# CONTRAT LOCAL DE SANTÉ

## Le diagnostic territorial

Janvier 2023

Parc naturel régional des Grands Causses

contrat local de Santé
OCCITANIE SANTÉ

Agence Régionale de Santé Occitanie

L'EUROPE S'ENGAGE L'OCCITANIE AGIT
UNION EUROPÉENNE
LEADER
La Région Occitanie Pyrénées · Méditerranée

Projet cofinancé par le Fonds Européen Agricole pour le Développement Rural
L'Europe investit dans les zones rurales

**SOMMAIRE**

**Introduction :** Définition, démarche et contexte **P2**

**I/ Le territoire et la population** **P7**

- Descriptif et localisation **P7**
- Des nuances à l'échelle du territoire **P10**
- Un vieillissement de la population marqué **P11**

**II/Profil de santé de la population** **P12**

- Déterminants sociaux de santé **P12**
- Déterminants environnementaux de santé **P18**
- Etat de santé et problèmes de santé **P19**
- Santé des enfants et des jeunes **P23**
- Accès à la prévention et aux soins : **P25**
- Personnes en situation de handicap et de dépendance **P27**

**III/Offre du système de soin et parcours santé** **P29**

- Santé de ville **P29**
- Santé hospitalière **P30**
- Santé des personnes âgées **P39**

**IV/ Les projets du territoire liés à la thématique santé** **P41**

- Le Projet Alimentaire Territorial **P41**
- La mobilité **P41**
- Le Pôle pleine nature **P42**
- La randonnée toujours plus présente **P42**
- L'énergie et le climat **P42**
- Millau, Ville PNNS **P42**

**V/ Les problématiques identifiées** **P43**

- Elus, professionnels et partenaires **P43**
- La consultation citoyenne **P46**

**Annexe : Liste des partenaires** **P51**

# INTRODUCTION

## Définition

Le Contrat Local de Santé (CLS) est (1):

- une démarche « contractuelle, partenariale et intersectorielle » associant : des partenaires signataires (à minima Collectivité territoriale, ARS) ; des acteurs du champ sanitaire et des autres politiques publiques impactant favorablement la santé (éducation, logement, habitat…) ; des habitants
- une démarche « territoriale » mise en œuvre sur un territoire de proximité
- une « démarche-projet » structurée autour d'un diagnostic local de santé partagé, de l'élaboration d'un plan d'action et de modalités de suivi et d'évaluation
- une approche « globale » de la santé: portant sur la prévention, l'accès aux soins, l'accompagnement médico-social et les déterminants sociaux de la santé

(1) Extrait du référentiel ARS Ile-de-France Janvier 2016

Le Contrat Local de Santé aborde la santé au sens de la définition de l'OMS, à savoir : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »

## Démarche méthodologique(1)

La mise en œuvre d'une politique de santé territorialisée nécessite une connaissance des besoins objectifs de santé sur ce territoire ainsi que celle des attentes de ses acteurs et de sa population.

Ces éléments peuvent s'obtenir généralement via les étapes suivantes :

Etape 1 : Recherche documentaire. Cette étape permet de collecter des informations[1] :

- ✓ d'ordre général permettant, d'éclairer l'histoire locale, les principales caractéristiques du territoire et de sa population,
- ✓ sur les structures, associations, instances et autres ressources implantées dans le territoire, leurs missions, leurs activités,
- ✓ sur les projets participant à la promotion de la santé déjà mis en oeuvre localement,
- ✓ sur d'éventuelles conclusions ou propositions issues de diagnostics précédemment réalisés, au titre de projets de développement des territoires

Etape 2 : L'approche dites socio-sanitaire réalisée à partir des données quantitatives disponibles sur le territoire en question. Cette étape est en Occitanie confiée au CREAI-ORS qui réalise le portrait socio-sanitaire du territoire à partir d'une étude standardisée des indicateurs classiques issus des registres sanitaires, démographiques, socio-économiques, économiques et financiers notamment. L'analyse tend à souligner les écarts constatés entre le territoire étudié et d'autres unités de référence (déterminants sociaux, état de santé, situation de précarité, recours aux soins et à la prévention, déterminants environnementaux de santé, offre de soins et de services).

Etape 3 : Le diagnostic partagé : L'approche dite de diagnostic qualitatif mobilise des données qui par définition ne sont pas déjà disponibles et qu'il faut donc collecter et construire.

Le diagnostic qualitatif va donc permettre:

[1] Guide à destination des opérateurs d'un diagnostic local de santé, FNORS, Mai 2012

- D'appréhender les « ressentis » des habitants, des acteurs du territoire et les institutions sur les problématiques de santé
- D'identifier les enjeux de proximité de santé et les inégalités de santé (sociales et territoriales)
- De confronter ces appréciations de terrain aux données statistiques relevés par le diagnostic quantitatif en permettant notamment de nuancer le poids des chiffres et des ratios observés à l'échelle de réalités locales, d'identifier des problématiques non quantifiables en prenant en compte les aspects sociaux et humains des questions de santé.

La capitalisation des données quantitatives (étape 2) a pu être réalisée via les travaux du CREAI-ORS, synthétisés dans le « Profil Santé » du territoire. Réalisé en 2019 (sur des données 2015/2017), il compile les principales données quantitatives disponibles qui permettent de dégager certaines caractéristiques sociales et sanitaires, ainsi que celles de l'offre de soins et de services de ce territoire.

Il permet ainsi de dégager des axes de travail prioritaires qu'il convient d'intégrer dans les phases suivantes.

La réalisation d'un diagnostic partagé permet de s'engager dans une phase confirmatoire, qui va conduire à la collecte directe d'informations auprès de la population et/ou des acteurs professionnels d'un territoire, réalisée grâce à l'utilisation d'une ou plusieurs techniques d'enquête :

- Enquête / questionnaire
- Entretiens individuels d'acteurs
- Entretiens collectifs / Focus group / Ateliers

La combinaison de ces trois méthodes permet idéalement une approche qualitative plus complète.

Le diagnostic qualitatif vient donc interroger les hypothèses qui découlent de la phase quantitative, en affinant les questionnements et les points de vue des acteurs : habitants, élus, institutions, professionnels de santé, professionnels des secteurs sanitaires et sociaux, bénévoles, … et proposer des axes de travail prenant de considération les particularités locales en vue d'enrichir les réflexions des instances de gouvernance du futur CLS.

Les enjeux d'un diagnostic partagé dans le cadre de l'élaboration d'un CLS :

- Identifier les axes stratégiques et définir des priorités d'actions en lien avec le PRS 2018-2022 (les projets structurants), le PRSE3 et la Stratégie Nationale de Santé tout en se laissant la possibilité d'intégrer des projets innovants.
- Impulser une dynamique territoriale qui participe non seulement à la mise en place du CLS mais aussi à son déploiement pour en assurer la pérennité.

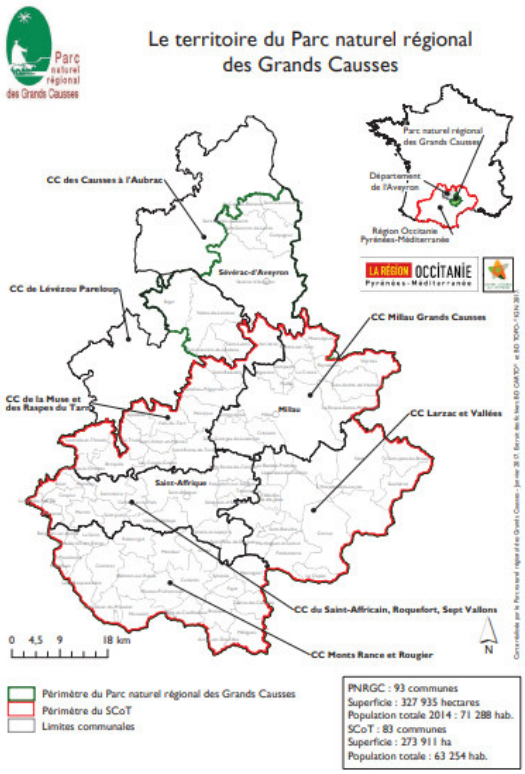
**Contexte du Contrat Local de Santé du Parc naturel régional des Grands Causses**

– Historique :

Le CLS du Parc a été initié en 2021 avec la volonté de mettre en place un dispositif structurant sur la thématique de la santé en lien notamment avec l'environnement, mission première du Parc Naturel Régional des Grands Causses. Après plusieurs rencontres avec les services de l'ARS, une réunion a eu lieu en octobre 2021 avec l'ensemble des membres du bureau syndical du Parc. Celle-ci a abouti à la décision de la signature du contrat de préfiguration et du recrutement d'une coordinatrice de santé qui a pris ses fonctions en avril 2022.

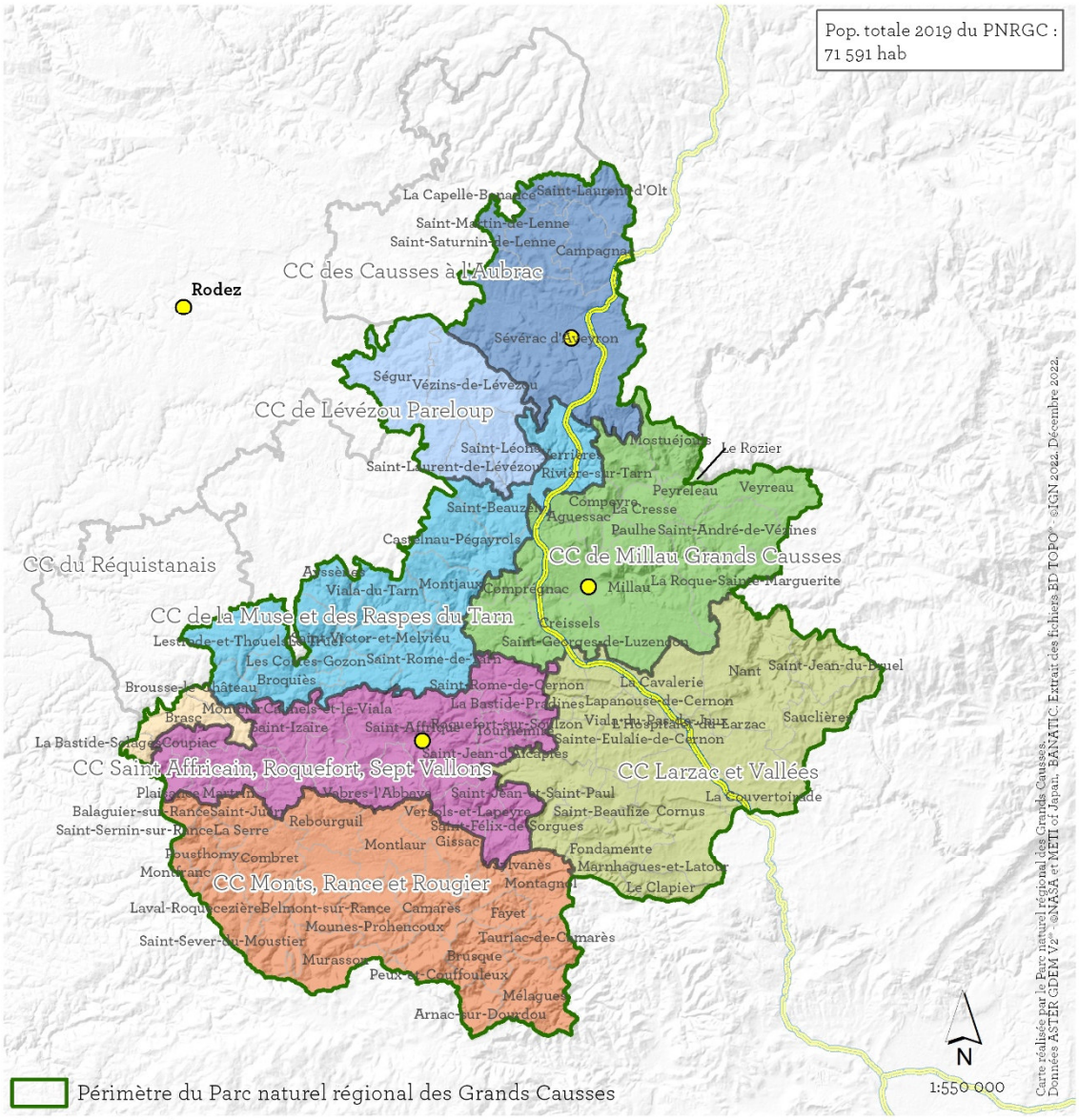
L'objectif est d'élaborer le Contrat Local de Santé avec une première phase de diagnostic puis la réalisation du programme d'actions pour une signature dans le premier semestre 2023.

– Localisation :



# L'intercommunalité sur le territoire du Parc naturel régional des Grands Causses
## - Communautés de communes -

situation au 01-01-2022




Communautés de communes :

- CC des Causses à l'Aubrac
- CC Lévézou Pareloup
- CC Pays de Salars
- CC Muse et Raspes du Tarn
- CC Millau Grands Causses
- CC Larzac et Vallées
- CC Saint-Affricain, Roquefort, 7 Vallons
- CC Monts Rance et Rougier
- CC Réquistanais

- Politique :

L'urgence environnementale est plus pressante que jamais. Le changement climatique et la crise sanitaire de la Covid-19 accélèrent la prise de conscience des enjeux. De plus en plus de citoyens aspirent à un quotidien plus sobre, respectueux de l'écologie, et attendent des territoires qu'ils organisent à leur échelle un modèle de société durable. Ces attentes portent précisément sur tous les domaines d'intervention des parcs naturels régionaux. La protection de la ressource en eau et la mise en œuvre de la transition écologique, la préservation de nos paysages et la maîtrise de l'urbanisation, l'alimentation saine et l'économie circulaire, les circuits courts et la gestion durable des forêts, la dynamisation culturelle et le tourisme durable, le maintien des milieux naturels et la lutte contre l'érosion de la biodiversité, l'attractivité et la solidarité territoriale… Ces enjeux sont aujourd'hui d'une nécessité impérieuse et, plus encore, apparaissent organiquement liés entre eux, maillons indissociables dans la construction d'un projet de territoire paisible. C'est dire combien le parc naturel régional, structure difficilement identifiée il y a encore quinze ans, apparaît aujourd'hui comme un échelon territorial pertinent pour l'orchestration et la mise en cohérence des politiques publiques. De par son histoire, liée à la défense de la terre et des paysages, le Parc naturel régional des Grands Causses est tout spécialement investi d'une vocation d'innovation territoriale. La protection de la nature, décloisonnée, transversale, intègre et irrigue toutes les politiques publiques, de l'aménagement à l'agriculture, du développement territorial au tourisme.

Dans un monde de plus en plus insaisissable, aux évolutions brusques, le Parc naturel régional des Grands Causses est de nature à proposer des solutions à la fois inventives et harmonieuses, car envisagées à l'échelle du territoire et en prise avec ses réalités. Le projet de Charte, par son ambition et ses enjeux, ne saurait mobiliser les seules compétences du Syndicat mixte du Parc naturel régional. Il appartient à celui-ci d'animer et de déployer toutes les énergies locales pour que se co-construise le territoire souhaité de demain, au service de tous ses habitants.

La mise en place d'un Contrat Local de Santé s'intègre ainsi logiquement dans le projet du Parc.

C'est dans ce contexte, au regard de ces recommandations méthodologiques et du cadre réglementaire, qu'a été réalisé le diagnostic du Parc naturel régional des Grands Causses.

## I/ Le territoire et la population : éléments issus du Portrait de territoire du CREI-ORS de 2019 et de la Charte du PNRGC

**Descriptif :**

Troisième parc Naturel le plus grand de France, le Parc naturel régional (PNR) des Grands Causse est bordé à l'Est par les Cévennes, au Nord par la Vallée du Lot et au Sud par les plaines du bas Languedoc, il s'étend sur 3 279 km$^2$, soit sur plus d'un tiers (38 %) du département. Il accueille près de 68 850 habitants, soit un quart de la population de l'Aveyron au 1 er janvier 2015. La densité de population y est très faible, de seulement 21 habitants au km$^2$. Avec 22 234 habitants, Millau est la seule commune du territoire qui dépasse les 10 000 habitants. Ensuite, Saint-Affrique (8 236 habitants) et Séverac d'Aveyron (4 116 habitants) sont les deux plus importantes communes du territoire. Ainsi, ces trois communes accueillent la moitié des habitants du Parc naturel régional des Grands Causses. Au 1er janvier 2015, près des trois quarts des communes du territoire comptent moins de 500 habitants.

Le territoire est identifié à travers le plus emblématique de ses paysages : les Grands Causses, vastes plateaux calcaires formés par l'érosion karstique et façonnés – plus spécialement les steppes du Larzac - par une tradition d'agropastoralisme bel et bien vivante. Bordé à l'ouest par les monts de Lacaune, au sud par les monts d'Orb, frôlant à l'est le massif des Cévennes, le territoire déploie une palette de paysages et milieux naturels qui favorisent l'épanouissement de la biodiversité. Les valeurs portées par le territoire, qui sont au socle de la création du Parc naturel régional des Grands Causses en 1995, sont en concordance avec les nouvelles attentes sociétales :

- la préservation des paysages, au diapason des aspirations à un cadre de vie apaisant
- la protection de la faune et de la flore, face à l'érosion planétaire de la biodiversité
- la relation harmonieuse entre l'homme et son environnement, qui passe aujourd'hui par l'engagement de la transition écologique
- la défense d'une agriculture qualitative (AOP Roquefort, circuits courts, bio), en phase avec l'exigence d'une alimentation saine
- la valorisation des ressources locales, par la structuration de filières territorialisées et porteuses d'emploi (économie circulaire)
- la valorisation de l'identité culturelle et patrimoniale du territoire, pour une meilleure compréhension de ses spécificités.

Bassin de vie de moyenne montagne, soumis à un relatif enclavement jusqu'à la construction de l'A75 et du Viaduc de Millau, le territoire apparaît aujourd'hui comme un possible laboratoire d'innovations en milieu rural.

Un faible accroissement démographique du a un solde migratoire positif

| INDICATEURS | PARC NATUREL RÉGIONAL DES GRANDS CAUSSES | | | AVEYRON | | OCCITANIE | | FRANCE METROP. | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Effectif | Taux | Évol* | Taux | Évol* | Taux | Évol* | Taux | Évol* |
| **Population** | | | | | | | | | |
| 1- Population | 68 847 | - | ↗ | - | ↗ | - | ↗ | - | ↗ |
| 2- Densité | - | 21,1 | = | 32,0 | ↗ | 79,4 | ↗ | 118,2 | ↗ |
| 3- Accroissement annuel | 97 | 0,1 | - | 0,2 | - | 0,9 | - | 0,5 | - |
| 4- Naissances | 549 | 8,0 | ↘ | 8,5 | ↘ | 10,7 | ↘ | 11,9 | ↘ |
| 5- Décès | 830 | 12,1 | = | 12,6 | ↗ | 9,9 | ↗ | 9,0 | ↗ |
| 6- Population de nationalité étrangère | 2 148 | 3,1 | nd | 3,2 | nd | 5,5 | nd | 6,5 | nd |
| **Profil d'âge** | | | | | | | | | |
| 7- Indice de vieillissement | - | 127,0 | ↗ | 125,0 | ↗ | 93,1 | ↗ | 77,4 | ↗ |
| 8- Moins de 15 ans | 10 680 | 15,5 | = | 15,7 | = | 16,9 | = | 18,2 | = |
| 9- 15 à 29 ans | 8 932 | 13,0 | ↘ | 13,4 | ↘ | 17,0 | ↘ | 17,8 | ↘ |
| 10- 65-74 ans | 8 387 | 12,2 | ↗ | 12,0 | ↗ | 10,6 | ↗ | 9,4 | ↗ |
| 11- 75 ans ou plus | 9 637 | 14,0 | ↗ | 14,0 | ↗ | 10,7 | ↗ | 9,3 | ↗ |

* Évolution observée sur cinq ans.

