Actualisation du diagnostic santé-social de 2009

Territoire du Pays « Haut Languedoc et Vignobles »

Travail confié à l'IREPS-LR par l'ARS, dans le cadre de l'appui aux démarches territorialisées

Février 2013

Convention d'Objectifs et de Moyens 2012

SOMMAIRE

SOMMAIRE 2
INTRODUCTION 6
Cadre et objectifs de ce rapport 6
Le Pays Haut Languedoc et Vignobles, un engagement pérenne sur les questions relatives à la santé 6
La perspective d'un Contrat Local de Santé : une continuité de la démarche engagée 7
METHODOLOGIE 8
Rappel de l'objectif de ce travail 8
Phases et méthodologie retenue 8
Partie 1 : LE MILIEU ET LE CONTEXTE ENVIRONNEMENTAL 12
Un territoire entre littoral et montagne 12
Description 12
Risques liés à la topographie du territoire 14
Qualité de l'eau et de l'air 14
Description 15
Risques sanitaires 15
Eclairage théorique sur les risques sanitaires liés a l'eau et a la pollution atmosphérique 17
Malgré la ruralité, plusieurs pôles de services sont répartis sur le territoire 19
Offre de services 19
Transport 19
Offre petite enfance 19
Un territoire à la croisée entre politiques de développement et préservation des ressources 21
Programmes européens 21
Contrat de Projet Etat-Région 21

Contrat de Pays 21
Zone de revitalisation rurale 22
Parc naturel régional du Haut Languedoc 22
Zones protégées du territoire 22
Partie 2 : LA SITUATION SOCIO-DEMOGRAPHIQUE 23
Des disparités démographiques entre le nord et le sud 23
Une répartition inégale de la population 23
Une croissance démographique inégale au niveau infra-territorial 25
Globalement, une population vieillissante 27
Un territoire marqué par des inégalités socio-économiques 27
Une population d'ouvriers et d'agriculteurs surreprésentée 27
Une précarité plus marquée que sur le département, des zones plus touchées 28
Certaines zones accueillent une plus grande proportion de personnes isolées 29
Des groupes de population plus exposés à la précarité 29
Les séniors 29
Les enfants et les jeunes 30
Les femmes 30
Le logement 30
Des logements vacants 30
Le poids importants des résidences secondaires 31
Des besoins en réhabilitation 31
Le bénéfice de l'Opération Programmée d'Amélioration de l'Habitat et de Revitalisation Rurale 31
Partie 3 : L'ETAT DE SANTE DE LA POPULATION 32
Données générales 32

Des taux de Mortalité supérieurs à l'Hérault pour certaines pathologies 32
Une situation plus contrastée en matière de morbidité 33
Focus sur l'état de santé des jeunes du territoire 33
Les besoins de santé repérés par les professionnels 33
Analyse de l'offre de prise en charge des jeunes sur le territoire 35
Pistes de travail 37
Focus sur l'état de santé des personnes âgées du territoire 38
Les besoins de santé des personnes âgées vivant à domicile repérés par les professionnels 38
Les besoins de santé des personnes âgées vivant en établissement repérés par les professionnels 39
Analyse de l'offre de prise en charge des personnes âgées vivant à domicile sur le territoire 40
Partie 4 : L'OFFRE DE SOINS ET LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS 42
Etat des lieux de l'offre de soins sur le territoire du Pays 42
Un risque de pénurie de l'offre libérale lié au vieillissement des professionnels 42
Une offre hospitalière de proximité 46
Deux maisons de santé pluridisciplinaires sur le territoire 46
Les acteurs locaux impliqués dans la prise en charge des soins non programmés et des urgences 47
Analyse de la prise en charge des patients sur le territoire du Pays 49
Ressentis des élus locaux sur l'état de l'offre de soins 50
Présentation des résultats à l'échelle du Pays 50
Présentation des résultats à l'échelle des communautés de communes 51
Projets et actions en cours / perspectives 52
Pôle de santé / Maisons de santé 52
Télémédecine 53
CONCLUSION 54

Freins et leviers à la conduite de cette étude 54
Pistes de travail / perspectives 55
BIBLIOGRAPHIE 57
ANNEXES 58

INTRODUCTION

Cadre et objectifs de ce rapport

Ce rapport est le résultat du travail de l'Instance Régionale d'Education et Promotion de la Santé – Languedoc-Roussillon (IREPS-LR) mené dans le cadre d'une Convention d'Objectifs et de Moyens (COM) signée en juillet 2012 avec l'Agence Régionale de Santé – Languedoc Roussillon (ARS-LR) et qui s'achève en janvier 2013. Dans ce cadre, la mission de l'IREPS était de conduire, en lien étroit avec le syndicat mixte du Pays Haut Languedoc et Vignobles (HLV) et les acteurs locaux, l'actualisation et le remaniement d'un diagnostic santé-social réalisé en 2009 par le Pays[1]. L'objectif de cette mission est de contribuer à une connaissance plus fine de ce territoire, sous tous ses aspects et apporter aux acteurs et aux institutionnels des éléments pour engager la discussion autour d'un Contrat Local de Santé (CLS)[2].

