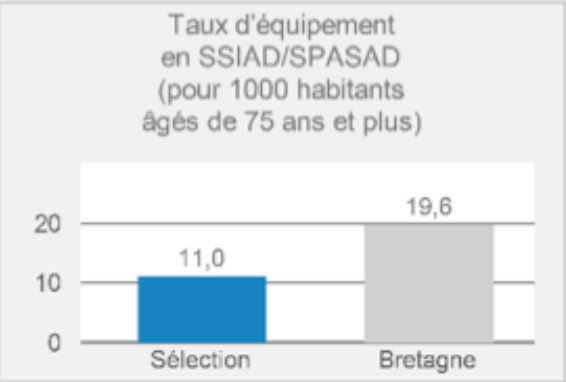
Quimperlé Communauté dispose de 10 places d'hébergement temporaire réparties sur deux établissements : 4 places au sein de l'EHPAD du Bois Joly à Quimperlé et 6 places au sein de l'EHPAD du Soleil Levant à Arzano. L'ouverture de 2 places est programmée à l'EHPAD des Genêts de Bannalec courant 2016.

Le taux d'équipement du secteur concerné est nettement inférieur à la moyenne régionale.

Le territoire est en revanche bien doté en places en accueil de jour par rapport au niveau régional. Il dispose de 16 places réparties entre deux établissements : 8 places à l'EHPAD Tal Ar Mor à Moëlan-sur-Mer et 8 places à Ti Ma Bro de Querrien.

LES SERVICES DE PRISE EN CHARGE À DOMICILE

Plusieurs services permettant le soutien et le maintien au domicile coexistent. Quimperlé Communauté compte neuf Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) : un service rattaché au CCAS de Quimperlé et les services de l'ADMR (antennes situées à Bannalec, Baye, Clohars-Carnoët, Tréméven, Mellac, Moëlan-sur-Mer, Riec-sur-Belon et Scaër). Ils 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 prise de repas, aide à la toilette, courses…). Ils se distinguent des Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) qui prodiguent les soins nécessaires permettant notamment de prévenir l'entrée en établissement des personnes âgées.



Le taux d'équipement en SSIAD sur le territoire de Quimperlé communauté est très nettement inférieur au niveau régional.

Il est par ailleurs sous-doté en Equipes Spécialisées Alzheimer (ESA). Hormis Bannalec et Scaër, qui sont desservies par l'ESA du SSIAD de la Mutualité Française basé à Quimper, les autres communes du territoire concerné ne sont pas couvertes.

Les ESA travaillent dans le cadre d'un SSIAD. Les soins de réhabilitation et d'accompagnement sont réalisés par une équipe pluridisciplinaire, spécialement formée à la maladie d'Alzheimer.

Les entretiens et temps d'échanges menés dans le cadre de ce diagnostic ont permis de mettre en exergue le constat suivant :

- Peu de coordination entre les professionnels intervenant au domicile.

B – Les personnes en situation de handicap

ETABLISSEMENTS ET SERVICES POUR ENFANTS

Quimperlé Communauté dispose de 2 structures pour enfants handicapés :

- 1 Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile (SESSAD) de 9 places, spécialisé dans la déficience intellectuelle,
- 1 Institut Médico-Educatif (IME) de 96 places.

A noter que huit jeunes de plus de 20 ans sont maintenus en établissements pour enfants handicapés en vertu de l'amendement Creton alors qu'ils relèvent, au regard de leur âge, d'une structure pour adultes.

ETABLISSEMENTS ET SERVICES POUR ADULTES

Le secteur concerné propose 1 Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) de 20 places, 1 foyer de vie de 30 places, 2 foyers d'hébergement de 33 places et 1 Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT) de 51 places.