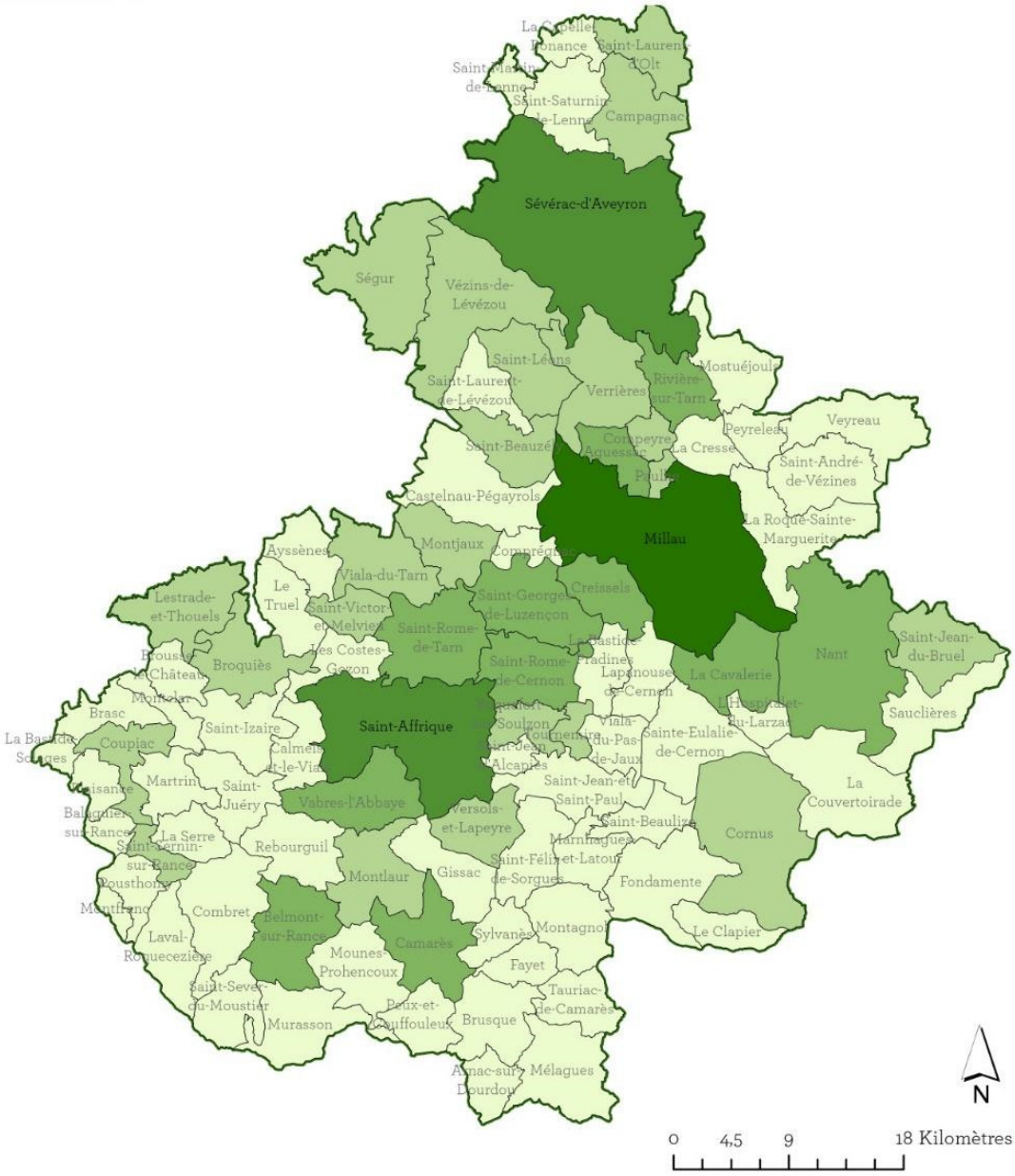
DÉFINITIONS DES INDICATEURS

**1-** Population totale (Insee RP2015) | **2-** Densité de population (Insee RP2015) | **3-** Nombre d'habitants supplémentaires et taux d'accroissement annuel (%) moyen entre 2010 et 2015 (Insee RP2010 RP2015) | **4-** Nombre de naissances et taux de natalité pour 1 000 habitants (Insee, État civil 2015, RP2015) | **5-**Nombre de décès et taux brut de mortalité pour 1 000 habitants (Insee, État civil 2015, RP2015) | **6-** Nombre et % de personnes de nationalité étrangère (Insee RP2015) | **7-** Nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans (Insee RP2015) | **8-** Nombre et % des jeunes de moins de 15 ans dans la population (Insee RP2015) | **9-** Nombre et % des habitants âgés de 15-29 ans dans la population (Insee RP2015) | **10-** Nombre et % des habitants âgés de 65-74 ans dans la population (Insee RP2015) | **11-** Nombre et % des habitants âgés de 75 ans ou plus dans la population (Insee RP2015)

Entre 2010 et 2015, la population du Parc naturel régional des Grands Causses est restée relativement stable avec un taux d"accroissement annuel moyen de 0,1 % de la population. Le nombre de naissances étant moins important que celui des décès, seule l'arrivée d'un nombre important de nouveaux habitants a permis à la population de croître. Ainsi, avec 2 149 en nombre d'habitants, le solde migratoire sur 2007-2016 est bien le vecteur du regain démographique sur le territoire du Parc des Grands Causses, dont le solde naturel pour la même période est de – 1807

# Population municipale en 2016, des communes du Parc naturel régional des Grands Causses

Révision 2022-2037




Carte réalisée par le Parc naturel régional des Grands Causses. Données INSEE 2019. Extrait des fichiers BD TOPO® - ©IGN 2019. Janvier 2019.

**Population municipale 2016 (en habitants)**

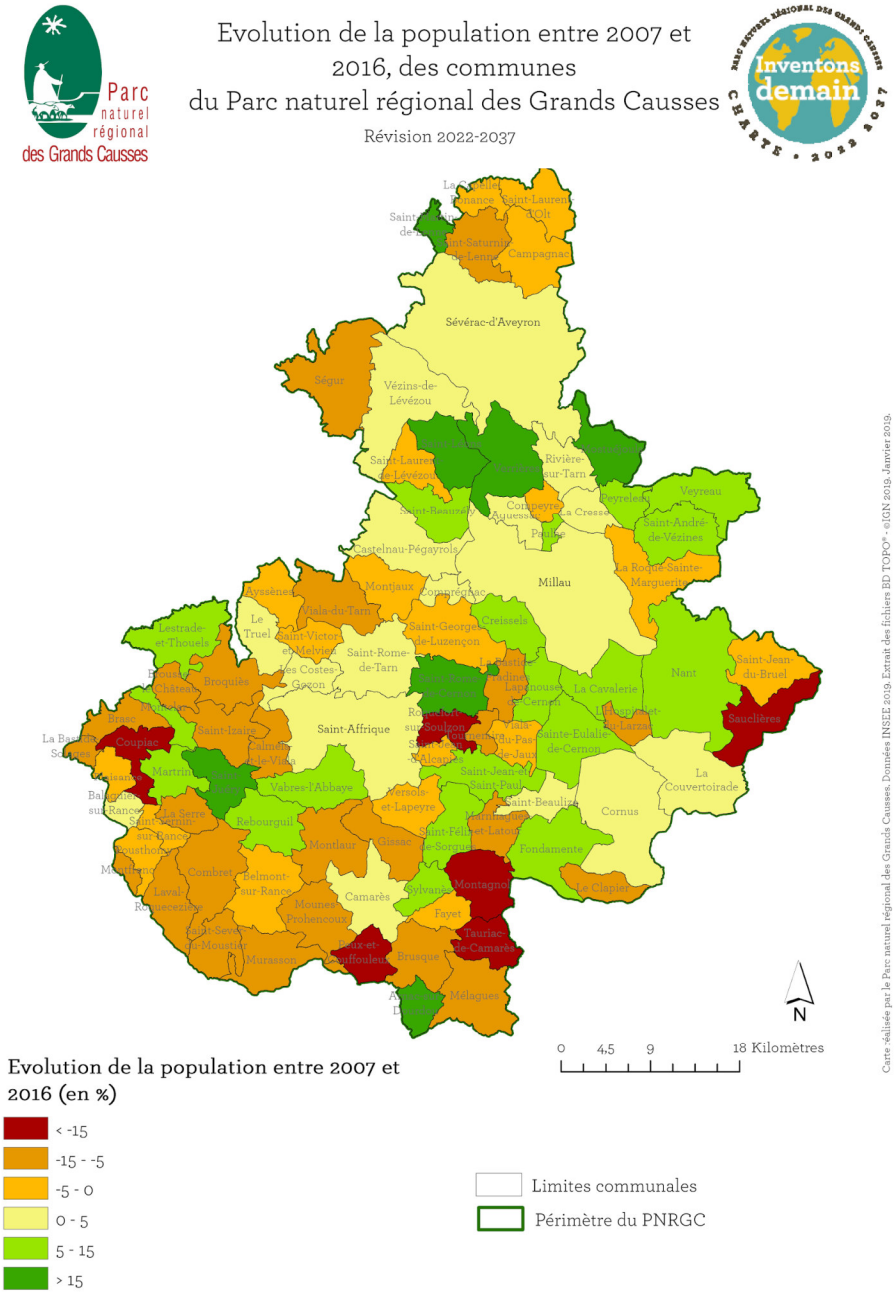
- 35 - 346
- 346 - 686
- 686 - 1 621
- 1 621 - 8 145
- 8 145 - 22 200

- Limites communales
- Périmètre du PNRGC

## Des nuances à l'échelle du territoire

L'évolution démographique du territoire se traduit par des disparités géographiques, avec une stabilité dans les pôles principaux, une perte de population au sud-ouest et une augmentation au sud en raison de l'attraction de l'aire urbaine de Montpellier.

L'armature territoriale est mise en évidence sur la carte ci-dessous, avec un rayonnement démographique autour des pôles de Millau, Saint-Affrique et Sévérac d'Aveyron, qui concentrent une part très importante de la population.



La population augmente autour des pôles urbains et le long des principaux axes routiers (A75, D999).

Elle diminue de façon notable à Roquefort-sur-Soulzon et dans plusieurs communes limitrophes du territoire, notamment côté sud-ouest.

**Un vieillissement de la population marqué**

Le territoire se caractérise en outre par un vieillissement de la population : la tranche d'âge des +60 ans augmente de 25%, celle des -20 ans diminue de 6%.

En 2015, près de 10 700 habitants du Parc naturel régional des Grands Causses ont moins de 15 ans et plus de 8 900 sont âgés de 15 à 29 ans ; ainsi, les moins de 30 ans représentent 28,5 % de la population, comme au niveau départemental (29 %), mais nettement moins que dans la population régionale (34 %) ou nationale (36 %). On constate une population plus jeune sur le territoire de Millau Grands Causses (projet de territoire d'action sociale)

Les 9 637 personnes âgées de 75 ans ou plus du territoire représentent 14 % de la population, comme sur l'ensemble du département. Cette part est plus élevée que celle observée dans la région (11 %) et nettement plus élevée que celle de la métropole (9 %). À l'intérieur du territoire, elle varie fortement d'une commune à l'autre (de 4,6 % dans la petite commune de Paulhe, à 23,2 % dans la petite commune de Brusque) ; elle est toutefois supérieure à 14 % dans près de la moitié des communes (44 sur 93) Entre 2010 et 2015, dans le Parc naturel régional des Grands Causses, comme dans les territoires de comparaison, la population a vieilli : l'indice de vieillissement est passé de 118 à 127 personnes âgées de 65 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans. Cet indice de vieillissement, proche de celui de la population du département (125), est nettement plus élevé que celui de la région (93) et de la France métropolitaine (77).

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

La connaissance de la répartition et de la part relative de certaines tranches d'âge permet d'orienter les politiques de santé.
On peut distinguer notamment :

- la période de l'enfance et l'adolescence dans laquelle est intégrée la période péri et post natale : les moins de 15 ans,
- les jeunes de 15 à 29 ans dont on connaît, malgré le manque d'indicateurs à des échelles locales, les besoins de prévention et de promotion de la santé au regard des comportements à risques,
- la part des 65 ans et plus qui permet de repérer l'importance du vieillissement démographique et des éventuels besoins en termes de prévention de la perte d'autonomie mais aussi de prise en charge.

# II/Profil de santé de la population (Diagnostic de CREI-ORS)

## Déterminants sociaux de santé

| INDICATEURS | PARC NATUREL RÉGIONAL DES GRANDS CAUSSES | | | Aveyron | | OCCITANIE | | FRANCE METROP. | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Effectif | Taux | Évol* | Taux | Évol* | Taux | Évol* | Taux | Évol* |
| **Niveau d'études** | | | | | | | | | |
| 1- 15 ans ou plus peu ou pas diplômés | 17 255 | 32,0 | ↘ | 32,2 | ↘ | 29,7 | ↘ | 30,1 | ↘ |
| 2- 25-34 ans sans diplôme | 741 | 12,2 | = | 11,2 | ↗ | 14,0 | ↘ | 13,9 | ↘ |
| **Catégories sociales** | | | | | | | | | |
| 3- Personnes actives de 15-64 ans | 29 862 | 74,4 | ↗ | 75,1 | ↗ | 72,5 | ↗ | 73,8 | ↗ |
| 4- Agriculteurs | 2 504 | 9,4 | ↘ | 8,7 | ↘ | 2,7 | ↘ | 1,6 | = |
| 5- Artisans- commerçants | 2 480 | 9,3 | ↘ | 9,4 | ↗ | 8,5 | ↗ | 6,5 | ↗ |
| 6- Cadres | 2 209 | 8,3 | = | 9,1 | ↗ | 16,5 | ↗ | 17,8 | ↗ |
| 7- Professions intermédiaires | 6 254 | 23,5 | ↗ | 23,3 | ↗ | 26,3 | ↗ | 25,9 | ↗ |
| 8- Employés | 7 245 | 27,3 | = | 27,3 | ↘ | 28,3 | ↘ | 27,8 | ↘ |
| 9- Ouvriers | 5 884 | 22,1 | ↘ | 22,2 | ↘ | 17,8 | ↘ | 20,4 | ↘ |
| 10- Chômeurs de 15-64 ans | 3 696 | 12,4 | ↗ | 10,1 | ↗ | 15,5 | ↗ | 13,7 | ↗ |
| 11- Chômeurs de 15-24 ans | 714 | 27,0 | ↗ | 22,9 | ↗ | 32,9 | ↗ | 29,2 | ↗ |
| 12- Emplois précaires | 6 826 | 33,2 | ↗ | 31,1 | ↗ | 30,2 | ↗ | 27,6 | ↗ |
| **Revenus** | | | | | | | | | |
| 13- Revenu annuel moyen par FF* | 21 684 | - | ↗ | 23 298 | ↗ | 23 809 | ↗ | 26 774 | ↗ |
| 14- Foyers fiscaux non imposés | 26 781 | 65,8 | nd | 62,5 | nd | 60,7 | nd | 55,7 | nd |
| **Situations de précarité financière** | | | | | | | | | |
| 15- Personnes couvertes par le RSA | 2 249 | 4,4 | ↗ | 3,8 | ↗ | 8,1 | ↗ | 6,5 | ↗ |
| 16- Allocataires dépendants à 100% des prestations sociales | 1 358 | 12,8 | ↘ | 12,2 | ↘ | 19,1 | ↘ | 17,0 | ↘ |
| 17- Bénéficiaires de la CMUc | 3 408 | 5,0 | nd | 4,5 | nd | 8,8 | nd | nd | nd |
| **Modes de vie et situations à risque de fragilité ou d'isolement** | | | | | | | | | |
| 18- PA 75+ à domicile | 8 377 | 86,9 | ↘ | 86,0 | ↘ | 90,5 | ↘ | 90,2 | ↘ |
| 19- PA 75+ seules à domicile | 3 312 | 39,5 | ↗ | 38,5 | ↗ | 39,4 | ↗ | 42,6 | = |
| 20- Familles avec enfant(s) | 8 326 | 42,6 | ↘ | 42,2 | = | 48,5 | ↘ | 51,2 | ↘ |
| 21- Familles monoparentales | 1 676 | 20,1 | ↗ | 18,9 | ↗ | 25,9 | ↗ | 23,7 | ↗ |

DÉFINITIONS DES INDICATEURS

**1-** Nombre de personnes âgées de 15 ans ou +, hors système scolaire, sans diplôme ou au plus le brevet des collèges et % parmi les 15 ans ou plus hors système scolaire (Insee RP2015) | **2-** Nombre de personnes âgées de 25-34 ans, non étudiants, sans diplôme ou au plus le brevet des collèges et % parmi les 25-34 ans non étudiants (Insee RP2015) **3-** Nombre de personnes actives (ayant un emploi ou au chômage) âgées de 15-64 ans et % parmi les 15-64 ans (Insee RP2015) | **4-** Nombre et part des agriculteurs exploitants dans la population active ayant un emploi (Insee RP2015) | **5-** Nombre et part des artisans, commerçants… dans la population active ayant un emploi (Insee RP2015) | **6-** Nombre et part des cadres dans la population active ayant un emploi (Insee RP2015) | **7-** Nombre et part des professions intermédiaires dans la population active ayant un emploi (Insee RP2015) | **8-** Nombre et part des employés dans la population active ayant un emploi (Insee RP2015) | **9-** Nombre et part des ouvriers dans la population active ayant un emploi (Insee RP2015) | **10-** Nombre de chômeurs âgés de 15-64 ans et % ans la population active des 15-64 ans (Insee RP2015) | **11-** Nombre de chômeurs (au sens du recensement) âgés de 15-24 ans et % dans la population active des 15-24 ans (Insee RP2015) | **12-** Nombre et part des 15 ans ou plus salariés, autre que CDI à temps plein, parmi les 15 ans ou + salariés (Insee, RP2015) | **13-** Revenu annuel moyen par foyer fiscal en euros (Insee, DGFIP 2015) | **14-** Nombre et % de foyers fiscaux non imposés (Insee, DGFIP 2015) | **15-** Nombre de personnes couvertes par le RSA total (allocataires et ayants droit) et % parmi la population des moins de 65 ans (Cnaf- CCMSA 2016, Insee RP2015) | **16-** Nombre et part des allocataires dépendant à 100% des prestations sociales parmi les allocataires dont les revenus sont connus (Cnaf- CCMSA 2016) | **17-** Nombre et part des bénéficiaires de la CMUc (assurés et ayants droit) dans la population totale (CPAM, MSA, RSI 2016, Insee RP 2015) | **18-** Nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus à domicile et % parmi les 75 ans ou plus (Insee RP2015) | **19-** Nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus seules à domicile et % parmi les 75 ans ou plus vivant à domicile (Insee RP2015) | **20-** Nombre de familles avec enfant(s) et % parmi les familles (Insee RP2015) | **21-** Nombre de familles monoparentales et % parmi les familles avec enfant(s) (Insee RP2015)

Un niveau d'études relativement élevé

En 2015, plus de 17 250 habitants âgés de 15 ans ou plus et sortis du système scolaire sont sans diplôme ou ont, au plus, le brevet des collèges, soit 32,0 % d'entre eux. Cette part est proche de celle observée dans le département et légèrement plus élevée que celle observée dans la région ou en France métropolitaine (30 %). À l'inverse, parmi les 25-34 ans, la part des jeunes peu ou pas diplômés (12,2 %) est légèrement plus faible que celle observée au niveau régional ou national (14 %). En cinq ans, dans la population du Parc naturel régional des Grands Causses comme dans les territoires de comparaison, la part des personnes peu ou pas diplômées a baissé parmi les 15 ans ou plus. Pour les 25-34 ans du territoire, la part des personnes peu ou pas diplômées, déjà faible en 2010, est restée stable en 2015 alors qu'elle a baissé dans la région comme en métropole.