Conformément aux prérogatives stipulées dans la convention, cette étude devait être réalisée par *« la compilation des données de diagnostics existantes, l'identification des données manquantes, l'élaboration d'un plan de recueil, la mise à jour des données ou le recueil de données complémentaires, l'analyse des dynamiques territoriales, l'identification des ressources mobilisables au regard des 3 axes proposés du CLS »*.

La personne en charge « techniquement » de cette mission a été recrutée le 1er octobre 2012. Ainsi, le travail a été mené sur une période de trois mois et demi. Tout au long du processus, une méthodologie fixée préalablement et conjointement avec le Pays et présentée à l'Agence Régionale de Santé a été suivie. Des outils spécifiques pour le recueil de données complémentaires ont été choisis conjointement et mis en œuvre.

En termes d'objectif, ce rapport vise à présenter de manière large, objective, neutre et dynamique (quelques points d'analyse prospective sont présentés) la réalité de ce territoire. Il présente ses caractéristiques, tout en mettant en avant ses atouts et ses faiblesses, tant sur les domaines qui contribuent/déterminent la santé de la population (topographie, infrastructure, équipement, situation économique, démographique etc.) que sur les aspects sanitaires à proprement parler (état de l'offre de soins et de prévention, accès à l'offre et état de santé des habitants). Il propose une analyse de ce territoire en confrontant et « mixant » à chaque fois que cela a été possible, des données objectives et chiffrées avec des données qualitatives et subjectives recueillies auprès d'un échantillon de professionnels. Ce document est donc un outil d'information et une base de discussion sur les questions locales de santé, qui servira probablement aux échanges autours d'un Contrat Local de Santé.

Le Pays Haut Languedoc et Vignobles, un engagement pérenne sur les questions de santé

Le syndicat mixte du Pays HLV, assise du partenariat de quatre-vingt-neuf communes[3], organisées en onze communautés de communes plus quatre communes hors intercommunalité a été créé en 2006[4],[5]. C'est un espace de réflexion prospective sur l'aménagement et le développement du territoire, de coordination et de concertation. Son territoire est aujourd'hui le dernier espace rural héraultais. Les données socio-économiques traduisent encore aujourd'hui le poids historique de la viticulture et de Béziers dans son système économique qui se caractérise par une primauté de l'agriculture et un faible niveau de développement de l'industrie. Sa population en 2008 est de 60 700 habitants, répartie dans des bourgs ruraux de petite à moyenne importance.

[1] Diagnostic santé-social 2009 fait par le Pays : http://www.Payshlv.com/files/phlv/documents/PDF/Services/diagnostic-sante-social.pdf

[2] **Annexe 1 : Diaporama « Contrat Local de Santé – Pays Haut Languedoc et Vignobles » - Agence Régionale de Santé – 31 janvier 2012**

[3] **Annexe 2 : liste des communes du Pays**

[4] Dès 2013, six nouvelles communes intègreraient le Pays, avec la fusion de trois communautés de communes (Coteaux et Châteaux, Faugères et FRAMS). Le Conseil Général de l'Hérault est membre du Syndicat Mixte du Pays.

[5] **Annexe 3 : carte du Pays**

Si l'on compare ces données démographiques avec celles de 1999, la population a augmenté : + de 6 500 habitants (+ 10.72 %) soit 1,2 % par an en moyenne, en hausse par rapport à la période précédente (0.2% par an sur la période 1990-1999). De plus le solde migratoire moyen est de + 1.90% par an. En revanche, le solde naturel est de - 0.4% par an.

Depuis 2008, le Pays Haut Languedoc et Vignobles a été interpellé par les élus locaux pour traiter, avec les acteurs concernés, des questions relatives à la santé. Parmi de nombreux autres sujets, le Pays a souhaité se saisir de ces questions sur son territoire, au sens retenu par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) - « *[…] un état complet de bien-être physique, mental et social ne consistant pas uniquement en une absence de maladie ou d'infirmité »*[6].
Ainsi, un premier diagnostic santé-social achevé en avril 2009 a donné lieu à un Projet Territorial de Santé (PTS) en 2010, dont l'objectif est de « *construire une offre cohérente de services dans le domaine de la santé en impliquant la population et définir des priorités et des axes stratégiques d'action en concertation avec les acteurs de la santé »*[7].