BÉNÉFICIAIRES DE L'ALLOCATION D'EDUCATION DE L'ENFANT HANDICAPÉ (AEEH) ET DE L'ALLOCATION ADULTE HANDICAPÉ (AAH)

2013	Quimperlé Communauté	Finistère	% // Finistère
Bénéficiaires de l'AEEH	170	3110	5,5
Bénéficiaires de l'AAH	743	14 735	5

Les entretiens et temps d'échanges menés dans le cadre de ce diagnostic ont permis de mettre en exergue le besoin de mettre en place un dispositif de coordination des acteurs au service du parcours de santé des personnes.

3 - OFFRE DE PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS ET DE PREVENTION PROMOTION DE LA SANTE

A – Offre de soins en addictologie

L'OFFRE HOSPITALIÈRE

La prise en charge hospitalière en addictologie est répartie selon plusieurs niveaux, correspondant à l'amplitude de soins pouvant être prodigués. On distingue ainsi trois niveaux de prise en charge :

- Les établissements relevant du niveau 1, niveau de proximité, doivent être dotés d'une consultation d'addictologie, d'une Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) et de lits dédiés à l'addictologie dans une unité d'hospitalisation référente non spécialisée en addictologie,
- Les établissements relevant du niveau 2, niveau de recours, doivent disposer, outre des équipements de niveau 1, de lits d'hospitalisation en addictologie pour soins complexes, d'un hôpital de jour en addictologie et de soins de suite et de réadaptation,
- Le niveau 3 est un niveau de recours régional qui dispose, en plus des prestations et des composantes de niveaux 1 et 2, de professionnels chargés de l'enseignement, de la formation et de la recherche en addictologie. Cette équipe se trouve dans un des CHU de la région ou bien dans un établissement de santé (mentale) lié au CHU par une convention hospitalo-universitaire.

Quimperlé Communauté bénéficie de l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire appelée « Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie » (ELSA) rattachée au Centre Hospitalier de Quimperlé. Une ELSA a pour mission de former, assister et conseiller les équipes soignantes des différents services ou structures de soins qui interviennent auprès des patients notamment dans le repérage des addictions. Ces équipes contribuent à développer des liens entre les différents acteurs intra et extra hospitaliers pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients et leur suivi.

En revanche, le Centre Hospitalier de Quimperlé n'a pas de lits dits « de sevrage simple ».

Des soins hospitaliers en addictologie de niveau 1 sont ainsi dispensés sur le territoire de Quimperlé Communauté mais ceux-ci ne sont pas complets dans la mesure où le Centre Hospitalier de Quimperlé ne dispose pas d'hospitalisation complète pour sevrages simples.

L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE

La prise en charge médico-sociale en addictologie sur Quimperlé Communauté est répartie comme suit :

- Un Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) à Quimperlé, qui réalise également des consultations au sein d'Emmaüs (Rédéné), des Jardins Solidaires de Kerbellec (Rédéné) et de la Maison de la Jeunesse et de la Culture à Scaër. Le CSAPA accueille les personnes présentant tous types d'addictions et leurs proches en vue d'évaluer leur situation et de leur proposer un accompagnement et un soin spécifique.

Le CSAPA connaît aujourd'hui une forte activité qui ne cesse de croître (file active en augmentation de +15% entre 2012 et 2014). Il dispose pourtant de moyens inférieurs à la moyenne régionale: 0,7 équivalents temps plein (ETP) pour 100 patients, pour une moyenne régionale de 0,95 ETP, soit le 2ème taux d'encadrement le plus faible en région.

- Une Consultation Jeunes Consommateurs (CJC), basée au CSAPA de Quimperlé, destinée aux jeunes consommateurs de substances psychoactives et leurs familles. Il s'agit d'un lieu d'accueil gratuit et anonyme, d'écoute, d'évaluation et de consultations. La file active de la CJC de Quimperlé a doublé entre 2012 et 2014.
- Une permanence du Centre d'Accueil, d'Accompagnement à la réduction des Risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) est assurée une fois par mois dans les locaux du CSAPA de Quimperlé. Le CAARUD est dédié aux usagers les plus marginalisés et vise à améliorer la situation sanitaire et sociale des consommateurs non engagés dans une démarche de soins. Le centre est géré par l'Association AIDES du Finistère.