Plus d'agriculteurs et moins de cadres

Parmi les habitants du territoire en âge de travailler (les 15-64 ans), 74,4 % sont en activité ou en recherche d'emploi en 2015. Cette part est proche celles observées dans les territoires de comparaison. Dans le Parc naturel régional des Grands Causses, la répartition des catégories sociales des actifs ayant un emploi se caractérise par une surreprésentation des agriculteurs (9,4 % vs 2,6 % en Occitanie et 1,6 % en France) et une sous-représentation des cadres (8,3 % vs 16,5 % dans la région et 17,8 % en France). En cinq ans, la part des agriculteurs parmi les actifs ayant un emploi a moins baissé dans le Parc naturel régional des Grands Causses (-5 %) que dans le département (-8 %) ou en région (-12 %). En revanche, si la part des artisans commerçants a baissé sur le territoire et que celle des cadres y est restée stable, la part de ces deux catégories sociales a augmenté dans les territoires de comparaison.

**La situation sociale**

à travers 4 indicateurs qui sont des déterminants sociaux de santé :

- **Les bénéficiaires de la CMUc**

Cet indicateur traduit à la fois l'importance relative des situations de précarité financière mais aussi l'importance des personnes en difficulté d'accès à la santé* : plus souvent atteintes par des affections de longue durée (ALD), en particulier par le diabète, ayant plus souvent un moins bon suivi médical du diabète, un moindre recours aux dépistages, des problèmes dentaires plus fréquents, un mal-être plus marqué...

- **Les personnes de 15 ans et plus non scolarisées et sans diplôme**

Le niveau de formation scolaire oriente vers une profession, un niveau de revenus et donc une catégorie sociale. Il contribue à la constitution de l'état de santé notamment par la formation des normes en santé et le développement d'une plus ou moins grande réception aux messages de prévention à tous les âges de la vie.

- **Les familles monoparentales**

Certaines de ces familles sont à « risque de fragilité ». Elles peuvent cumuler les vulnérabilités** : jeunesse du parent, faible niveau de formation et de qualification, faible revenu, mauvaises conditions de logement, forte exposition au chômage. Ces facteurs influent sur leurs problèmes de santé et sur leur accès à la santé.

- **Les personnes âgées de plus de 75 ans qui vivent seules à domicile**

Ces situations à « risque d'isolement » sont particulièrement fréquentes en milieu urbain. Certaines personnes âgées cumulent les risques d'isolement social, d'isolement lié aux déplacements, de faible niveau de revenus, et de fragilité de santé.

*Caractéristiques et recours des populations bénéficiaires de la CMUc : plus jeune, plutôt féminine et en moins bonne santé. ARS Midi Pyrénées-INSEE, janvier 2014.

**Les familles monoparentales : des difficultés à travailler et à se loger. O. Chardon et col. INSEE Première n°1195, juin 2008

Un taux de chômage moins élevé

En 2015, près de 3 700 habitants du Parc naturel régional des Grands Causses, âgés de 15-64 ans, déclarent être au chômage lors du recensement de population ; leur part dans la population active est de 12,4 %, moins élevée qu'en métropole (14 %) et qu'en Occitanie (16 %). Quel que soit le territoire, les jeunes sont nettement plus touchés par le chômage. Dans le Parc naturel régional des Grands Causses, 27 % des actifs de 15-24 ans sont au chômage, taux plus élevé que dans le département (23 %) mais moins élevé que dans la région (33 %) et dans une moindre mesure, qu'en France métropolitaine (29 %).En cinq ans, le taux de chômage a augmenté dans le Parc naturel régional des Grands Causses comme dans le département, la région et la métropole, mais de façon toutefois moins marquée pour les jeunes du territoire (+5 %) que pour les 15-24 ans de la région ou

de la métropole (+18 %). Par ailleurs, plus de 6 800 emplois sont des emplois dits « précaires » (autres qu'en CDI à temps plein), soit un tiers des emplois. Ils sont plus fréquents sur le territoire que sur les territoires de comparaison et en augmentation depuis 2010

Un revenu moyen peu élevé

En 2015, le revenu annuel moyen par foyer fiscal est de 21 684 €, plus faible que celui du département (23 298 €) et plus faible également que le revenu annuel moyen observé au niveau régional (23 809 €) ou national (26 774 €). Par ailleurs, près de 26 800 foyers fiscaux du Parc naturel régional des Grands Causses ne sont pas imposés en 2015, soit 65,8 %, part qui n'est que de 56 % en France métropolitaine.

Des situations de précarité financière variables selon les populations et les territoires

En 2016, près de 2 450 personnes sont couvertes par le RSA, soit 4,4 % des habitants du Parc naturel régional des Grands Causses âgés de moins de 65 ans. Parmi les habitants allocataires de prestations sociales, plus de 1 350 ne déclarent aucun revenu, soit 5 %. Par ailleurs, on compte plus de 3 400 bénéficiaires de la CMUc en 2016, soit 5 % de la population. Qu'il s'agisse des personnes couvertes par le RSA, des allocataires dépendants à 100 % des prestations sociales ou des bénéficiaires de la CMUc, les parts de personnes concernées, parmi les habitants du territoire, sont proches de celles observées au niveau du département, et nettement plus faibles que celles observées dans la région comme en France métropolitaine. À l'intérieur du territoire, près de la moitié des bénéficiaires de la CMUc (47 %) se concentrent dans la commune de Millau qui accueille 32 % de la population. Selon les communes, la part des bénéficiaires de la CMUc dans la population varie de 0 % à 13,7 % ; elle est supérieure à 5 % dans 20 des 93 communes du Parc naturel régional des Grands Causses.

En cinq ans, on observe une augmentation de la part des bénéficiaires du RSA et une baisse de la part des allocataires dépendant à 100 % des prestations sociales, dans le Parc naturel régional des Grands Causses comme dans les territoires de comparaison.

La part de bénéficiaires du RSA par rapport à la population active de 15-64 ans en 2018 sur le Territoire d'action sociale (4,5%) est supérieure au niveau départemental (3,1%). Sur le territoire d'action sociale, les bénéficiaires su RSA ont été orientés de la manière suivante en 2018 :

- 54% orientation emploi
- 32% orientation sociale (dont 27% pour des problématiques de santé)
- 14% orientation socio-professionnelle

Les enjeux identifiés par le projet de territoire d'action sociale sont :

- Une proportion élevée de jeunes ni étudiants ni en emploi ;
- Des revenus précaires et une part élevée des bénéficiaires du RSA sur le Sud Aveyron ;
- Des bénéficiaires RSA confrontés à de réelles difficultés de mobilité dans leur parcours d'insertion ;
- Des problématiques de santé prégnantes chez les bénéficiaires RSA

Les situations à risque d'isolement ou de fragilité

En 2015, plus de 3 300 personnes âgées du Parc naturel régional des Grands Causses vivent seules chez elles, soit 39,5 % des personnes âgées de 75 ans ou plus qui vivent à domicile ; cette part est plus faible que celle observée en France métropolitaine (43 %). En cinq ans, si la part des personnes âgées vivant à leur domicile a légèrement baissé, celle des personnes âgées vivant seules chez elles a augmenté sur le territoire comme dans le département et la région.

Il est à noter que 12,6% des personnes âgées de 75 ans ou plus vivent avec un revenu disponible inférieur au seuil de pauvreté en Aveyron pour un taux national de 7,4% en 2018 (projet de territoire d'action sociale).

Dans le Parc naturel régional des Grands Causses, la part des familles avec enfant(s) (42,6 %) est, comme dans le département, plus faible qu'au niveau régional (48,5) et qu'au niveau national (51 %). Parmi ces familles, la situation de monoparentalité est moins fréquente dans le Parc naturel régional des Grands Causses que dans les territoires de comparaison : elle concerne 1 676 familles, soit 20,1 % des familles avec enfant(s) contre 26 % des familles avec enfant(s) de la région et 24 % des familles avec enfant(s) de la métropole. Depuis 2010, la part des familles monoparentales augmente dans le territoire comme dans les territoires de comparaison. La part de famille monoparentale et de personnes seules est concentrée sur Millau Grands causses et le Saint Affricain.

A l'échelle du département, 1,9% des jeunes de moins de 20 ans ont fait l'objet d'une information préoccupante en 2017, 2, 58% sur le territoire d'action sociale du Sud Aveyron. 36,4% des informations préoccupantes font l'objet d'un signalement aux autorités judiciaires, en 2017, en hausse depuis 2014 (29,3%)

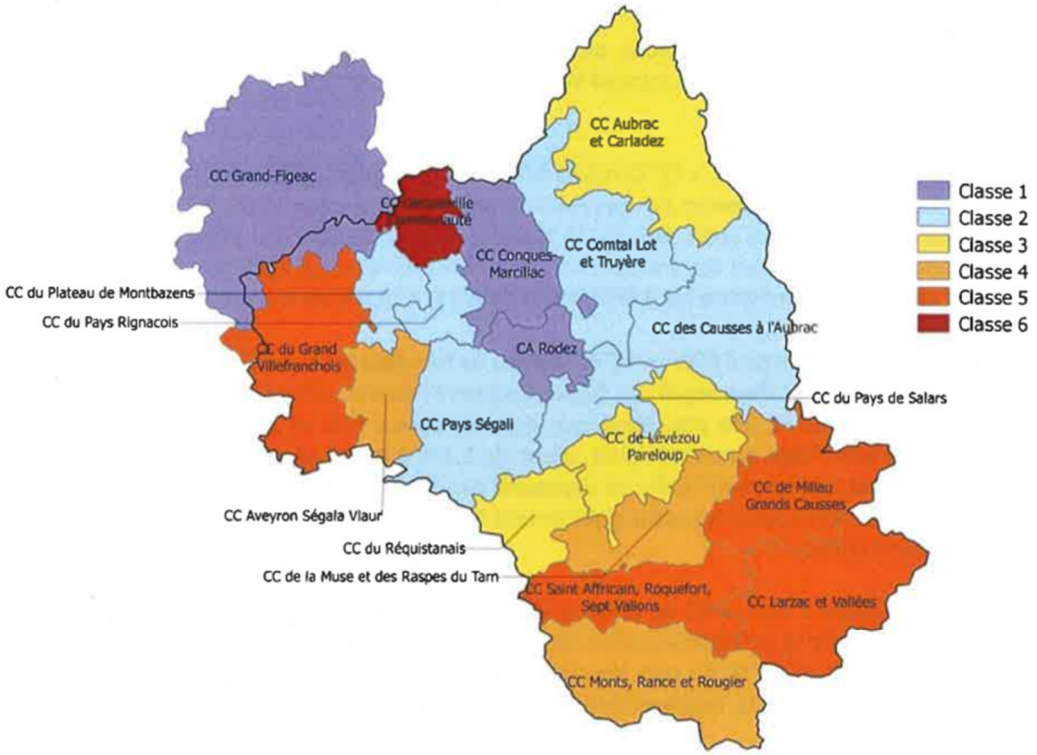
| | Difficultés repérées/ nombre d'enfants vus (2014) (%) | Difficultés repérées/ nombre d'enfants vus (2016) (%) |
|---|---|---|
| TAS Millau Saint-Affrique | 34,0 | 27,1 |
| Aveyron | 17,9 | 14,4 |

*Difficultés repérées chez les enfants de 3-4 ans par rapport au nombre d'enfants vus (DEF 2014 2016)

| | |
|---|---|
| TAS MILLAU SAINT AFFRIQUE | 19,4% |
| AVEYRON | 21,8% |
| France METROPOLITAINE | 24,3% |

*Part de la population de moins de 20 ans par rapport à la population totale- INSEE 2014

**CARTE 3 : APPROCHE SYNTHETIQUE DE LA PRECARITE (INSEE 2014)**




**Classe 1** : Revenus élevés et forte part des cadres et des anciens cadres.

**Classe 2** : Taux de chômage faible, revenus assez élevés et homogènes, faible part des prestations sociales.

**Classe 3** : Taux de chômage faible, revenus assez faibles, forte représentation des retraités et population âgée.

**Classe 4** : Taux de chômage moyen, revenus faibles et hétérogènes, surreprésentation des inactifs parmi les non retraités.

**Classe 5** : Taux de chômage élevé, part très importante d'ouvriers et d'employés, forte part des prestations sociales et revenus proches de la moyenne.

**Classe 6** : Taux de chômage élevé, part très importante d'ouvriers et d'employés, forte part des prestations sociales, revenus assez faibles et homogènes.

On retrouve ainsi en classe 4 les communautés de communautés de communes « Monts Rance et Rougier » et « Muse et Raspe du Tarn ». Les revenus y sont plus faibles que dans les autres EPCI et la dispersion y est forte. Le taux de chômage est dans la moyenne. La part des inactifs y est plus élevées qu'en moyenne. C'est également le cad de la part des retraités. L'indice de vieillissement y est plus élevé qu'en moyenne. Les prestations sociales représentent 5% du revenu disponible, soit plus qu'en moyenne.

La classe 5 est composée de 4 EPCI sur le département dont trois sur le territoire du Parc des Grands Causses : CC Larzac et Vallées, CC Saint-Affricain, Roquefort, Sept Vallons et CC Millau Grands Causses. Celles-ci sont caractérisées par un taux de chômage relativement élevé. La part d'ouvriers et employés parmi les actifs est importante (autour de 59%). Les revenus y sont hétérogènes. Les prestations sociales représentent plus de 5% du revenu disponible, soit d'avantage

que dans les autres EPCI du département. Le taux d'activité des femmes y est plus faible que dans les autres intercommunalités.

*(Données issues du projet de territoire d'action sociale Millau/Saint Affrique 2019-2021)*

**Déterminants environnementaux de santé**

Un tiers des logements sont anciens et potentiellement dégradés

L'ensemble des indicateurs permettant d'appréhender l'habitat dégradé dans le Parc naturel régional des Grands Causses traduisent une situation relativement peu favorable au regard des valeurs nationales, régionales et départementales. En 2015, 32,5 % des logements sont « anciens » (construits avant 1946), part nettement plus élevée que celle observée dans la région (21 %) ou en France métropolitaine (24 %) et plus élevée également que celle observée dans le département (29 %). Près de 2 500 logements du parc privé sont considérés comme potentiellement indignes, soit 8,2 % du parc des logements privés, comme en Occitanie (8 %) mais légèrement plus que dans le département (6,5 %). On note que 6,9 % des résidences principales sont des logements sociaux. Soulignons toutefois qu'aucune commune du territoire n'est soumise à l'obligation de production de logements sociaux prévue par la réglementation (Loi « Solidarité et Renouvellement Urbain » de décembre 2000)

Par ailleurs en 2015, 229 logements (soit 0,7 % des résidences principales), sont considérés comme étant « sans confort » car ne possédant ni de baignoire ni de douche à l'intérieur du logement. Cette part est légèrement plus élevée que celle observée dans les territoires de comparaison.

Qualité de l'eau

C'est un paramètre essentiel pour la bonne santé des habitants. On peut distinguer la qualité bactériologique, les concentrations en nitrates et les concentrations en pesticides.

Le territoire du Parc présente encore en 2020 quelques réseaux de distribution qui présentent une contamination bactériologique chronique (2), fréquente (10) ou périodique (7). Il s'agit en général de petites unité de distribution communale gérée par la collectivité et sans fermier.

L'origine de ces contaminations est souvent liée à la vétusté de l'ouvrage de captation et sa mauvaise gestion. Les traitements sont souvent non fonctionnels et la professionnalisation des employés demeurent faible.

Concernant les concentrations en nitrates, il n'y a pas de dépassement de la norme des 50 mg/l mais quelques communes (Versols-et-Lapeyre, Saint-Rome-de-Tarn) ont des ressources captées dont les teneurs sont comprises entre 40 et 50 mg/l donc en limite de qualité. Dans ce cadre des analyses plus régulières sont réalisées par les services de l'ARS.

Concernant les concentrations en pesticides, le territoire délivre une eau conforme sans dépassements de la norme de 0.1 µg/l.

Qualité de l'air :

C'est un paramètre qui est surveillé depuis quelques années. En région Occitanie, c'est l'association Atmo Occitanie qui effectue des relevés réguliers sur plusieurs paramètres et notamment l'ozone, le dioxyde d'azote, les particules en suspension, les particules fines, les composés organiques volatils, les gaz à effet de serre, les phytosanitaires et autres polluants.

En 2021, l'ensemble des seuils réglementaires est respecté à l'exception des objectifs de qualité concernant l'ozone, comme sur la majeure partie de la région Occitanie. Le bilan de la qualité de l'air réalisé par Atmo Occitanie indique que le département a connu un épisode de pollution durant trois journées en raison de concentrations importantes de particules en suspension liées à un apport naturel de poussières désertiques.

### Etat de santé et problèmes de santé

Une situation sanitaire plutôt favorable

| INDICATEURS | PARC NATUREL RÉGIONAL DES GRANDS CAUSSES | | | AVEYRON | | OCCITANIE | | FRANCE METROP. | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Effectif | TxStd | Évol* | TxStd | Évol* | TxStd | Évol* | TxStd | Évol* |
| **État général de santé** | | | | | | | | | |
| 1- Mortalité générale | 821 | 709,8 | ↘ | 718,9 | ↘ | 713,1 | ↘ | 738,6 | ↘ |
| 2- Mortalité prématurée | 106 | 169,4 | - | 164,6 | - | 176,6 | ↘ | 182,6 | ↘ |
| 3- Admissions en ALD | 1983 | 2272,4 | ↗ | 2256,4 | ↗ | 2226,4 | ↗ | 2241,9 | ↗ |
| **Cancers** | | | | | | | | | |
| 4- Ensemble des cancers : Mortalité | 201 | 188,5 | - | 194,9 | ↘ | 211,8 | ↘ | 225,7 | ↘ |
| 5- Admissions en ALD | 389 | 442,7 | - | 431,7 | ↗ | 492,8 | ↗ | 499,4 | ↗ |
| 6- Cancer du poumon : mortalité | 32 | 32,4 | - | 30,4 | - | 43,6 | - | 44,0 | ↘ |
| 7- Admissions en ALD | 30 | 35,0 | - | 31,1 | - | 44,9 | ↗ | 43,1 | ↗ |
| 8- Cancer du Colon : mortalité | 25 | 22,5 | - | 23,3 | - | 22,4 | ↘ | 23,4 | ↘ |
| 9- Admissions en ALD | 50 | 51,9 | - | 47,7 | - | 52,4 | ↗ | 51,8 | ↗ |
| 10- Cancer du sein : mortalité | 16 | 28,8 | - | 27,0 | - | 26,6 | ↘ | 29,2 | ↘ |
| 11- Admissions en ALD | 69 | 161,8 | - | 159,9 | - | 178,3 | ↗ | 176,0 | ↗ |
| **Maladies Cardio-Vasculaires** | | | | | | | | | |
| 12- Ensemble des maladies cardio-vasculaires : mortalité | 213 | 170,0 | ↘ | 182,2 | ↘ | 175,1 | ↘ | 178,8 | ↘ |
| 13- Admissions en ALD | 620 | 642,3 | ↗ | 688,1 | ↗ | 604,8 | ↗ | 609,7 | ↗ |
| **Diabète** | | | | | | | | | |
| 14- Patients diabétiques traités | 2 834 | 4,7 | nd | 4,6 | nd | 4,5 | nd | nd | nd |
| 15- Admissions en ALD | 252 | 292,2 | ↗ | 274,2 | ↗ | 332,4 | ↗ | 363,2 | ↗ |
| **Santé mentale** | | | | | | | | | |
| 16- Admissions en ALD pour affection psychiatrique | 199 | 305,2 | ↗ | 293,8 | ↗ | 249,6 | ↗ | 206,4 | ↗ |
| 17- Consommation de psychotropes | 7 517 | 11,0 | nd | 12,3 | nd | 11,1 | nd | nd | nd |
| 18- Mortalité par suicide | 16 | 21,2 | - | 15,9 | - | 13,3 | ↘ | 14,5 | ↘ |
| **Conséquences sanitaires des comportements à risque** | | | | | | | | | |
| 19- Accidents de la circulation | 6 | 9,1 | - | 8,1 | - | 6,4 | ↘ | 4,9 | ↘ |
| 20- Alcool | 16 | 16,1 | ↘ | 18,2 | ↘ | 20,0 | ↘ | 26,4 | ↘ |
| 21- Tabac | 97 | 85,9 | ↘ | 86,7 | ↘ | 98,0 | ↘ | 100,2 | ↘ |

Note : les taux standardisés (TxStd) soulignés diffèrent significativement du taux de la France métropolitaine
* Évolution observée sur cinq ans (en moyennes triennales). Seules les évolutions significatives sont représentées par des flèches

INDICATEURS

**Mortalité** : Nbre annuel moyen de décès et taux standardisé de mortalité sur la période 2011-2015. Le TSM est le taux de mortalité que l'on observerait si la population de la zone étudiée avait la même structure par âge que la population de référence, soit la population de la France entière au RP de 2006 (Inserm CépiDC, Insee) : **1-** et **2-** mortalité tous âges et avant 65 ans toutes causes confondues ; **4-** mortalité par cancer toutes localisations confondues, CIM10 C00-C97 ; **6-** mortalité par cancer du poumon, CIM10 C33-C34 ; **8-** mortalité par cancer colorectal, CIM10 C18-C21 ; **10-** mortalité par cancer du sein, CIM10 C50 ; **12-** mortalité par maladies cardiovasculaires, CIM10 I00-I99 ; **18-** mortalité par suicide, CIM10 X60-X084 Y87 ; **19-** mortalité par accident de la circulation, CIM10 V01-V99 ; **20-** mortalité par psychose alcoolique et alcoolisme, CIM10 F10, par cirrhose, K70 K746 et par cancer des voies aéro-digestives supérieures, CIM10 C00-C14 C15 C32 ; **21-** mortalité par cancer du poumon CIM10 C33-C34, par bronchite chronique et obstructive CIM10 J40-44, J47, J961) et par cardiopathie ischémique CIM10 I20-I25.