Depuis 2010, plusieurs volets du Projet Territorial de Santé ont été mis en œuvre : accompagnement à la mise en place de maisons de santé pluri-professionnelles (MSP), développement et accompagnement de structures de soutien à la parentalité etc. En complément, et parce que la télésanté apparaît pour le monde rural comme l'une des solutions pour maintenir et améliorer l'accès pour tous à une médecine de qualité, le Pays a lancé une étude sur le développement de la télésanté qui a permis 1) d'identifier les aspects de la télésanté qu'il convient de privilégier sur ce territoire par rapport aux besoins, 2) de les confronter à l'équipement technique du territoire, 3) de définir un plan d'actions au regard de ce diagnostic. Une première expérimentation de la télémédecine dans le domaine de la télé psychiatrie devrait voir le jour en 2013.

[6] Site de l'OMS : http://www.who.int/about/definition/fr/print.html
[7] Projet Territorial de Santé du Pays HLV 2010 : http://www.Payshlv.com/files/phlv/documents/PDF/Services/Sante/Projet-Territorial-de-Sante-decembre-2011.pdf

La perspective d'un Contrat Local de Santé : une continuité de la démarche engagée

Dans le cadre de la loi Hôpital Patients Santé Territoires (HPST) de 2009, la mise en place des Contrats Locaux de Santé représentait une opportunité d'inscrire durablement une transversalité entre les schémas de l'ARS et les initiatives prises sur le territoire en matière de santé[8]. Compte tenu des problématiques locales et de l'implication forte de nombreux acteurs locaux sur ces questions depuis plusieurs années, il a semblé opportun d'initier une telle démarche sur le territoire global du Pays.

Dès février 2012, une réflexion a été engagée localement avec les représentants de l'ARS, dont le Directeur de la Santé Publique et de l'Environnement. Tout d'abord, cette première réflexion a permis de retenir trois axes prioritaires : 1) la consolidation de l'offre de soins de premiers recours et des urgences, 2) la santé des enfants et adolescents, 3) la santé des personnes âgées. D'autre part, préalablement au lancement de la démarche de Contrat Local de Santé, l'Agence Régionale de Santé a souhaité que le Pays actualise et réorganise son diagnostic santé-social de 2009 avec l'aide de l'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé. Ce rapport présente les nouvelles données et les nouveaux traits d'analyse du territoire.

[8] Loi HPST 2011 : http://documentation.ehesp.fr/wp-content/uploads/2011/08/DO_LoiHPST_20110825.pdf

METHODOLOGIE

Rappel de l'objectif de ce travail

L'objectif est d'actualiser et remanier le diagnostic de 2009, afin d'acquérir une meilleure connaissance de ce territoire. Les éléments descriptifs et d'analyse capitalisés serviront à nourrir les échanges entre les différentes parties prenantes, autours d'un Contrat Local de Santé.

Phases et méthodologie retenue

Ce travail a été conduit par l'IREPS-LR en lien étroit avec le Pays et les acteurs locaux concernés. Tout au long du processus, une méthodologie fixée préalablement et conjointement a été suivie. Des outils spécifiques pour le recueil de données complémentaires ont été choisis conjointement et mis en œuvre. Ce travail a démarré « techniquement » le 1er octobre 2012 et a été mené sur une période de trois mois et demi selon les phases présentées ci-dessous.

Phase 1 : prise de contact avec le porteur et définition d'une méthodologie commune
Entre la signature de la convention d'objectifs et de moyens en juillet 2012 et l'arrivée de la personne en charge du dossier à l'IREPS début octobre, plusieurs réunions de travail ont été organisées entre le Pays et la direction de l'IREPS pour commencer à définir une méthodologie. Les dates des entretiens d'enquête ont été fixées sur cette période également.

Début octobre, de nouvelles rencontres avec le porteur de la démarche (représenté par la direction du Pays, les responsables techniques et les élus) ont été organisées pour présenter plus en détails, la mission de l'IREPS, les échéances et le cadre de son intervention. La mission de l'IREPS a également été présentée en comité syndical[9],[10].