Les entretiens et temps d'échanges menés dans le cadre de ce diagnostic ont permis de mettre en exergue le constat suivant :

- File Active du CSAPA en augmentation,
- Rupture de prise en charge ELSA – CSAPA,
- Absence de structure de prise en charge en aval (cannabis),
- Permanence du CAARUD peu utilisée,
- Délais importants pour les cures de sevrage alcoolique.

B – Offre de prévention promotion de la santé

Différentes actions de prévention sont menées sur le territoire de Quimperlé Communauté. Les offreurs recensés sont les suivants :

- Le Service Jeunesse et Prévention de Quimperlé Communauté qui propose des interventions dans les collèges du territoire sur les thématiques de l'estime de soi, de la vie affective et sexuelle et du développement des compétences psychosociales (77 actions pour 1220 élèves sur le territoire en 2014) et en milieu festif par une équipe de bénévoles (2 en 2014).

  Une formation « adultes-relais » a été notamment dispensée auprès de certains agents du Centre Hospitalier de Quimperlé sur la thématique des violences intra familiales.

- La Maison des Jeunes et de la Culture (MJC) la Marelle de Scaër organise un atelier bien-être intitulé « De l'échange devant le fourneau au plaisir de la table » et axé sur l'équilibre et la nutrition pour les petits budgets.

  Elle mène également des actions telles que le spectacle « Relou », un groupe d'informations et d'échanges à destination des parents, des sorties en famille, ...

- Le Centre d'Accueil pour les Demandeurs d'Asile (CADA) et le Point Information Jeunesse (PIJ) ont organisé, en 2013 et 2014, une action sur le thème des « Représentations interculturelles sur la parentalité ».

- Le Point Accueil Ecoute Jeunes du Pays de Cornouaille propose des entretiens individuels et des actions collectives de prévention.

- La Croix Bleue met en place des actions de soutien et d'accompagnement en direction de personnes souffrant de dépendance à l'alcool.

- La Mutualité Sociale Agricole souhaite relayer les campagnes de prévention santé qu'elle déploie auprès des agriculteurs en s'appuyant sur le théâtre. Une représentation de la pièce « Y'a un os dans le pâté » a eu lieu à Querrien en 2014 sur le thème de la prévention du suicide en milieu rural.

- Un Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté (CESC) est mis en place dans chaque établissement scolaire du second degré. Il constitue une instance de réflexion, d'observation et de proposition qui conçoit, met en œuvre et évalue un projet éducatif en matière d'éducation à la citoyenneté et à la santé et de prévention de la violence, intégré au projet d'établissement. Le CESC organise des partenariats en fonction des problématiques éducatives à traiter. Des actions sur la prévention des conduites addictives, la citoyenneté, la sexualité, l'équilibre alimentaire, l'estime de soi... sous forme de réunions ont été organisées par les CESC des Lycées Roz Glas et Kerneuzec de Quimperlé, ceux des Collèges de la Villemarque à Quimperlé, de Bannalec et de Scaër.

Certaines des actions précitées ont été répertoriées en 2014 dans l'outil « OSCARS » (Observation et Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé) ; outil accessible via Internet.

OSCARS est une base de données qui recense à la fois des actions financées par l'Etat, la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives (MILDECA) et le Conseil Régional, et des actions déclarées par les structures qui le souhaitent. Il ne s'agit donc pas d'un outil exhaustif.

Les entretiens et temps d'échanges menés dans le cadre de ce diagnostic ont permis de mettre en exergue le constat suivant :

- En termes de partenariat et de travail en réseau, existence d'une bonne dynamique territoriale avec une forte mobilisation des acteurs (élus, associations, professionnels),
- Territoire riche sur le volet prévention, avec de nombreuses pratiques de prévention des conduites addictives en milieu scolaire.
- Faible utilisation du PAEJ.
- Persistance de représentations négatives sur les consommateurs.