**Morbidité** : Nbre annuel moyen de nouvelles admissions en ALD et taux standardisé d'incidence des ALD sur la période 2011-2015. Le TSI est le taux d'incidence des ALD que l'on observerait si la population de la zone étudiée avait la même structure par âge que la population de référence, soit la population de la France entière au RP de 2006 (CNAMTS, MSA, RSI, Insee) : **3-** Ensemble des ALD tous âges ; **5-** ALD n°30 pour cancer; **7-** ALD n°30 pour cancer du poumon, CIM10 C33-C34 ; **9-** ALD n°30 pour cancer colorectal, CIM10 C18-C21 ; **11-** ALD n°30 pour cancer du sein, CIM10C50 ; **13-** ALD pour maladies cardiovasculaires, ALD n°1, 3, 5 13 ; **14-** Nbre de bénéficiaires d'un des trois principaux régimes de l'assurance maladie (AM) ayant eu une délivrance de médicament pour le traitement du diabète (type I ou type II) à au moins 3 dates différentes en 2016 et part pour 100 bénéficiaires (DCIR - RG hors SLM, MSA,RSI -2016-2017) ; **15-** ALD pour diabète, ALD n°8 ; **16-** ALD pour affections psychiatriques tous âges, ALD n°23 ; **17** - Nbre de bénéficiaires d'un des régimes de l'assurance maladie (AM) ayant eu au moins 3 délivrances de médicaments psychotropes en 2016 et part pour 100 bénéficiaires de l'AM (DCIR – Ensemble des régimes de l'AM ; Insee RP2014).

Avec 821 décès en moyenne chaque année sur le territoire du Parc naturel régional des Grands Causses, la mortalité est significativement plus faible de celle observée en France métropolitaine, à structure d'âge comparable. Deux causes représentent 50 % des décès : les maladies cardio-vasculaires (26 %) et les tumeurs (24 %). Parmi ces décès, 106 ont concerné des habitants de moins de 65 ans, soit 13 % des décès. Cette mortalité dite « prématurée » est significativement plus faible dans le Parc naturel régional des Grands Causses qu'au niveau national, à structure d'âge identique. En cinq ans, le niveau de la mortalité a baissé, dans le territoire comme dans les territoires de

comparaison. Près de 1 200 admissions en affections de longue durée (ALD) sont enregistrées en moyenne chaque année pour les habitants du territoire. Rapportées à la population et à structure par âge comparable, ces admissions représentent une incidence qui ne diffère pas de façon significative de celle observée au niveau national, comme c'est également le cas dans le département.

Une sous-mortalité significative par cancer

Deuxième cause d'admission en ALD et deuxième cause de mortalité, les cancers sont à l'origine de 389 nouvelles admissions en ALD et de 201 décès d'habitants du Parc naturel régional des Grands Causses en moyenne chaque année. À structure d'âge comparable, la mortalité par cancer des habitants du territoire ainsi que l'incidence des ALD pour cancer, sont significativement plus faibles que celles de l'ensemble des métropolitains, comme c'est aussi le cas dans le département et la région. Pour les habitants du Parc naturel régional des Grands Causses, seules la mortalité et l'incidence des ALD pour cancer du poumon sont significativement plus faibles que les valeurs nationales, à structure d'âge comparable. À l'inverse, pour les cancers du côlon et du sein, on n'observe pas de différence significative avec les valeurs nationales. En cinq ans, la mortalité par cancer est restée stable pour les habitants du territoire, pour l'ensemble des cancers et pour chaque localisation cancéreuse présentée. Il en va de même pour l'incidence des ALD pour cancers qui est restée stable.

Une mortalité par maladies cardiovasculaires proche de la mortalité nationale

Première cause d'admission en ALD et première cause de décès, les maladies cardiovasculaires sont à l'origine de près de 620 nouvelles admissions en ALD et de 213 décès en moyenne chaque année pour les habitants du Parc naturel régional des Grands Causses. Concernant la mortalité par maladies cardiovasculaires la situation des habitants du territoire est proche de celle de l'ensemble des Français. On note, à l'inverse, une sur-incidence des ALD pour maladies cardio-vasculaires, comparée à l'incidence observée au niveau national. En cinq ans, la mortalité par maladies cardiovasculaires a plus fortement baissé dans le territoire (-24 %) que dans les territoires de comparaison (de -17 % à -20 %) et l'incidence des ALD a augmenté dans des proportions identiques à celles des territoires de comparaison.

**Les décès prématurés : un enjeu important en termes de prévention**

Un décès est considéré comme prématuré, d'un point de vue de santé publique, lorsqu'il survient avant 65 ans.

Cet indicateur est utile pour orienter les politiques de prévention car une part importante de ces décès est considérée comme évitable, que ce soit du fait de comportements à risques (accidents, consommation d'alcool ou de tabac par exemple), soit en lien avec le système de soins (au travers de l'accès au dépistage et de l'accès aux soins par exemple).

En Occitanie, 16,5% des décès sont considérés comme prématurés alors que cette proportion est de 18,6% au niveau de la France métropolitaine.

Les décès par cancer représentent à eux seuls deux décès évitables sur cinq, les cancers de la trachée, des bronches et des poumons étant à l'origine de plus d'un décès prématuré sur dix en Occitanie. Les causes externes de mortalité représentent 16% des décès prématurés avec, principalement, les suicides (6%) et les accidents de la circulation (3%). En prenant en compte les 12% de décès prématurés liés à des maladies de l'appareil circulatoire, on observe que tumeurs, causes externes de mortalité et maladies cardiovasculaires représentent les deux tiers des décès prématurés.

Près d'un habitant sur vingt touché par le diabète

En 2016, plus de 2 800 personnes ont été traitées pour un diabète sur le territoire, soit 4,7 % de la population, part relativement proche de celle observée dans le département ou la région (5 %). Chaque année, une moyenne de 252 habitants du Parc naturel régional des Grands Causses est admise en ALD en raison d'un diabète. Le taux d'incidence de ces ALD est significativement plus faible que le taux d'incidence observé en France métropolitaine, à structure par âge comparable, comme c'est également le cas dans le département et la région. En cinq ans, l'incidence des ALD pour diabète a augmenté de façon significative sur le territoire comme dans les territoires de comparaison.

La santé mentale : un champ difficile à explorer

La santé mentale couvre un domaine très large qui va de la santé mentale positive se rapprochant de la notion de bien être mental et social de l'OMS aux maladies psychiatriques. Ce champ est très vaste mais très peu de données statistiques sont disponibles Chaque année en moyenne, près de

200 habitants du Parc naturel régional des Grand Causses sont admis en ALD pour une affection psychiatrique. Le taux d'incidence des ALD psychiatriques y est, comme dans le département et la région, significativement plus important qu'en métropole. Plus de 7 500 habitants du territoire ont eu au moins trois délivrances de psychotropes au cours de l'année 2016, soit 11,0 % des habitants couverts par l'assurance maladie ; cette part est identique à celle de la région et proche de celle observée dans le département (12 %).

Avec 16 décès en moyenne par an sur le territoire entre 2011 et 2015, la mortalité par suicide est significativement plus élevée que celle observée en France métropolitaine, à structure d'âge comparable ; alors qu'en Occitanie, on note une sous-mortalité significative par suicide. Par rapport à la période quinquennale précédente, la mortalité par suicide est restée stable dans le Parc naturel régional des Grands Causses comme dans le département, alors qu'elle a baissé de façon significative dans la région et au niveau national.

Les personnes décédées par suicide sont majoritairement des hommes et essentiellement de plus de 60 ans, comme sur le territoire national. On ne dispose pas d'information concernant la catégorie socio-professionnelle.

Une surmortalité significative par accident de la circulation

Sur la période 2011-2015, six habitants du territoire sont décédés en moyenne chaque année par accident de la circulation. À structure par âge comparable, la mortalité par accident de la circulation est significativement plus élevée que celle observée au niveau national ; c'est également le cas dans le département et la région. En cinq ans, la mortalité par accident de la circulation est restée stable pour les habitants du Parc naturel régional des Grands Causses (comme pour les habitants du département) alors qu'elle a baissé de façon significative pour les habitants de la région et de la métropole. Avec 97 décès en moyenne chaque année, suite à des pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque et 16 décès par pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque, le territoire est en sous-mortalités significatives comparées aux mortalités nationales ; c'est aussi le cas pour le département et la région. En cinq ans, la mortalité par pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque, comme la mortalité par pathologies pour lesquelles le tabac est un facteur de risque, ont baissé de façon significative dans le territoire comme dans les territoires de comparaison.

*Une analyse des données récentes est en cours de réalisation par les services de la sécurité Routière de la Préfecture (novembre 2022).*

## Santé des enfants et des jeunes

De la période périconceptionnelle jusqu'à la fin de l'adolescence, se construit, pour une large part, la santé des individus.

Parmi les enjeux majeurs de santé pour cette classe d'âge, on retiendra notamment :

- la santé buccodentaire ;
- les problèmes de surpoids et d'obésité ;
- les troubles mentaux et du comportement ;
- les conséquences des accidents.

Plusieurs indicateurs de l'état de santé des enfants font l'objet d'un suivi à l'échelle nationale et, dans certains cas, régionale concernant la prévalence de maladies ou de facteurs de risque connus liés au mode de vie, souvent marqueurs des inégalités sociales de santé dès l'enfance. Ces indicateurs ne sont pas disponibles à l'échelle des territoires.

En Occitanie, le recueil et l'analyse de certains indicateurs à 5-6 ans et en 6e, ont été mis en place à partir des bilans infirmiers réalisés dans l'académie de Toulouse (dispositif Infiscol). Une enquête réalisée dans les collèges de cette académie (HBSC) permet par ailleurs de dégager les spécificités régionales sur les comportements et habitudes de vie des adolescents. Ces données ne sont pas disponibles pour les élèves de l'académie de Montpellier.

**Pour en savoir plus :**

- La santé des élèves en Midi-Pyrénées. Le dispositif Infiscol. Résultats 2016/2017. ORSMIP, 2017/12, 47 p. www.orsmip.org
- La santé des collégiens en Midi-Pyrénées en 2014. Données régionales de l'enquête internationale HBSC (Health Behaviour in School Aged Children). ORSMIP, Rectorat de Toulouse. Service médical, Inserm 1027, ARS Occitanie. www.orsmip.org

Des indicateurs de comportement à suivre

| INDICATEURS | GRANDE SECTION DE MATERNELLE (n=239) | SIXIÈME (n =206) |
|---|---|---|
| **Prise du petit-déjeuner (le matin de l'examen)** | | |
| - Non | 4,2 | 7,6 |
| - Oui | 95,8 | 92,5 |
| **Sommeil** | | |
| - Durée moyenne de repos nocturne (la veille de l'examen) | 10,9 | 10,0 |
| - Durée de repos nocturne <10h | 1,8 | 37,9 |
| - Troubles du sommeil | 4,1 | 7,8 |
| - Somnolence ou endormissement diurne | 0,8 | 3,3 |
| **Durée moyenne du trajet pour se rendre à l'école (min)** | 10,7 | 19,9 |
| **Moyen(s) de transport utilisé(s)*** | | |
| - Voiture | 73,9 | 36,4 |
| - Bus | 12,0 | 61,0 |
| - Vélo | 3,6 | 0,4 |
| - À pied | 43,3 | 16,8 |
| **Télévision, jeux vidéo, portable** | | |
| - Téléviseur dans la chambre | 12,9 | 21,7 |
| - Ordinateur dans la chambre | 2,6 | 18,2 |
| - Possède une console de jeu portable | 46,0 | 56,0 |
| - Possède un téléphone portable | 2,2 | 42,0 |
| **Activités extrascolaires** | | |
| - Sportive | 40,3 | 64,3 |
| - Artistique | 10,5 | 10,9 |

* Plusieurs réponses possibles
Source : Enquête Infiscol 2016-2017 - - Exploitation CREAI-ORS Occitanie

En 2016-2017, les résultats issus de l'analyse des bilans infirmiers ont concerné 239 des 518 enfants de 5-6 ans et 206 des 442 élèves de 6 e , soit 46% des enfants de grande section maternelle et 47 % des élèves de 6 e du Parc naturel régional des Grands Causses. Ces bilans montrent que plus de 9 enfants sur dix ont pris un petit déjeuner le matin de l'examen, à 5-6 ans comme en 6e . Peu d'enfants de 5-6 ans présentent ou déclarent des troubles du sommeil (4,1 %) ; tout en restant relativement faible, cette part est deux fois plus importante pour les élèves de 6 e (7,8 %). Plus de 4 enfants sur dix à 5-6 ans (43,3 %) vont à pied à l'école, contre seulement 16,8 % en 6e . À 5-6 ans plus d'un enfant sur dix a un téléviseur dans sa chambre, part qui est de plus de deux sur dix en 6e ; près d'un enfant sur deux en 6e possèdent un téléphone portable. 40 % des enfants de grande section maternelle et 64 % des élèves de 6 e du territoire pratiquent une activité physique extrascolaire.

Une surcharge pondérale relativement stable sur quatre ans

Près de 12 % des enfants de 5-6 ans sont en surcharge pondérale, sans différence significative avec la part observée sur l'académie de Toulouse (9 %). Cette part passe à près de 13 % en 6e et ne diffère pas de façon significative de celle évaluée pour l'ensemble des élèves de l'académie de Toulouse (16 %). Après une baisse significative observée entre 2013-2014 et 2015-2016, la part des enfants de GSM en surcharge pondérale revient, en 2016-2017, au niveau observé en 2013-2014. Pour les enfants de 6e , on n'observe pas de variation significative de la prévalence de la surcharge pondérale au cours des quatre dernières années.

Neuf enfants sur dix vaccinés contre la rougeole

En 2016-2017, le taux de couverture vaccinale contre la rougeole est de 86 % à l'âge de 5-6 ans et de 93,7 % pour les élèves de 6e ; ces proportions d'enfants vaccinés contre la rougeole ne diffèrent pas significativement de celles observées sur l'académie de Toulouse. Au cours des quatre dernières années scolaires, on n'observe pas d'évolution significative de la couverture vaccinale, ni pour les enfants de grande section maternelle, ni pour les élèves de 6e du Parc naturel régional des Grands Causses.

Des problèmes dentaires relativement peu fréquents

En 2016-2017, en grande section de maternelle comme en sixième, 7 % des enfants ont au moins une dent cariée non traitée ; ces parts sont proches de celles évaluées sur l'ensemble l'académie de Toulouse (respectivement, 8,7 % et 7,2 %). Au cours des quatre dernières années, la part des enfants de grande section maternelle avec au moins une carie non traitée est restée relativement stable, en grande section maternelle comme en 6e.

Des comportements à risque chez les jeunes d'Occitanie

**Les niveaux d'usage de substances psychoactives à 17 ans en Occitanie et comparaisons aux niveaux Français**

| INDICATEURS 2017 | Occitanie | France métropolitaine | Comparaison à la France | |
|---|---|---|---|---|
| | | | Ecart en points | Ecart en % |
| **Alcool** | | | | |
| Expérimentation | 89,5 | 85,7 | +4 | +4 |
| Consommation régulière* d'alcool à 17 ans | 9 | 8,4 | ns | ns |
| Épisodes d'ivresses répétées** (> 3) | 18,7 | 16,4 | +2 | +14 |
| **Tabac** | | | | |
| Expérimentation | 61,6 | 59,0 | +3 | +4 |
| Usage quotidien de tabac | 26,5 | 25,1 | ns | ns |
| **Cannabis** | | | | |
| Expérimentation | 43,5 | 39,1 | +4 | +11 |
| Usage régulier*** | 8,6 | 7,2 | +1 | +19 |

* Au moins 10 usages dans les 30 jours précédant l'enquête
** 5 verres en une même occasion au moins 3 fois dans le mois à 17 ans
*** Usage régulier de cannabis dans le mois à 10 usages
Source : Enquête ESCAPAD 2017

A 17 ans, les jeunes d'Occitanie consomment plus que leurs homologues métropolitains.

Quel que soit le produit consommé, les expérimentations sont plus fréquentes en Occitanie qu'en métropole.

L'usage quotidien de tabac comme l'usage régulier de boissons alcoolisées des jeunes Occitans est identique à celui de l'ensemble des jeunes de métropole.

Les niveaux de consommation de cannabis en Occitanie sont supérieurs à ceux de la métropole.