Ensuite, plusieurs réunions techniques ont permis de fixer rapidement et conjointement les outils, le calendrier de travail commun et une première répartition des tâches entre la responsable technique de l'IREPS et la personne en charge du dossier au niveau du Pays. Ces éléments ont été présentés et validés par les élus dans le cadre d'un comité syndical également[11].

Parallèlement, une commission d'élus a été constituée pour suivre l'avancement des travaux et suivre les résultats intermédiaires de cette étude. Cette commission à visée informative était composée de 5 élus et s'est réunie 2 fois[12]. A chaque fois, une présentation à la fois de l'état d'avancement des travaux et des premiers résultats de l'étude a été faite sous forme de diaporama et à l'aide de documents supports. Parallèlement, un planning de réunions de suivi du travail a été fixé avec l'ARS. 5 points d'étape ont eu lieu au cours de l'étude avec à chaque fois, une présentation de l'état d'avancement des travaux, les perspectives, les points forts et les difficultés[13].

Phase 2 : appropriation de « l'existant »
Dans la mesure où l'objectif de ce travail était de retravailler un diagnostic existant, la connaissance et l'appropriation par l'IREPS des éléments issus de ce premier travail, ont été la première étape. Ce socle de connaissances a été la base pour la sélection des données à mettre à jour et le choix des nouvelles informations à collecter.

Parallèlement à la phase 1 présentée plus haut (prise de contact avec le porteur, définition de la méthodologie etc.), une lecture approfondie du document de diagnostic 2009, du Projet Territorial de Santé 2010 et des documents supports les plus pertinents a été faite.

Cette première lecture a abouti à un premier remaniement du document selon une trame un peu différente.

[9] Comité Syndical : organe décisionnaire composé d'élus représentant les communes, les communautés de communes et le Conseil Général membre du syndicat. Renouvelé après chaque élection municipale, le Comité syndical débat et délibère sur les propositions faites par le Conseil de développement, les commissions, les comités de pilotage et le bureau.

[10] **Annexe 4 : présentation de la mission de l'IREPS en Comité Syndical**

[11] **Annexes 5 : exemple d'outils méthodologiques**

[12] **Annexes 6 : présentations aux 2 commissions des élus**

[13] **Annexe 7 : récapitulatif des activités au cours des 3 mois de l'étude**

Même si le premier document suivait globalement la « logique de l'entonnoir », cette deuxième version visait à marquer de manière plus forte ce cheminement progressif, depuis les aspects « larges » du territoire (le milieu, la topographie, l'infrastructure, les routes etc. qui sont des déterminants, facteurs de santé) aux plus ciblés (les aspects sanitaires à proprement parler : l'offre de soins, l'état de santé et l'accès à l'offre). Un premier listing des données à mettre à jour et le premier repérage des informations manquantes ont été faite selon cette trame[14].

Phase 3 : mise à jour des données du document de 2009 et recueil de données complémentaires

Quelles données ?

Du point de vue théorique et méthodologique, plusieurs types de données sont nécessaires à l'élaboration d'un diagnostic. C'est à la fois la diversité des sources, la compilation, la confrontation et le mixage de ces diverses données, qui assurent un minimum de neutralité, objectivité et justesse dans l'analyse du territoire. Ainsi, la mise à jour des informations issues du document de 2009 et la collecte de nouvelles données ont suivi la trame présentée ci-dessous, à chaque fois que cela a été possible :

- **les caractéristiques du territoire qui contribuent de près ou de loin à la santé de la population (les déterminants de santé)** : il s'agit du milieu et de l'environnement au sein duquel la population vit et évolue (topographie, infrastructure, équipement et offre de services, qualité de l'eau et de l'air, l'organisation du transport etc.).
- Les autres éléments qui déterminent la santé de la population : **les caractéristiques démographiques et socio-économiques.** Ces éléments permettent d'approcher la problématique de la précarité par exemple.
- **l'état de santé de la population, tant en termes de mortalité et morbidité, qu'en termes de comportements de santé**. Cette partie devait permettre d'identifier les besoins de santé les plus prégnants sur le territoire.
- **les éléments relatifs à l'offre de prise en charge (soins, prévention, aide médicale urgente, permanence des soins, continuité des soins et soins de 1er recours)**.

Ces différents aspects ont été étudiés à la fois à travers des données objectives donc quantitatives et chiffrées mais aussi par le biais de données qualitatives et donc subjectives.