### Accès à la prévention et aux soins

| INDICATEURS | PARC NATUREL RÉGIONAL DES GRANDS CAUSSES | | AVEYRON | OCCITANIE |
|---|---|---|---|---|
| | Effectif | Taux | Taux | Taux |
| **Recours à la prévention** | | | | |
| 1- Vaccination antigrippale remboursée | 8 148 | 46,7 | 44,8 | 46,2 |
| 2- Dépistage organisé du cancer du sein | 4 561 | 39,9 | 39,8 | 42,7 |
| 3- Dépistage individuel du cancer du sein | 1 066 | 9,3 | 9,9 | 12,9 |
| 4- Dépistage du cancer du col de l'utérus | 3 929 | 22,5 | 22,4 | 24,1 |
| 5- Bilan bucco-dentaire 5-19 ans | 1 411 | 13,0 | 13,2 | 10,6 |
| Suivi médical du diabète : | | | | |
| 6- Dosage de l'hémoglobine glyquée | 1 457 | 51,4 | 50,6 | 50,2 |
| 7- Dosage de microalbuminurie | 771 | 27,2 | 26,1 | 26,2 |
| 8- Dosage de créatininémie | 2 483 | 87,6 | 87,6 | 87,5 |
| **Recours à l'IVG** | | | | |
| 9- IVG des 15-49 ans | 129 | 10,5 | 11,2 | 13,1 |
| 10- dont IVG médicamenteuses | 108 | 83,7 | 80,5 | 62,3 |
| 11- IVG des 15-24 ans | 42 | 15,0 | 16,9 | 17,8 |

DÉFINITIONS DES INDICATEURS

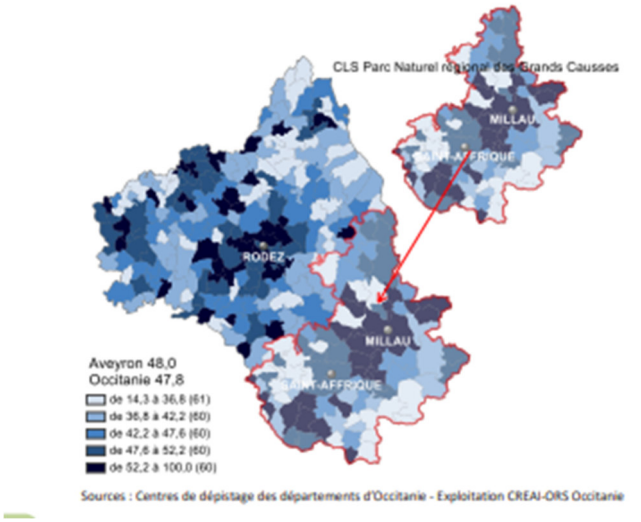
**1-** Nombre et pourcentage de personnes âgées de 65 ans ou plus bénéficiaires d'une vaccination antigrippale en 2016 (DCIR, ensemble des régimes de l'AM - Insee RP2014) ; **2-** Nombre et pourcentage de femmes âgées de 50-74 ans bénéficiaires d'un dépistage organisé du cancer du sein en 2015-2016 (DCIR, ensemble des régimes de l'AM - Insee RP2014) ; **3-** Nombre et pourcentage de femmes âgées de 50 à 74 ans bénéficiaires d'un dépistage individuel (hors dépistage organisé) du cancer du sein en 2015-2016 (DCIR, ensemble des régimes de l'AM - Insee RP2014) ; **4-** Nombre et pourcentage de femmes âgées de 25 à 64 ans bénéficiaires d'un dépistage du cancer du col de l'utérus en 2016 (DCIR, ensemble des régimes de l'AM - Insee RP2014) ; **5-** Nombre et pourcentage d'enfants âgés de 5 à 19 ans bénéficiaires d'un examen bucco-dentaire en 2016 (DCIR, ensemble des régimes de l'AM - Insee RP2014) ; **6-** Nombre et pourcentage d'assurés traités pour le diabète ayant eu au moins un dosage de l'hémoglobine glyquée (HbA1C) en 2016 (DCIR, RG hors SLM, MSA, RSI) ; **7-** Nombre et pourcentage d'assurés traités pour le diabète ayant eu au moins un dosage de microalbuminurie en 2016 (DCIR, RG hors SLM, MSA, RSI) ; **8-** Nombre et pourcentage d'assurés traités pour le diabète ayant eu au moins un dosage de créatininémie en 2016 (DCIR, RG hors SLM, MSA, RSI) ; **9-** Nombre annuel moyen d'IVG hospitalières réalisées sur des femmes âgées de 15-49 ans en 2015-2017 et taux pour 1 000 femmes âgées de 15-49 ans (ATIH-PMSI, Insee RP2015) ; **10-** Nombre annuel moyen d'IVG médicamenteuses réalisées en 2015-2017 et pourcentage sur l'ensemble des IVG hospitalières (ATIH-PMSI) ; **11-** Nombre annuel moyen d'IVG hospitalières réalisées sur des femmes âgées de 15-24 ans en 2016-2018 et taux pour 1 000 femmes âgées de 15-24 ans (ATIH-PMSI, Insee RP2015).

Un recours à la prévention légèrement plus faible

En 2016, 46,7 % des personnes âgées du Parc naturel régional des Grands Causses ont bénéficié de la vaccination antigrippale, pratique légèrement plus fréquente que dans le département (45 %) et la région (46 %). En 2015-2016, 4 561 habitantes ont effectué une mammographie dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein, soit 39,9 % des femmes âgées de 50-74 ans, taux identique à celui calculé pour les femmes du département, mais plus faible que celui calculé pour les femmes de la région (43 %). Sur la même période, près de 1 070 femmes ont effectué un dépistage individuel du cancer du sein, soit 9,3 % des femmes de 50-74 ans. Ainsi, les deux types de dépistage du cancer du sein ont concerné 5 627 femmes, ce qui représente un taux de couverture de 49,2 % des habitantes du territoire, âgées de 50 à 74 ans. Ce taux de couverture est proche de celui observé pour l'ensemble des femmes du département (50 %) mais plus faible que celui observé pour les femmes de la région (56 %) ; ces taux restent toutefois encore loin de l'objectif des 80 % de femmes dépistées.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus repose sur la réalisation d'un frottis tous les trois ans entre 25 et 64 ans. En 2016, plus de 3 900 femmes âgées de 25 à 64 ans ont bénéficié de ce dépistage, soit 22,5 % de la population cible. Ce recours à la prévention est aussi fréquent pour les femmes du territoire que pour celles du département (22 %) et légèrement moins que pour les femmes de la région (24 %). Sur le territoire, 13,0 % des jeunes de 5-19 ans ont bénéficié d'un bilan bucco-dentaire en 2016 ; cette part est proche de celle observée pour les enfants de l'Aveyron et légèrement plus importante que celle des enfants d'Occitanie (11 %). Le suivi du diabète est évalué à travers trois dosages : le dosage de l'hémoglobine glyquée, celui de la microalbuminurie et celui de la créatininémie. Pour chacun des trois dosages, la part des habitants diabétiques suivis (respectivement, 51,4 %, 27,2 % et 87,6 %) est proche de celle des diabétiques suivis dans le département et la région.

**Taux de participation au dépistage organisé du cancer du seinen 2015-2016 dans les communes du Parc naturel régional des Grands Causses**




Un recours à l'IVG relativement limité

En 2016-2018, 129 IVG ont concerné des femmes habitant le PNR des Grands Causses, en moyenne, chaque année ; rapporté à la population des femmes de 15-49 ans, cela correspond à un taux de recours de 10,5 IVG pour 1 000 femmes ; ce taux d'IVG est moins élevé que celui des femmes de l'Aveyron (11 ‰) et que celui des femmes de la région (13 ‰).

Parmi ces IVG, 108 (soit 84 %) ont été réalisées par prise de médicament, pratique plus fréquente parmi les femmes du Par naturel régional des Grands Causses que dans le département (81 %) et surtout que dans la région (62 %). Chaque année en moyenne 42 IVG ont concerné des femmes

âgées de 15-24 ans, soit un taux de 15,0 IVG pour 1 000 femmes de 15-24 ans. Ce taux de recours à l'IVG des jeunes habitantes du PNR des Grands Causses est moins élevé que celui observé chez les jeunes femmes de l'Aveyron (17 ‰) dans l'ensemble de l'Occitanie (18 ‰).

Un taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein relativement élevé

En 2015-2016, 10 889 habitantes du Parc naturel régional des Grands Causses et âgées de 50 à 74 ans, ont été invitées au dépistage organisé du cancer du sein. Parmi elles, 5 620 ont participé à ce dépistage, soit un taux de 51,6 %. Ce taux de participation est plus élevé que celui observé dans le département ou la région (48 %). À l'intérieur du territoire, le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein varie fortement selon les communes (de 14 % à 100 %) ; ces valeurs extrêmes sont souvent dues au nombre limité de femmes ciblées par le dépistage au niveau de chaque commune. Dans plus des deux tiers des communes (68 %), le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein est inférieur au taux observé sur l'ensemble du Parc naturel régional des Grands Causses (51,6 %)

**Personnes en situation de handicap et de dépendance**

| INDICATEURS | PARC NATUREL RÉGIONAL DES GRANDS CAUSSES | | | AVEYRON | | OCCITANIE | | FRANCE METROP. | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Effectif | Taux | Évol* | Taux | Évol* | Taux | Évol* | Taux | Évol* |
| 1- Enfants bénéficiaires de l'AEEH | 196 | 1,3 | ↗ | 1,5 | ↗ | 2,2 | ↗ | 1,7 | ↗ |
| 2- Adultes allocataires de l'AAH | 1 105 | 3,5 | ↗ | 3,6 | = | 3,7 | ↗ | 2,9 | ↗ |
| 3- Personnes âgées à domicile bénéficiaires de l'APA | 1 055 | 12,6 | nd | 17,2 | nd | nd | nd | nd | nd |

* Évolution observée sur cinq ans.

DÉFINITIONS DES INDICATEURS

1– Nombre d'enfants bénéficiaires de l'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et taux pour 100 enfants de moins de 20 ans (CNAF, CCMSA 2017) | 2– Nombre d'adultes allocataires de l'Allocation adulte handicapé (AAH) et taux pour 100 adultes de 20 à 59 ans (CNAF, CCMSA 2017) | 3– Nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile et taux pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus vivant à domicile (Conseils départementaux, 2018- Insee, RP2015).

Un taux d'enfants bénéficiaires de l'AEEH en progression

En 2017, près de 200 enfants habitants du Parc naturel régional des Grands causses bénéficient de l'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH). Rapporté à la population des moins de 20 ans, cela correspond à un taux de 1,3 % d'enfants bénéficiaires de l'AEEH, taux proche de celui qui est observé au niveau du département (1,5 %), mais plus faible que celui de la région (2,2 %) et de la France métropolitaine (1,7 %). En cinq ans, le taux d'enfants bénéficiaires de l'AEEH a progressé sur le territoire comme dans les territoires de comparaison, mais reste encore inférieur à deux enfants bénéficiaires sur cent dans le Parc naturel régional des Grands Causses.

Moins de 4 % des adultes de 20 à 59 ans perçoivent l'AAH Plus de 1 100 habitants du Parc naturel régional des Grands Causses, âgés de 20 à 59 ans perçoivent l'Allocation adulte handicapé (AAH) en 2017. Cela correspond à un taux d'allocataires de 3,5 pour 100 adultes de même âge. Ce taux est proche des taux observés dans les territoires de comparaison. Alors qu'il est resté stable sur l'ensemble du département, ce taux a augmenté sur le territoire entre 2012 et 2017, comme au niveau régional et métropolitain. Moins de deux personnes âgées sur dix à domicile bénéficient de l'APA En 2018, parmi les personnes âgées de 75 ans ou plus qui vivent à domicile,1 055 sont bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA), soit une part de 12,6 % des personnes âgées de 75 ans ou plus du Parc naturel régional des Grands Causses ; cette part est plus faible que celle

observée dans le département (17,2 %). Les personnes âgées isolées et précaires sont notamment repérées sur les secteurs de Monts Rance et Rougiers et Millau Grands Causses et le nombre de bénéficiaire de l'allocation adultes handicapés plus importants sur ces mêmes secteur (projet de territoire d'action sociale)

**Des besoins d'accompagnement et de prise en charge particuliers**

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

# III/Offre du système de soin et parcours santé

## Santé de ville : Offre de soins de premier recours

**Nombre de professionnels de premiers recours et part des professionnels âgés de 60 ans ou plus en 2018**

| INDICATEURS | PARC NATUREL RÉGIONAL DES GRANDS CAUSSES | | Aveyron | OCCITANIE |
|---|---|---|---|---|
| | Effectif | % 60 ans + | % 60 ans + | % 60 ans + |
| **Offre de soins de premier recours** | | | | |
| Médecin généraliste libéral [1] | 58 | 25,9 | 33,6 | 34,5 |
| Chirurgien- dentiste libéral[1] | 38 | 34,2 | 22,5 | 21,2 |
| Infirmier libéral[2] | 213 | 13,6 | 12,2 | 12,1 |
| Masseur-kinésithérapeute libéral[2] * | 82 | 17,1 | 13,4 | 10,0 |

(1) Professionnels en activité libérale et mixte
(2) Professionnels en activité libérale – *données au 1er janvier 2016 pour les masseurs-kinésithérapeutes
Sources : RPPS, ADELI (hors remplaçants et en activité non médicale), données au 1er janvier 2018 - Exploitation CREAI-ORS Occitanie

**Évolution en % des densités de différents professionnels, entre 2013 et 2018**

| INDICATEURS | PARC NATUREL RÉGIONAL DES GRANDS CAUSSES | Aveyron | OCCITANIE | FRANCE METROP. |
|---|---|---|---|---|
| Médecins généralistes libéraux[1] | -6,9 | -5,2 | - 2,8 | - 4,2 |
| *dont âgés de 60 ans ou plus* | *-40,3* | -14,1 | *17,3* | *17,7* |
| Dentistes libéraux[1] | 2,2 | -5,5 | 1,4 | -1,1 |
| Infirmiers libéraux[2] | 19,8 | 19,8 | 19,6 | 23,0 |
| Masseurs-Kinésithérapeutes libéraux[2]* | 13,3 | 9,2 | 13,3 | 11,0 |

(1) Professionnels en activité libérale et mixte
(2) Professionnels en activité libérale - * évolution 2013-2016 pour les masseurs-kinésithérapeutes
Sources : RPPS, ADELI (hors remplaçants et en activité non médicale), données au 1er janvier 2018- Exploitation CREAI-ORS Occitanie

Un généraliste sur quatre et un dentiste sur trois âgés de 60 ans ou plus

En 2018, 58 médecins généralistes libéraux, 38 chirurgiens-dentistes libéraux, 213 infirmiers libéraux et 82 masseurs-kinésithérapeutes sont installés sur le territoire du Parc naturel régional des Grands Causses. La part des médecins généralistes libéraux âgés de 60 ans ou plus est plus faible sur le territoire (25,9 %) que dans le département (34%) ou la région (35 %). La part des chirurgiens-dentistes proches de l'âge de la retraite (34,2 %) y est plus élevée que dans le département (23 %) ou la région (21 %). Pour les autres professionnels de santé, la part des praticiens âgés de 60 ans ou plus ne dépasse pas deux sur dix. Entre 2013 et 2018, seule la densité des médecins généralistes a baissé sur le territoire du Parc naturel régional des Grands Causses (-7 %) et surtout celle des généralistes âgés de 60 ans ou plus (-40 %). À l'inverse, la densité des infirmiers libéraux comme celle des masseurs kinésithérapeutes, ont augmenté sur le territoire, comme dans les territoires de comparaison.

Sur le territoire du Parc on dénombre 6 maisons de santé pluriprofessionnelles :

- La MSP des Ondes à Millau
- La MSP de La Capelle à Millau
- La MSP de Aguessac
- La MSP de La Cavalerie, Nant, Cornus

- La MSP de Saint George
- La MSP du Rougier (Réseau de santé sur trois sites : Belmont-sur- Rance, Camarès et Saint Sernin-sur-Rance)

Il est à noter que sur l'âge moyen des médecins en Aveyron est le plus bas d'Occitanie et que le département de l'Aveyron garde 9% des internes pour une moyenne dans les autres départements ruraux de 1%

Une Accessibilité Potentielle Localisée plus faible

**Indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée (APL)**

L'Accessibilité Potentielle Localisée est un indicateur local, disponible au niveau de chaque commune, qui tient compte de l'offre et de la demande issue des communes environnantes. Calculé à l'échelle communale, l'APL met en évidence des disparités d'offre de soins qu'un indicateur usuel de densité, calculé sur des mailles beaucoup plus larges (bassins de vie, départements...), aura tendance à masquer. L'APL tient également compte du niveau d'activité des professionnels en exercice ainsi que de la structure par âge de la population de chaque commune qui influence les besoins de soins. L'indicateur est calculé en nombre de consultations ou visites accessibles par habitant standardisé sur l'âge, rendant comparable l'accessibilité de communes ayant des populations d'âges très différents.

En 2017 et compte tenu de la structure par âge de la population, les habitants du Parc naturel régional des Grands Causses ont accès en moyenne à 3,3 consultations ou visites de médecins généralistes. Pour les habitants du territoire, cet accès est proche de celui de l'ensemble des Aveyronnais (3,4) mais légèrement plus faible que celui de l'ensemble des Occitans (4,0)

**Santé hospitalière :**

**Un projet : l'hôpital commun**

SYNTHESE DU PROJET MEDICAL SUD AVEYRON (PMSA)

Le projet d'hôpital commun du Sud-Aveyron est porté par le Centre Hospitalier de Millau et le Centre Hospitalier Emile Borel de Saint-Affrique. Les Centres Hospitaliers de Millau et de Saint-Affrique desservent ensemble un bassin de population de 75.000 habitants.

Ces deux CH aux profils similaires font partie du Groupement Hospitalier de Territoire Est-Hérault et Sud-Aveyron, composé de 10 établissements dont l'établissement support est le CHU de Montpellier.

L'ambition du projet d'hôpital commun, à 6 ans, est de réunir l'offre de soins des deux hôpitaux pour atteindre une taille critique et proposer des conditions de travail rénovées permettant de favoriser son attractivité. A court et moyen terme, l'objectif est de développer l'activité afin de répondre aux besoins de la population ainsi que la mutualisation et les échanges médicaux sur le territoire dans le cadre d'équipe territoriale

<u>Capacitaire</u>

Le CH de Millau dispose, en 2019, d'une capacité de 235 lits et places dont 94 pour les activités MCO, 50 pour l'USLD, 40 pour les SSR et 51 sur la psychiatrie (22 lits en HC, 29 places dont 6 dédiés à l'offre de pédopsychiatrie).

De son côté, le CH de Saint-Affrique regroupe sur un site unique 130 lits et places soit 30 lits de SSR, 40 lits USLD et 60 lits pour les activités de MCO, 52 lits d'hospitalisations complète et 6 places. Le CH Emile Borel dispose également d'un EHPAD de 130 lits.

Réunis, les deux établissements disposent d'une capacité autorisée de 357 lits et places comme suit :

• 120 lits et 30 places MCO

• 70 lits de SSR : 40 lits sur le CH de Millau et 30 sur le CH de St-Affrique

• 90 lits d'USLD : 50 lits sur le CH de Millau et 40 sur le CH de St-Affrique

• 130 lits d'EHPAD exclusivement à St Affrique

Le Projet Médical du Sud-Aveyron met en lumière la volonté des professionnels de santé de s'inscrire dans une mutualisation des ressources humaines et techniques, des compétences médicales, des espaces et des locaux, dans l'objectif de répondre efficacement aux besoins de santé et aux attentes de la population, de développer les synergies via notamment les coopérations inter-établissements et avec la ville pour une prise en charge des patients dans le cadre de filières de soins structurées, de moderniser les plateaux techniques et d'augmenter entre autres l'attractivité de l'établissement, le tout dans un souci de rationalité économique tenant compte des exigences que cela entraîne en termes de création d'activités.

Le PMSA établit, sur le nouvel hôpital, à terme, un accroissement prévisionnel de l'activité de 3 600 séjours et 1 600 séances dont 1 400 séances de chimiothérapies. Pour autant, l'objectif est de développer l'activité progressivement sur les années à venir.

A terme, l'hôpital commun regrouperait le MCO et les plateaux techniques sur un site unique. Les sites existants de Millau et Saint-Affrique conserveront un centre de prélèvement, des consultations spécialisées n'ayant pas besoin de plateaux techniques et des services aux personnes : USLD et EHPAD (Saint-Affrique) mais aussi la totalité des lits de SSR actuellement implantés sur les 2 établissements.

Le site de Vergonhac dépendant de la commune de Saint-Georges de Luzençon, barycentre populationnel du bassin sud-aveyronnais, rassemblait donc le plus de critères de faisabilité et de rapidité d'exécution du projet. Il rassemblait l'intégralité de ces critères, contrairement aux autres sites envisagés, et a donc été choisi face aux sites du plateau de Luzençon et de Beaumesure.

En effet, compte-tenu de l'état de vétusté des hôpitaux actuels et du nécessaire regroupement des équipes médicales et soignantes lié à la pénurie de professionnels de santé, le délai de construction est un critère majeur.

L'adaptation d'une offre de soins aux besoins de la population

Le projet hôpital médian s'appuie sur la stratégie de développement et de structuration de l'activité notamment autour des 4 filières principales de prises en charge :

- Les urgences dont le SMUR

- La Médecine et médecine ambulatoire (médecine polyvalente, gériatrique, USC, HDJ notamment en chimiothérapie, cardiologie, neurologie, pneumologie/fibroscopies, HGE, endoscopies, rhumatologie, médecine interne, infectiologie, dermatologie, endocrinologie)
- La chirurgie et chirurgie ambulatoire (orthopédie, urologie, ORL, stomatologie, chirurgie viscérale et vasculaire, ophtalmologie, cancérologie)
- La Gynécologie – obstétrique et pédiatrie (maternité niveau 1, gynécologie chirurgicale, IVG)

Les plateaux techniques et médicotechnique (bloc opératoire, imagerie avec scanner, IRM, échographie, mammographie, radiologie conventionnelle, consultations, PUI, laboratoire) viennent en support de ces filières.

La filière de médecine propose de répondre aux besoins de la population et en particulier la population vieillissante en convertissant des lits de médecine en Court Séjour Gériatrique et avec la mise en place d'une unité péri-opératoire gériatrique. Elle répond également aux besoins en développement l'HJ de médecine sur la réalisation des chimiothérapies (cancers digestifs et gynécologiques principalement) mais également en développant des prises en charge de pathologies chroniques comme le diabète, l'HTA, les BPCO…

La filière urgence n'est pas finalisée à ce jour car elle dépendra du PRS en cours de révision. En effet, le maintien d'une ligne SMUR (partielle ou complète) sur Saint-Affrique changera la prise en charge. La mise en place d'un Centre d'accueil non programmée avec de plus, la création d'infrastructure au sein de l'hôpital médian comme à terme, l'héliport, serait un moyen de mettre au service du patient ce projet d'investissement.

L'ensemble des prises en charge a pour objectif de contribuer à l'optimisation et la sécurisation du parcours du patient en développant la gradation des soins en partenariat avec le CHU de Montpellier, établissement support du GHT. Cette nécessaire coopération entre le centre hospitalier commun et le CHUM, permet d'étoffer l'offre de soins du bassin de santé tout en en développant de nouvelles pratiques.

Le Centre Hospitalier de Millau a aussi intégré dans son projet hospitalier un volet développement durable pour permettre l'insertion environnementale de l'établissement. Ainsi, la création de nouvelles infrastructures de l'hôpital médian répond totalement aux objectifs d'améliorer l'efficacité énergétique et le recours aux énergies renouvelables ou de prévenir, réduire, trier et valoriser les déchets par exemple. L'hôpital commun permettrait de continuer à intégrer le développement durable dans les projets majeurs de la structure et offrirait un cadre propice à la mise en œuvre de ces mesures durables

CAPACITAIRE E L'HÔPITAL MEDIAN/COMMUN – ETAT DES LIEUX ET OBJECTIFS

En intégrant l'évolution démographique du territoire, par classe d'âges (projection OMPHALE de l'INSEE), l'évolution du taux de recours aux soins hospitaliers et en prenant les meilleurs parts de marché par discipline de chaque établissement du benchmark, le cabinet CMI a projeté une évolution d'activité de 3600 séjours et 1600 séances.

Un nouveau capacitaire a alors été établi sur la base d'un taux d'occupation de 95 % pour la médecine, 85 % pour la chirurgie et la maternité, un taux de rotation en HJ de médecine de 100 % et 130 % en chirurgie ambulatoire. L'IPDMS des établissent a été conservé car déjà très performante.

| | Site du Puits de Calès (MCO) | CH E.Borel (MCO) | Futur CH |
|---|---|---|---|
| HC | 68 | 52 | 125 |
| médecine polyvalente | 17 | 22 | 32 |
| médecine gériatrique | 13 | 13 | 38 |
| chirurgie | 20 | 5 | 28 |
| UHCD | 3 | 2 | 7 |
| USC | 5 | 4 | 9 |
| gynéco-obstétrique | 10 | 6 | 11 |
| HDJ | 22 | 8 | 36 |
| médecine | 6 | 1 | 17 |
| chirurgie | 14 | 5 | 17 |
| gynéco-obstétrique | 2 | 2 | 2 |
| TOTAL | 90 | 60 | |
| | 150 | | 161 (+11 lits) hors SSR |

Ce nouveau capacitaire intègre une augmentation de 5 lits et 6 places.

La création d'un hôpital commun répond à un triple objectif : répondre aux besoins du bassin de santé Sud-Aveyron, maintenir les sites existants en activité et faire de ce site un outil d'attractivité médicale pour le territoire

Durant la phase de construction, la continuité de l'offre sur le territoire du Sud-Aveyron ne sera pas impacté puisque ce projet de construction va se dérouler sur un site distinct des 2 établissements actuels.

A l'ouverture de l'hôpital neuf, le patrimoine hospitalier existant participera au maintien des offres de soins de proximité sur les communes de Millau et Saint Affrique.

EVOLUTION DE L'OFFRE DE SOINS

Le projet hôpital commun Sud-Aveyron s'inscrit dans les objectifs d'évolution de l'offre de soins décrits aux SROS-PRS par l'ARS Occitanie.

Diversification des soins et parcours dédiés (« Parcours vieillissement, Parcours cancer »)

Le projet hôpital médian s'inscrit dans l'augmentation de l'offre en cancérologie et en lits en gériatrie conformément aux attendus du *« Parcours vieillissement » et « parcours cancer »* du Projet Régional de Santé.

En effet, le Projet Médical du Sud-Aveyron souhaite développer la réalisation de chimiothérapies en partenariat avec le CHU, hôpital support d GHT Ouest-Hérault-Sud-Aveyron en tant que site associé.

L'objectif est de développer une filière complète sur le digestif dans le cadre du Pôle Inter-Etablissement (PIE) digestif mis en place avec le CHU. Cette filière intégrera le diagnostic de cancer par la réalisation d'endoscopies digestives, la chirurgie carcinologique digestive (le CH de Millau dispose de l'autorisation pour les cancers digestifs et a réalisé en 2021 34 interventions) et à la réalisation des chimiothérapies.

Ainsi, le centre hospitalier commun entend offrir une meilleure prévention et un meilleur suivi des cancers, actuellement surreprésentés dans les activités concernées par un taux de fuite élevé des patients

Afin de répondre au vieillissement de la population, le PMSA propose plusieurs actions :

- Augmentation des lits de médecine + 5 lits avec une transformation d'une partie des lits de médecine existants en lits de courts séjours gériatriques
- Création d'une unité péri-opératoire gériatrique afin de proposer un accompagnement aux personnes âgées ciblées comme fragiles afin de limiter les impacts de l'intervention et permettre une récupération optimum.

Cette évolution s'accompagne aussi d'une évolution des pratiques par le développement d'une offre de soins spécifique à la prise en charge des maladies chroniques dont souffrent les personnes âgées et des actions de prévention associées (notamment sur la dépendance à l'alcool) dans une démarche de concertation interdisciplinaire aves les équipes de soins primaires

Par ailleurs, la PMSA souhaite le développement des activités en hôpital de jour sur la filière SSR pour prendre en charge des patients souffrant de pathologies de type Parkinson afin de limiter la profession de la maladie mais également sur des patients chuteurs. L'ouverture d'une Unité Cognitivo-Comportementale de 10 lits est également envisagé sur le Centre Hospitalier de Fenaille.

Un accès aux soins garanti en « zone fragilisée »

L'ARS, consciente des disparités de la région Occitanie, propose *de « favoriser l'accès aux soins primaires dans les zones fragilisées, par un soutien à l'installation et à l'activité des professionnels »* avec l'importance de rendre le territoire attractif, notamment pour les jeunes médecins.

Grâce à des infrastructures neuves et une offre de soin renouvelée, l'hôpital commun sera en capacité de répondre à cet enjeu en attirant et en fidélisant de nouveaux praticiens, libéraux et hospitaliers.

De plus, l'ARS met en avant la problématique de l'accessibilité de l'offre de soin, notamment dans les milieux ruraux, que ce soit pour les étudiants en stage ou pour les usagers.

L'hôpital commun se situera à 10 minutes en voiture de Millau et à 20 mn de Saint-Affrique. Il est desservi en transports en commun

Le projet régional de santé évoque aussi l'importance de la coordination dans le parcours de soin pour l'attractivité des territoires. Or, les perspectives développées dans le cadre de l'hôpital commun de Millau et Saint-Affrique permettent de limiter les inégalités territoriales. En effet, le site commun vient consolider les compétences de cette zone géographique tout en conservant un suivi pertinent dans les deux villes avec la présence de l'offre de soins destinés aux personnes âgées.

L'offre de soins en psychiatrie :

Le secteur de psychiatrie (ou sectorisation) correspond à une aire géographique bien délimitée, d'environ 70 000 habitants, desservie par un service de psychiatrie, la même équipe soignante assurant les soins intra et extrahospitaliers. Le secteur de psychiatrie est instauré le 15 mars 1960. Il y est défini comme une aire géographique desservie par un service en hôpital psychiatrique préexistant. Ainsi, à chaque secteur correspond un service déterminé et réciproquement. Ce service hospitalier est tenu de fonctionner en étroite liaison avec les structures extra-hospitalières.

L'arrêté du 14 mars 1986 définit les équipements et services de lutte contre les maladies mentales qui sont :

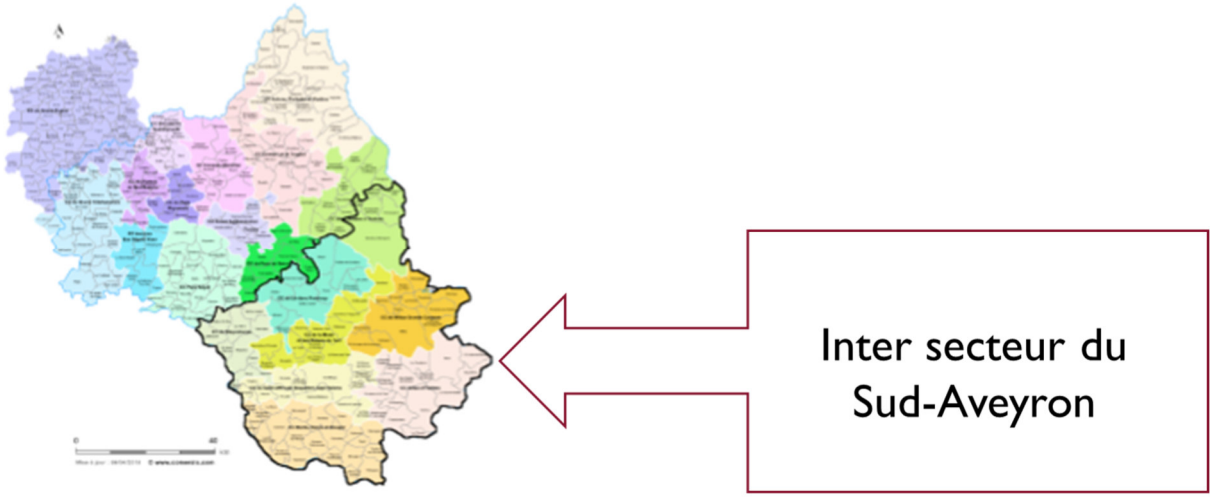
- *Les centres médico-psychologiques*
- *Les centres d'accueil permanents* et les centres de crise habilités à répondre à l'urgence psychiatrique 24h/24.
- *Les hôpitaux* de jour et de nuit.
- *Les ateliers thérapeutiques* réalisant des groupes d'ergothérapie.
- *Les services d'hospitalisation à domicile* et de placement familial thérapeutique.
- *Les centres de postcure* (les ex-foyers de postcure) et les appartements thérapeutiques (unités de soins mises pour une durée limitée à disposition de quelques patients).
- *Les unités d'hospitalisation à temps complet.*

Le 5ème secteur de psychiatrie de l'Aveyron, qui recouvre le Sud Aveyron, est délimité comme suit :

La sectorisation en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent :

C'est 1972 que la sectorisation des services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (anciennement infanto-juvénile) est organisée. Elle définit qu'à trois secteurs de psychiatrie d'adultes correspond un intersecteur infanto-juvénile. Cet intersecteur correspond à une aire géographique de 200 000 habitants et concerne les mineurs âgés de moins de 18 ans (16 ans jusqu'en janvier 2023).

L'inter secteur du Sud Aveyron est découpé comme suit :




- 14 unités de soins

Unité Centre Médico Psychologique de Millau : Le CMP de Millau est situé au centre de santé mentale de Millau, dans un environnement à la fois paisible avec une proximité quasi immédiate du centre-ville. Le CMP a pour mission des actions de prévention, de diagnostic et de soins ambulatoires. Celles-ci sont mises en œuvre par une équipe pluridisciplinaire. L'accueil se fait au niveau du secrétariat et les indications sont médicales pour l'ensemble des prises en charges. Le CMP est une unité pivot des soins psychiatriques, pour cela ils assurent des actions de soins de suivi, coordination et concertation entre les services et partenaires, il permet un accueil en milieu ouvert et des interventions aux domiciles ou sur les structures d'hébergement.

L'équipe du CMP de Millau assure également une activité de liaison sur le CH Millau qui consiste à assurer des suivi et interventions sur les services de soins somatiques ainsi qu'une activité de psycho-oncologie.

Unité Centre Médico Psychologique de Saint-Affrique : Le CMP de Saint Affrique est situé en centre-ville et dispose d'une équipe pluridisciplinaire. Les soins infirmiers ont pour objectifs : d'assurer une permanence tout au long de la journée, d'accueillir le patient et sa famille, d'effectuer des visites infirmières à domicile, de fournir une aide à l'observance des traitements médicamenteux. L'assistante sociale a pour mission de réaliser des entretiens, permettant d'élaborer un accompagnement social. Le CMP a pour mission l'organisation des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'intervention à domicile. Le CMP est un lieu d'accueil du patient et de sa famille. L'équipe du CMP de St Affrique assure également une activité de liaison sur le CH St Affrique qui consiste à assurer des suivi et interventions sur les services de soins somatiques et sur le service des urgences.

L'unité Hospitalisation intra : Le service d'hospitalisation (Intra) est installé rue du Printemps à Millau dans une structure récente (Emménagement en 2012). L'Intra a une capacité d'accueil de

22 patients. L'ensemble des patients hospitalisés sont en hospitalisation libre (HL). Ce service n'a pas d'autorisation d'hospitalisation sous contrainte, il existe une convention avec l'association Sainte Marie (CHS Rodez) permettant ce type d'hospitalisation. Cependant l'hospitalisation en secteur fermé peut être nécessaire en attente de transfert ou en cas de mise en sécurité d'un patient présentant une dangerosité pour lui-même (risque suicidaire). Pour assurer ce type de surveillance aigue l'unité dispose d'un centre de soins attentifs (CSA). L'hospitalisation est une étape dans un parcours de soins parmi d'autres types de prises en charge. L'objectif des soins est de mettre en œuvre avec le patient une ou des stratégies thérapeutiques permettant de retrouver confiance, équilibre et autonomie. La finalité essentielle est un retour à la vie normale

Unité Hôpital De Jour Millau : L'HDJ permet l'hospitalisation à temps partiel de malades souffrant de troubles mentaux. Il offre des possibilités de soins et de réadaptation à des patients capables de vivre dans la communauté et d'y conserver un hébergement de nuit : au sein de leur famille, dans un foyer, un appartement thérapeutique, voire, pour certains, dans un logement individuel autonome. Les soins prodigués en hôpital de jour sont polyvalents et intensifs. Les actions mises en place sont fonction du projet thérapeutique du patient, qui se doit : individuel, contractuel et révisable. Les objectifs fixés par une telle structure sont cependant les mêmes pour chacune des personnes accueillies : prévenir l'hospitalisation ou diminuer la durée de séjour d'hospitalisation, maintenir la personne dans son milieu naturel, diminuer l'intensité des symptômes, favoriser la résolution de la crise, faire participer activement l'usager et ses proches dans son plan de traitement (il faut en effet que le patient soit ici acteur de sa thérapie), assurer des activités thérapeutiques adaptées . La présence du patient à l'hôpital de jour (nombre de jour, horaires, repas) est fixée par le médecin et les activités de médiation sont diverses (d'expression, plastiques, musicales, théâtrales…).

L'unité Hôpital de Jour de Saint Affrique : L'hôpital de jour est un lieu d'accueil et de soins pour la souffrance psychique. Au sein d'un planning individualisé, des activités et des temps de rencontre sont proposés. Les activités utilisent des supports divers et complémentaires axés sur : l'expression verbale (écriture, parole…), l'expression créative (arts plastiques, collage, dessin…), l'expression corporelle (piscine, gym, marche…), la relaxation et les soins du corps. D'autres temps forts tels que les repas thérapeutiques, les sorties d'une journée ou séjours à thèmes sont programmés annuellement. La mission de l'équipe soignante est d'assurer des prises en charge Hôpital de jour « classiques » parallèlement à des prises en charge en lien avec les ateliers polyvalents dont l'objectif est la réinsertion sociale

Unité psychodrame : L'unité fonctionnelle de Psychodrame est située dans les locaux du Centre de Santé mentale, L'UF de Psychodrame dispose d'un bureau ainsi que d'une salle d'activité. Mission : Le psychodrame est une forme de thérapie utilisant la théâtralisation dramatique au moyen de scénarios improvisés, et permettant la mise en scène de sa problématique intérieure. Le psychodrame est utilisé en thérapie de groupe, en thérapie familiale ou en thérapie individuelle.

Unité appartement associatif Les appartements associatifs réunissent une équipe de trois professionnels sous la responsabilité d'un médecin. Ils s'adressent souvent à des malades psychiatriques lourds. La présence soignante importante est alors nécessaire permettant ainsi de limiter les hospitalisations et permet aux patients de se maintenir dans son logement. L'équipe va aider le patient à cheminer vers une émancipation sociale qui lui permettra de s'insérer ou de se réinsérer dans un dehors parfois angoissant. Les professionnels impliqués quotidiennement au sein de cette structure sont les infirmiers, moniteur éducateur, psychologue, la secrétaire de l'ASSUD, une assistante sociale et un médecin référent. L'admission est réalisée après prescription médicale à partir du projet de soin individualisé du patient et accord de la

commission d'admission (composée de la trésorière de l'ASSUD, la cadre du service, la psychologue, l'assistante sociale et d'un représentant de l'équipe soignante.

Cette structure est en lien avec le dispositif de l'Unité de Réhabilitation Psycho sociale en tant que fonction support sur l'axe du « logement ». Cette unité a pour objectif de proposer un parcours intégratif pour l'insertion ou la réinsertion sociale et professionnelle de l'usager. L'inclusion dans ce dispositif est soumise à évaluation de chaque projet individuel et à l'engagement de la personne. Cette unité est transversale entre appartements et ateliers polyvalents pour l'axe « réinsertion professionnelle »

Unité atelier polyvalent : Les ateliers polyvalents « la chrysalide » centrent leur action sur la réadaptation socio professionnelle des patients. Véritable lieu de travail pour les patients, différents axes sont développés : Atelier tapisserie (restauration de fauteuil) encadré par un moniteur éducateur, Atelier Carton (création de meuble) animé par une éducatrice, Atelier musique « Solenka » conduit par une animatrice peut intervenir lors d'événements spécifiques : Carnaval, animation dans les maisons de retraite … . L'objectif du projet de soin individuel est de réinsérer le patient dans la société, lui apprendre à respecter certaines règles, lui apprendre à mieux communiquer avec les autres et savoir se situer dans un groupe.

Unité de Centre d'Accueil Thérapeutique à temps partiel : Le CATTP vise à maintenir ou à favoriser une existence autonome par des activités thérapeutiques, il se situe en principe en aval de l'hôpital de jour, s'adressant à des patients plus stabilisés sur le plan symptomatique et orientant plus largement leur activité vers la reconstruction de l'autonomie et la réadaptation sociale. Le CATTP s'adresse à une population de personnes souffrant de troubles psychiques et psychologiques nécessitant des soins d'intensité variable après une hospitalisation ou en prévention des risques de rechute pouvant mener à l'hospitalisation complète. L'objectif à un long terme est que le CATTP ne soit plus son environnement, mais qu'il fasse parti de son environnement. Six professionnels infirmiers, éducateur et ASH sont investis dans cette mission : aider le patient à intégrer l'environnement immédiat. L'équipe soignante travaille au maintien du lien avec l'extérieur.

Unité CMPEA (enfants adolescents) : Le service de pédopsychiatrie est rattaché au Centre Hospitalier de Millau et couvre le territoire de santé du Sud-Aveyron. Il dispose donc d'une antenne CMPEA et équipe mobile pour adolescent à Saint Affrique pour plus de proximité. Le CMP de Millau est localisé dans un bâtiment 14 rue Mathieu Prévôt au premier et second étage. Ses missions sont l'activité ambulatoire : l'équipe pluridisciplinaire assure la prévention, le dépistage et les soins des troubles psychologiques des enfants et adolescents âgés de 0 à 18 ans .

Unité équipe mobile pour adolescent (RASTA) et CATTPAdos: Les médecins reçoivent les patients en consultation dans les locaux des CMP (Millau). Les professionnels assurent des prises en charge individuelles ou de groupe du lundi au vendredi. Ils sont mobiles et disponibles pour intervenir dans les 24 heures auprès d'adolescents présentant des troubles psychiques aigües et assurent un suivi de certains adolescents vulnérables. La plupart des premières consultations sont réalisées par un médecin pédopsychiatre. Sur prescription, l'enfant ou l'adolescent peut être vu en première intention par un professionnel de l'équipe mobile pour adolescents (RASTA), un psychologue ou un professionnel du service. La réunion de synthèse clinique a lieu chaque semaine le mardi (14h /18h). Les soignants interviennent sur indication médicale auprès d'adolescents âgés de 10 à 18 ans, avec une moyenne d'âge comprise entre 11 et 16 ans. La mission est d' « aller vers » le lieu de vie, les structures scolaires, les structures médicosociales, les associations.

L'unité hôpital de jour en pédopsychiatrie (3-11ans) : L'hôpital de jour de pédopsychiatrie est une structure qui permet la réalisation d'évaluations approfondies, de soins soutenus et la construction de projets personnalisés. Pour ce faire, il réunit une équipe pluri_professionnelle. L'hôpital de jour développe une collaboration avec les partenaires du sanitaire public ou libéral, les CAMPS (Centre d'Action Médico-sociale Précoce), les CMPP et tous les établissements médico-sociaux, les professionnels de l'éducation nationale et l'ensemble des professionnels du champ de l'enfance. Ceci permet une gradation des interventions intra et extra- institutionnelles s'inscrivant dans le parcours de soins global et le parcours de vie de l'enfant.

L'unité d'équipe mobile de petite enfance et périnatalité :

L'EMPEP est composé de professionnels éducatifs, soignant et de rééducation spécialisés dans la prise en charge du jeune enfant soit 0-6 ans, de ses parents en pré et post natalité.

Ses missions sont donc l'intervention sur le jeune enfant et sa famille dans sa trajectoire en amont et dès les premiers jours de la naissance, d'assurer un dépistage le plus précocement possible, d'assurer un soutien technique aux équipes de première ligne et de favoriser l'accès aux soins sur le territoire et, au besoin, leur continuité dans l'enfance en renforçant la capacité et les modalités de prise en charge sur le CMPEA.

Toute évaluation ou prise en soins se fait sur prescription d'un pédopsychiatre du secteur.

Les objectifs de l'EMPEP sont une évaluation rapide des troubles de l'enfant (troubles de l'attachement, troubles psychomoteurs, troubles du sommeil, troubles de l'alimentation, troubles de la communication et du lien social, troubles de l'apprentissage, troubles du spectre autistique), de renforcer le suivi et la prise en charge à domicile et sur les lieux de vie des enfants et des familles ainsi que d'assurer des guidances parentales (sur site et au domicile en périnatalité et petite enfance).

De plus l'équipe peut aider les professionnels de première ligne à analyser les situations des enfants et à envisager des actions de soins et d'éducation et coordonne les interventions et les suivis proposés pour fluidifier les parcours de soins et éviter les ruptures.

**Santé des personnes âgées :**

Près de 1 170 places en EHPAD sur le territoire

En 2017, le territoire dispose de 19 Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) offrant 1 169 places ; rapportées à la population des personnes âgées, cela correspond à un taux d'équipement de 121 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus, taux moins élevé que celui de l'ensemble du département (130 places pour 1 000) mais plus élevé que celui de la région (95 places pour 1 000). Sept services de soins infirmiers à domicile En 2017, sept Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) répondent aux besoins de la population âgée du territoire. Il dispose de 183 places. Rapportées à la population des personnes âgées de 75 ans et plus, cela correspond à un taux d'équipement de 19 places pour 1 000 habitants de cet âge. Ce taux d'équipement est plus faible que celui observé sur l'ensemble du département de l'Aveyron (23 ‰) et proche de celui de l'Occitanie (20 ‰)

Deux projets de MARPA (Maison d'Accueil Rural pour Personnes Agées) en réflexion sur le territoire, une à Cornus et une à Saint Rome de Cernon.

Le label Marpa est attribué par la Mutualité Sociale Agricole (MSA). Une Marpa est une structure qui accueille les seniors autonomes à partir de 60 ans dans une ambiance familiale. Elle est

constituée de 20 à 25 logements, studios et T2, proposés en location et où l'on vit comme à la maison, en toute indépendance avec possibilité de recevoir sa famille et ses amis. L'ensemble est complété de locaux collectifs, salle à manger, salon de détente et d'un personnel compétent qui assure le bien-être et la surveillance des locataires 24 h/24. Ceux-ci continuent par ailleurs de bénéficier des services existants, à savoir infirmières, assistants de vie ainsi que l'aide au logement. En bref, un trait d'union avant la maison de retraite médicalisée.

Sur la ville de Millau, deux projets de résidences séniors sont en cours de réalisation, un sur l'ancien site dit de l'Hôtel Dieu, porté par l'Union des Mutuelles Millavoises, et une résidence services séniors appelée Cosy Diem, qui prévoit 103 appartements en 2025.

Points Infos Séniors :

Mis en place par le département de l'Aveyron, le point info sénior est un guichet unique de proximité dédié aux personnes âgées. Ce sont des lieux d'accueil, d'information, d'écoute, d'orientation et d'accompagnement pour la personne âgée ou son entourage particulièrement pour faire face aux besoins liés au soutien à domicile. Les Points Info Seniors proposent également des actions de prévention et d'animation sur leur territoire. 6 Points Infos Séniors couvrent le territoire du PNRGC :

- Millau
- Ségala, Vallée du Tarn et Viaur
- Lévézou Pareloup
- Pays d'Olt
- Saint Affricain
- Monts Rance et Rougier

## IV/ Des projets du territoire liés à la thématique santé

**Le Projet Alimentaire territorial :**

Depuis 2009 et son action « circuits courts alimentaires », le Parc naturel régional des Grands Causses agit pour une alimentation locale et durable.

Labélisée « Projet Alimentaire de Territoire », la stratégie alimentaire élaborée sur le territoire Grands Causses Lévézou, sous l'égide du Parc naturel régional des Grands Causses, en partenariat avec la Chambre d'agriculture de l'Aveyron, le collectif des Loco Motivés, l'APABA les bios de l'Aveyron, est riche en initiatives. Elle permet de venir en soutien aux producteurs, commerçants et artisans, en facilitant la mise en relation avec les consommateurs et professionnels proche de chez eux, en accompagnant les porteurs de projets, en apportant des solutions de distribution des produits ou encore en valorisant leurs activités. Des actions portées par une dizaine de partenaires, pour celles et ceux qui se mobilisent chaque jour pour une alimentation de qualité et de proximité

**La mobilité :**

Contexte : Sur le territoire du Parc, les transports constituent plus de 40% de la consommation totale d'énergie (contre 35 % en moyenne en France). Ceci s'explique par la faible densité de population entrainant une forte motorisation des habitants, des trajets plus longs et des offres de transport en commun insuffisantes. La mobilité rurale, qui se caractérise par une forte dépendance à la voiture individuelle, constitue un enjeu d'attractivité, pour permettre un maintien des jeunes et apporter une réponse aux besoins d'une population vieillissante. La conjoncture actuelle fait de la mobilité un enjeu plus que jamais social, puisqu'elle représente une part du budget des ménages croissante (jusqu'à 40% du budget contre 14.5% en moyenne nationale). La précarité énergétique exerce une pression supplémentaire sur des personnes déjà en situation de vulnérabilité.

Stratégie : Déclinée dans l'ensemble des documents de planification (Charte, SCoT, et PCAET), la stratégie de mobilité durable du Parc vise à une réduction de l'autosolisme, soit de l'utilisation individuelle de la voiture. Cette stratégie se décline en 3 volets. Un premier volet d'aménagement du territoire qui vise à assurer le confort, la sécurité, et l'accessibilité des modes alternatifs à la voiture individuelle (aires de covoiturage, pôles d'échanges multimodaux, itinéraires cyclables, etc.). Le second volet consiste au déploiement d'un bouquet de solutions de mobilité durables, actives, et partagées (autopartage, covoiturage, autostop organisé, location longue durée de vélos à assistance électrique, etc.). Enfin, le troisième volet est celui de l'accompagnement au changement de comportement, qui prend la forme d'actions de sensibilisation ou de formation, aussi bien à destination des habitants que des agents des collectivités (formations à l'écoconduite, Semaines de la mobilité, film documentaire "Virage vers le Future", etc.).

**Le Pôle de Pleine Nature**

Après l'obtention de l'appel à projets Pôle de pleine nature Massif central fin 2016, le territoire Grands Causses Lévézou a déjà engagé 950 000€ : un tiers des dépenses d'investissement prévues. Sur 44 projets ainsi, 12 ont d'ores et déjà commencé.

Le volet « Trail et VTT » est très logiquement dans la course, avec six projets. Quatre projets ont été développés pour le volet « Nautisme ».

**La randonnée toujours plus présente**

Un projet de véritable mise en réseau grandeur nature de l'offre de randonnée est en cours sur quatre Communautés de communes des Grands Causses. L'objectif est d'ouvrir des liaisons entre les sentiers existants pour créer des boucles de rando itinérante, multi pratiques et non motorisées.

Toutes les boucles de rando itinérante du Parc des Grands Causses seront destinées aux randonneurs pédestres, équestres, vététistes et trailers.

Energie et Climat :

Depuis 2009, le Parc naturel régional des Grands Causses est engagé dans la mise en œuvre d'une politique énergétique locale avec en ligne de mire l'objectif de l'équilibre énergétique en 2030 (production locale équivalente à la consommation globale du territoire).

Dans le cadre de son programme d'actions du PCET et de sa Charte, le Parc naturel régional des Grands Causses mène de nombreuses actions en lien avec la transition énergétique et écologique. En juin 2015, le syndicat mixte a signé une première Convention d'appui financier avec le Ministère de l'Environnement, de l'Énergie et de la Mer, convention ayant fait l'objet d'un avenant le 11 octobre 2016.

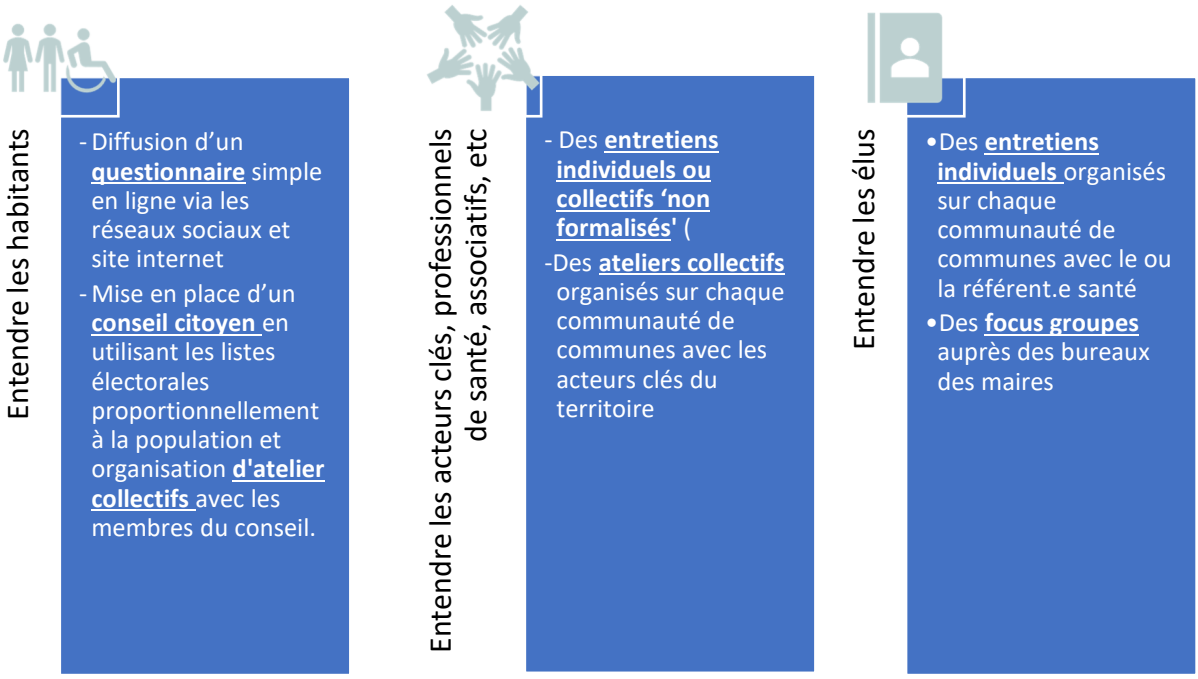
En 2017, le Parc rejoint le réseau des Territoires à énergie Positive (TEPOS) du CLER.

La transition énergétique ne passera pas par une croissance accrue des énergies renouvelables, mais par un développement raisonné des énergies renouvelables combiné à une diminution importante des consommations d'énergie par la sobriété et l'efficacité énergétique.

**Millau, ville PNNS**

La ville de Millau a souhaité mettre en place des actions de prévention en nutrition à la suite du constat scientifique de l'augmentation de la sédentarité et de la progression du surpoids et de l'obésité chez les enfants.
En plus d'être signataire de la charte du PNNS, la ville est labellisée « Ville Vivez Bougez ».
Ce label a pour objectif général d'impulser et d'accompagner des actions sport et santé auprès de publics cibles résidant sur le territoire d'une commune.

## V/ Problématiques identifiées




Au total 10 entretiens individuels ont été réalisé auprès des élus (Présidents des communautés de communes élus référents santé), et deux focus groupe (Bureaux des Maires).

En parallèle les six réunions partenariales (une par communauté de commune) ont rassemblé 107 acteurs et professionnels.

Les problématiques identifiées par les élus, acteurs, professionnels de santé, associatifs, institutionnels etc. ont été synthétisées en 20 problématiques essentielles.

Quatre problématiques transversales ont été repérées :

- Le manque de professionnels : Il remonte très fortement les difficultés liées au manque de professionnels sur le territoire, essentiellement de professionnels de santé (Médecins généralistes et spécialistes) et paramédicaux, mais aussi des acteurs sociaux (aides à domicile).
- La mobilité : L'éloignement géographique, le manque de transport en commun, de prise en charge de VSL, de valorisation financière du déplacement des professionnels au domicile, de proximité des professionnels de la santé et de la prévention sont autant de freins identifiés comme prioritaires à la fois dans l'accès aux soins, le bien vieillir, la santé mentale et la prévention.
- L'isolement social : L'isolement, la solitude, le délitement du lien social créent à la fois un éloignement du maintien de la santé des personnes, en particulier des populations âgées et instaurent aussi un mal être, en lien avec l'état de santé mentale des personnes isolées.
- Lisibilité et identification des ressources existantes: Il est constaté qu'il existe de nombreux services, dispositifs, ressources et associations qui peuvent être en mesure de faciliter la coordination des interventions ainsi que d'accompagner les patients en difficultés. Pourtant, professionnels et acteurs du territoire regrettent le manque de

lisibilité de ces ressources et ne savent pas toujours vers qui se tourner ou vers qui orienter les personnes.

Par thématiques, les problématiques qui ressortent sont :

L'accès aux soins :

- La fracture numérique : La plupart des prises de rendez-vous se font désormais en ligne, ainsi que le suivi administratif des soins, or tout le monde n'a pas la même faculté à utiliser l'outil numérique.
- Les lieux et moyens en matière de soins d'urgence et de premier recours : Si les centres de secours sont vus comme d'une importance capitale dans les territoires les plus ruraux, il est identifié que des lieux de permanence de soins non programmés qui seraient mis en œuvre sur le territoire répondraient à des besoins prégnants, notamment sur les territoires éloignés des services d'urgence des hôpitaux.
- Le coût de la santé : Les inégalités d'accès aux soins liés aux coûts qui peuvent être engagés sont très souvent soulignés. Entre en ligne à la fois les inégalités de remboursement liées aux mutuelles (en particulier pour les soins bucco-dentaires et ophtalmologiques), mais aussi les frais à engager pour l'accompagnement en santé mentale (non remboursement des psychologues non conventionnés) et pour avoir accès à certains spécialistes paramédicaux (psychomotriciens et ergothérapeutes).

Bien vieillir :

- L'accompagnement des aidants : Les aidants dits naturels ou informels sont les personnes non professionnelles qui viennent en aide à titre principal, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage pour les activités de la vie quotidienne. Il remonte des échanges que les aidants souffrent à la fois d'épuisement, de solitude et de l'isolement, qu'ils manquent de répit et qu'ils sont parfois en difficulté pour accompagner la personne vers prise en charge car ressentent un frein psychologique, la peur « d'abandonner » leur proche. Ils deviennent presque des « soignants » de la personne qu'ils accompagnent sans avoir de formation.
- Le manque de logements « intermédiaires » entre le domicile et l'EHPAD : Si le maintien au domicile est un sujet important qui revient régulièrement dans les échanges, le passage en Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes est souvent accompagné d'une perte d'autonomie plus marquée. Les résidences de séniors autonomes qui proposent des services d'accompagnement mutualisés et des activités apparaissent comme une réponse adaptée à cette difficulté. Mais ces résidences sont considérées comme trop peu nombreuses sur le territoire.
- Le repérage des personnes vulnérables : Les personnes âgées les plus vulnérables sont parfois isolées et il est difficile de pouvoir repérer et identifier le glissement de celles-ci vers une perte d'autonomie avant qu'elle ne devienne de la dépendance. Ce repérage est pourtant essentiel au maintien au domicile de la personne qui est considéré comme un facteur favorisant la préservation des capacités de la personne âgée.

Santé mentale :

Au-delà des problématiques repérées, il convient de faire remarquer que les acteurs soulignent le mal être induit par la situation générale et les conséquences de la crise du covid auprès de la population, tout âge et catégorie sociale confondus.

- Manque d'information sur la santé mentale et sur l'organisation de la psychiatrie pour les professionnels et les élus : les élus, comme les professionnels de santé, se sentent parfois démunis face à des situations d'urgence psychiatrique ou des problématiques de santé mentale ancrées chez leurs administrés ou patients. Ils manquent de repères pour savoir vers qui se tourner, sur qui s'appuyer pour accompagner les personnes qui ont des problématiques de santé mentale.
- Manque de formation en santé mentale : Le descriptif du champ de la santé mentale et celui de la psychiatrie sont parfois confondus. Professionnels, élus et citoyens ressentent que la santé mentale et le bien être ont une place essentielle dans la santé globale de l'individu. Il est néanmoins difficile d'appréhender les problèmes qui sont clairement identifiés comme liés à la santé mentale et les mesures qui peuvent être prises pour y remédier. Un socle de savoir commun serait bénéfique.

Santé environnement :

- L'alimentation : C'est la thématique qui revient à chaque entretien comme la meilleure porte d'entrée pour travailler sur l'amélioration de la santé et de l'environnement mais aussi pour permettre de réaliser de la prévention. Les acteurs constatent que le territoire est un atout pour à la fois lutter en faveur de l'équilibre alimentaire mais aussi de l'approvisionnement en local et en produits saisonniers.
- Le logement dégradé/insalubre : De nombreux acteurs signalent rencontrer des personnes qui vivent dans des logements très dégradés. Ce constat est posé dans les sites urbains comme ruraux. Il s'agit parfois d'un mauvais entretien pour raison économique. Certains rencontrent également des choix de vie, et se retrouve alors confrontés à la liberté individuelle de la personne qui refuse l'accompagnement.
- L'adaptation au changement climatique : Le changement climatique entraine des modifications environnementales qu'il est indispensable de repérer. Les acteurs font remonter le besoin central d'accompagner ce repérage de mesures anticipatrices à la dégradation de la santé des citoyens que peut amener le réchauffement climatique (canicule, ressource en eau etc.)
- La qualité de l'eau et qualité de l'air : Si la qualité de l'eau et de l'air apparaissent comme bonnes de prime abord, les acteurs s'interrogent et souhaiteraient bénéficier d'une étude objective sur chacune de ces thématiques afin de voir si un plan d'action devrait être mise en œuvre. Les questions de la pollution de l'eau et des sols liées aux pesticides sont évoquées, ainsi que la pollution routière pour la qualité de l'air.

Prévention :

- La lutte contre les addictions : Essentiellement alcool mais aussi drogues, tabac et écrans, la prévention contre les addictions ressort comme centrale à toutes les actions de préventions. Ces actions sont repérées comme essentielles à mettre en œuvre auprès des publics jeunes, en particulier dans le cadre scolaire. La prévention auprès des adultes ne doit pour autant pas être écartées.
- Les acteurs font émerger la difficulté de trouver le moyen de cibler les actions de prévention auprès des population vulnérables qui en sont les plus éloignés, qui sont parfois les vulnérables et les moins sensibilisés aux actions de prévention car touchés par d'autres préoccupations prioritaires. Pourtant il ressort des groupes de travail qu'il conviendrait de renforcer les moyens afin de les sensibiliser en priorité aux comportements à risque (addictions) et à l'importance d'avoir une bonne hygiène de vie (alimentation, activité physique).

- L'aller vers et le développement d'actions de prévention plus mobiles : Le territoire rural peut être un frein à l'accès à prévention et au dépistage, par l'éloignement des structures et associations qui proposent des actions de prévention et de l'accompagnement.
- La sécurité routière : une étude est en cours pour déterminer avec plus de précision l'accidentologie qui révèle qu'il y a 6 tués/an en moyenne par accident de la route sur le territoire du Parc.

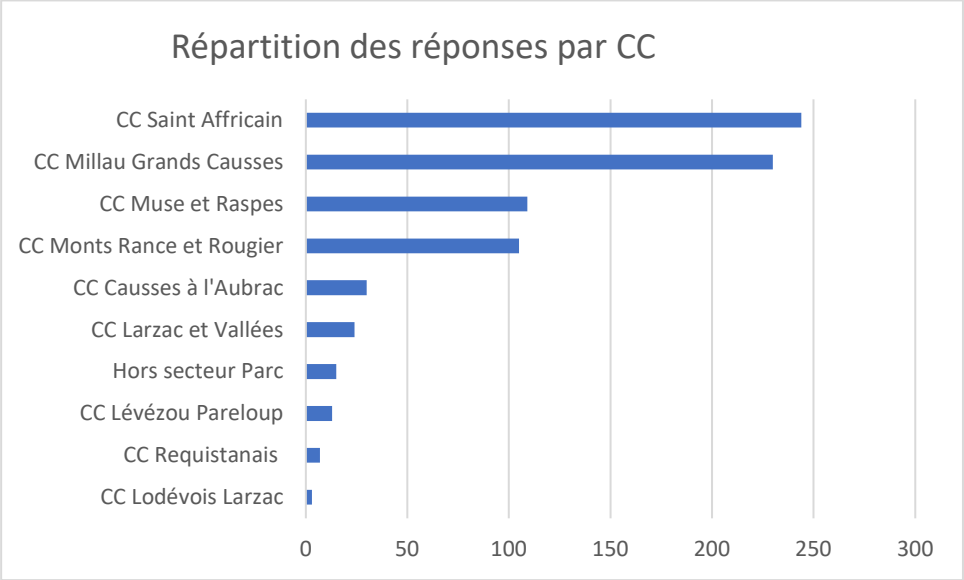
L'avis des habitants

Une consultation publique a été lancées le 22 septembre 2022 sur une durée d'un mois via le site internet du Parc des Grands Causses et relayée sur les réseaux sociaux (du Parc des Grands Causses et des communautés de communes du territoire).

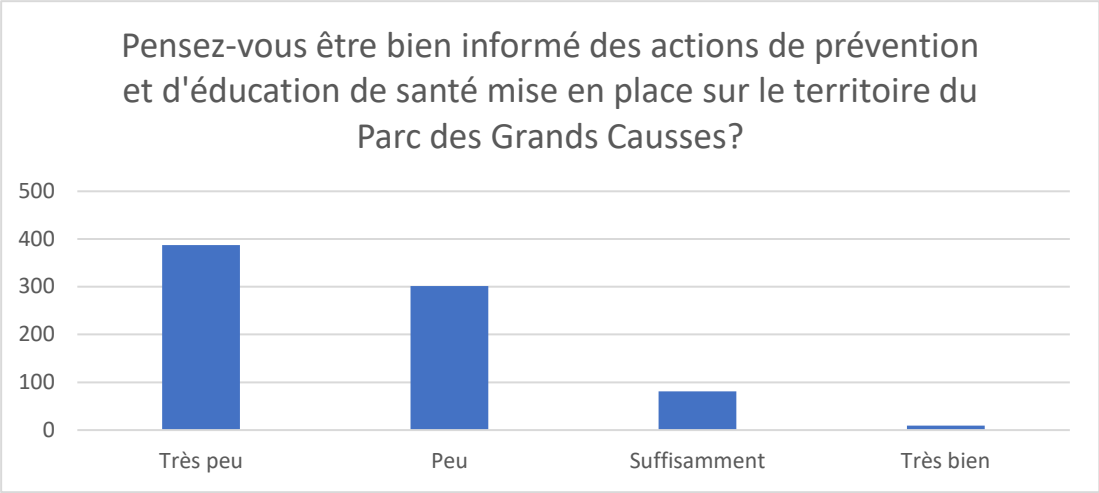
780 personnes se sont mobilisées pour répondre à ce questionnaire. Les résultats sont les suivants :

Répartitions par communauté de communes :

- 31% des répondants sont issus du territoire du Saint Affricain dont la population représente 20% de la population totale du Parc,
- 29% de Millau Grands Causses dont la population représente 43% de la population totale du Parc,
- 14% de Muse et Raspe du Tarn dont la population représente 8% de la population du Parc
- 13% de Monts Rance er Rougier dont la population représente 9% de la population totale du Parc.



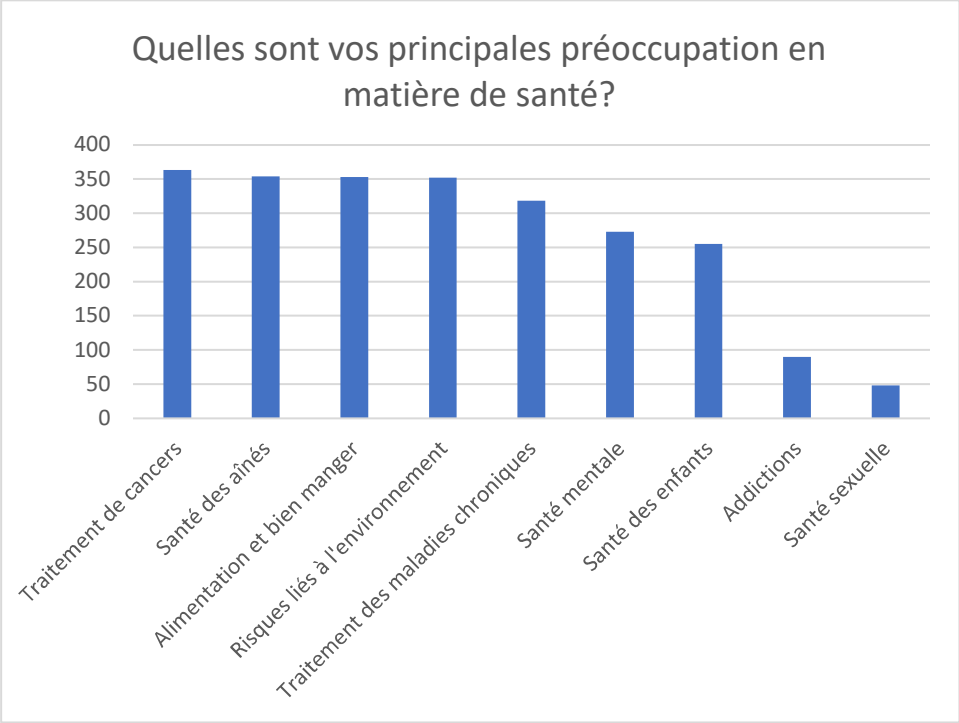

La majorité des répondants ont entre 40 et 75 ans (374 de 40/60 ans ; 204 de 60/75 ans ; 148 de 26/39 ans)




387 très peu ; 301 peu ; 81 suffisamment ; 9 très bien

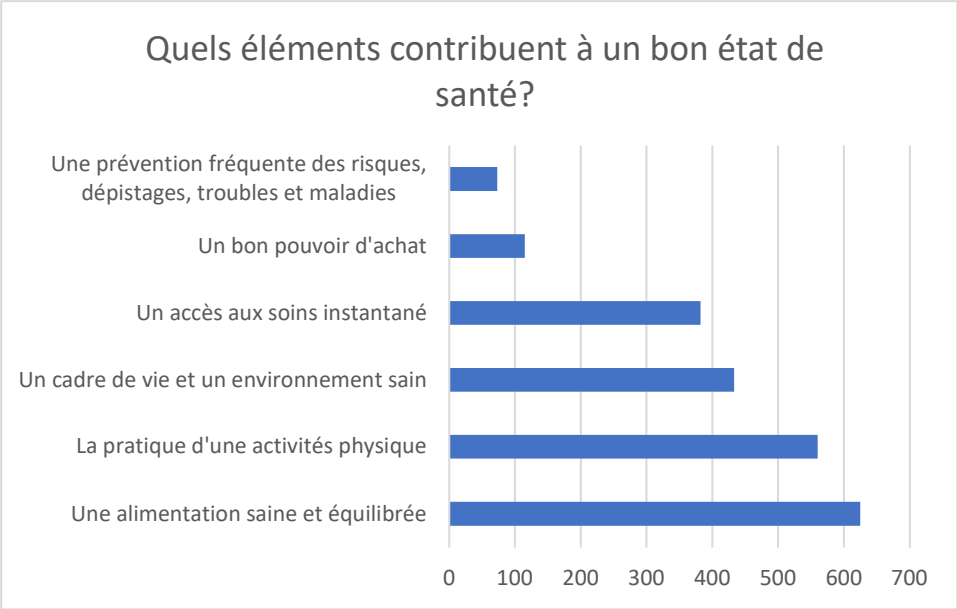
- Quelles sont vos principales préoccupations en matière de santé :

  1. Traitement des cancers (15%)
  2.Santé des aînés (14,7%)
  3. Alimentation (14,7%)
  4. Risques liés à l'environnement (14,6%)



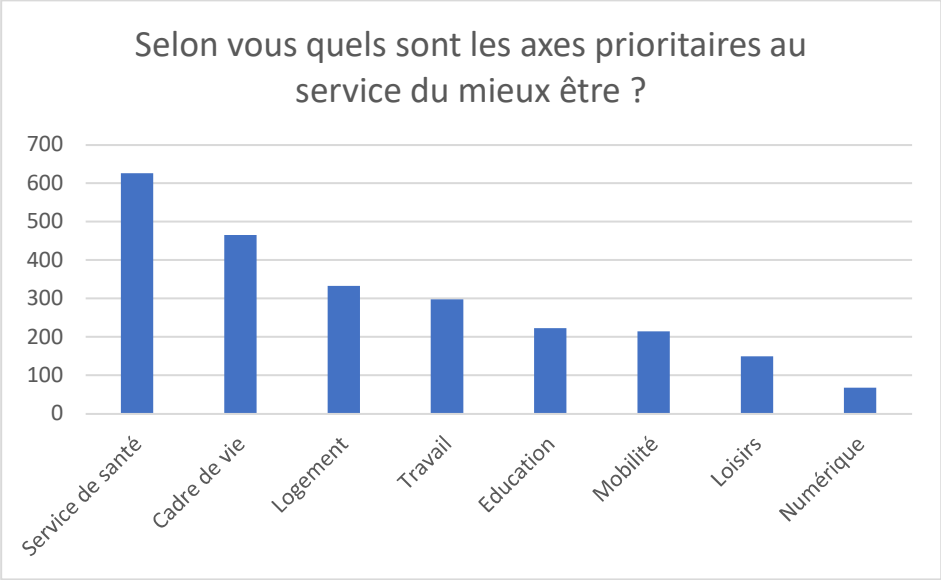

- Quels éléments contribuent à un bon état de santé :

  1. Une alimentation saine et équilibrée (28,5%)
  2. La pratique d'une activités physique (25,6%)
  3. Un cadre de vie et un environnement sain (19,8%)
  4. Un accès aux soins instantané (17,5%)

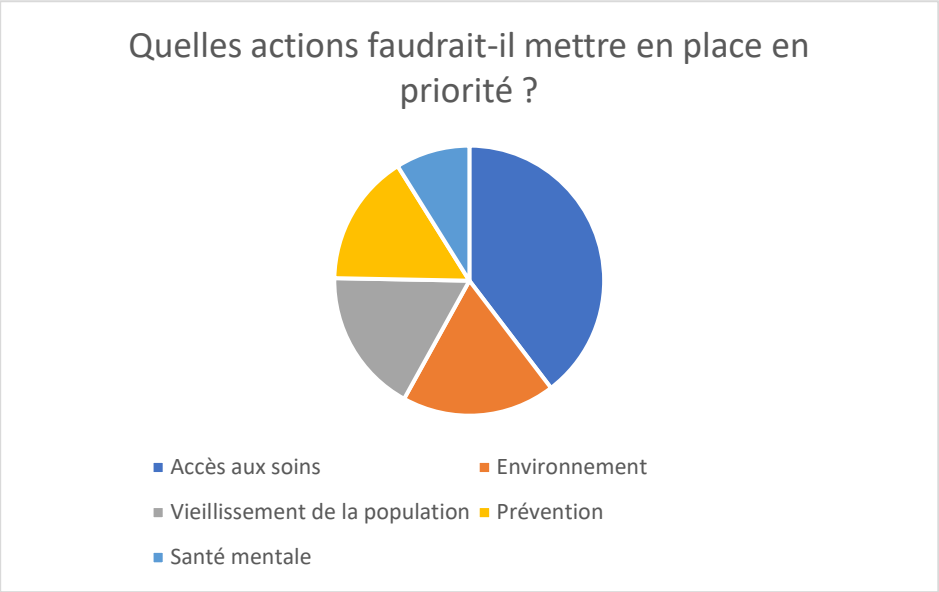



- Quels sont les axes prioritaires au service du mieux-être :

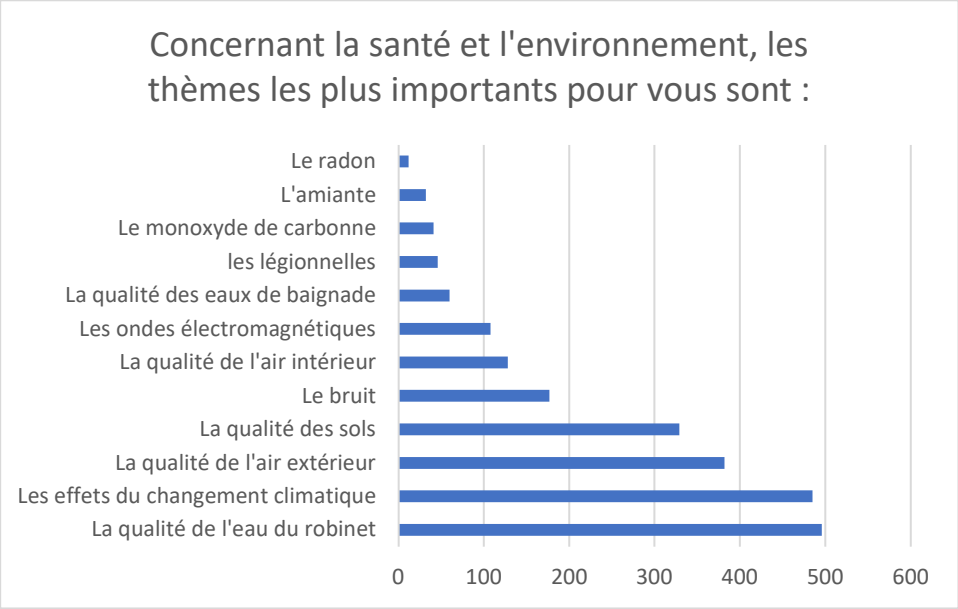
  1. Services de santé de proximité (26,3%)
  2. Cadre de vie (19,5%) ;
  3. Logement (14%)
  4. Travail (12,5%)




- Quelles actions faudrait-il mettre en place en priorité :
  1. Accès aux soins (39,6%)
  2. Environnement (18,4%)
  3. Vieillissement (17,3%)
  4.Prévention (15,8%)
  5. Santé mentale (8,9%)




- Santé environnement – Thèmes importants :
  1. Qualité de l'eau du robinet (21,6%)
  2. Effets du changement climatique (21,1%)
  3. Qualité de l'air extérieur (16,6%)




- Niveau de bien être sur le territoire du PNRGC :
  - Plutôt bon et bon : 97%
  - Plutôt mauvais et mauvais : 3%

- « Il est facile de se soigner sur le territoire »:
  - plutôt pas d'accord et pas d'accord : 86%
  - d'accord et tout à fait d'accord : 14%

Comité citoyen :

Dans le cadre de la mise en place du Contrat Local de Santé du Parc naturel régional des Grands Causses, les Communautés de communes du sud-Aveyron vont désigner par tirage au sort les membres du Comité citoyen de santé.

Objectif et composition :

Composante essentielle du Contrat local de santé (CLS) des Grands Causses, 35 habitants du territoire siègeront au Comité citoyen de santé. Au côté des élus, des professionnels de santé e des associations, le Comité citoyen sera force de proposition pour la construction du futur programme d'action du Contrat local de santé. Issus de l'ensemble des communes du territoire, ses membres auront pour rôle d'alimenter le travail du Contrat local de santé.

Sélection :

Les habitants sont tirés au sort parmi les listes électorales, par les communautés de communes. 105 habitants ont été tirés au sort pour espérer un retour positif de 35 personnes. Lorsque le nombre de retour est supérieur au nombre prévu, les habitants ont été sélectionnés par ordre de tirage au sort. Lorsque le nombre de retour est inférieur au nombre requis un nouveau tirage au sort est réalisé.

ANNEXE : LISTE DES PARTENAIRES

Les partenaires INSTITUTIONNELS

- Communautés de communes,
- Communes
- Conseil Départemental (Agence attractivité, Territoire d'action sociale, PMI, PIS),
- Education nationale,
- MSA,
- CPAM (CARSAT)

Professionnels et établissements de sante et médico-sociaux

- EHPAD,
- OPTEO (IME et MAS),
- CPTS en projet,
- Ordre des médecins,
- MSP
- Centres de soins,
- UDSMA,
- UMM
- Professionnels du territoire: Médecins, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, ostéopathes, dentistes, ergothérapeutes, diététiciennes, pharmaciens

ACTEURS DU TERRITOIRE ET ASSOCIATIONS DEPARTEMENTALES

- ADMR,
- Centres sociaux,
- Mission Locale,
- Tremplin pour l'emploi,
- Jardin du Chayran,
- Trait d'union,
- UNAFAM,
- CPIE,
- Addictions France,
- MDA,
- Planning familial,
- Comité départemental Handisport,
- Fédération sport adapté,
- Maisons Sport Santé,
- Ligue contre le cancer,
- CRCDC,
- Comité de sensibilisation pour le dépistage des cancers en Aveyron