Du point de vue théorique, ces dernières auraient dû être **collectées d'une part auprès de professionnels et intervenants, d'autre part auprès de la population et enfin, auprès des élus.** L'intérêt « d'exploiter » ces trois sources d'informations est d'avoir une lecture de la réalité locale la plus juste et la plus neutre possible. Pour plusieurs raisons, il n'a pas été possible de recueillir des informations ni auprès des habitants ni auprès des professionnels libéraux. En effet, une enquête-population exige des moyens importants et du temps pour que les données collectées soient représentatives. La consultation des professionnels libéraux pose aussi un certain nombre de conditions qu'il n'a pas été possible de tenir sur cette période.

Toujours du point de vue théorique, **l'étude des multiples aspects du territoire doit permettre de mettre en lumière les inégalités de santé en jeu (inégalités sociales, économiques, de genre, de territoire etc.)**. Dans cette optique, un diagnostic doit mettre en avant les **groupes de population les plus vulnérables, les plus à risque ou les plus touchés par un problème**. Il doit également mettre en lumière **les zones du territoire les plus fragiles** (souvent c'est la combinaison de plusieurs facteurs qui détermine « la santé » d'une zone. Exemple : peu de routes ou difficilement praticables + une offre de prise en charge peu développée + un dénivelé important + une population plutôt âgée). Ce document apporte quelques pistes de réflexion sur les inégalités a priori en jeu sur le territoire. Cependant, les données qu'il a été possible de récupérer sur cette période, notamment quantitatives, sont partielles et insuffisamment fines pour pouvoir confirmer les tendances.

Enfin, à chaque fois que cela a été possible, les données du territoire d'étude, ont été comparées avec les données relatives à l'échelon supérieur, **à minima les données quantitatives.** Seuls les indicateurs pour lesquels les données étaient disponibles au moins à deux niveaux proches ont été exploités. En effet, la comparaison entre le territoire d'étude et le territoire d'ensemble permet de le « situer », autrement dit d'approcher « son degré de fragilité » (ici le département pour le territoire global du Pays, le Pays pour les communautés de communes, les communautés de communes pour les communes).

[14] **Annexe 8 : Trame –guide méthodologique –ORS Paca**

Deux autres trames ont été suivies dans la collecte de données :

1) les axes prioritaires définis par le Pays : petite enfance – adolescence – Séniors - offre de soins de 1er recours – prise en charge des urgences
2) les thématiques du panier de services de l'ARS

Comment ont-elles été collectées ?

Les sources « exploitables » pour collecter/mettre à jour les données qualitatives sur cette période ont été :

- un échantillon de professionnels locaux agissant auprès des enfants, adolescents et jeunes adultes (10)
- un échantillon de professionnels locaux agissant auprès des personnes âgées (10)
- un échantillon de professionnels impliqués dans la prise en charge des urgences (5)
- un échantillon d'élus (95)

Beaucoup d'informations ont été transmises par les professionnels. Il faut noter que les échantillons n'étaient que partiellement représentatifs, même si celui-ci était assez important. L'outil de l'entretien collectif a été retenu pour la consultation des professionnels avec une méthode et des outils d'animation spécifiques. Au total 5 entretiens ont été menés : deux entretiens collectifs sur la thématique des «personnes âgées», deux autres sur la thématique « enfants-adolescents », un cinquième sur la thématique de l'offre de soins 1er recours et prise en charge des urgences[15], [16].

A la demande du Pays, les élus ont été consultés à travers une enquête par questionnaire. La période de l'enquête a été d'un mois, du 9 octobre au 9 novembre 2012. Sur cette période, il a été mené « de front » la préparation du questionnaire, les modalités de l'enquête, l'envoi, le retour et un premier traitement des données. Ce travail a été mené simultanément à l'animation des entretiens collectifs, à la lecture du diagnostic de 2009 et à la compilation des données issues des entretiens. L'objectif de cette enquête était « *d'associer les élus dans la démarche en les consultant sur leurs « ressentis » vis-à-vis de l'état de l'offre soins/prévention/urgences ».* Les destinataires étaient les élus de toutes les communes et communautés de communes (1000 environ).

Le questionnaire était composé de 5 questions fermées/ouvertes. La diffusion s'est faite par mail principalement. 95 questionnaires ont été exploités sur 101 retournés au total. Parmi les 95, 27 présentaient des anomalies (soit 28 %) sur les 3 premières et la dernière questions. 27 communes sur 89 sont représentées dans les résultats de cette enquête, 9 Communautés de Communes sur 11 et 1 commune hors intercommunalité[17].

Pour le recueil de données quantitatives, la première étape a consisté à élaborer un set d'indicateurs balayant les différents aspects du territoire : démographie, socio économie, offre de soins, morbidité, mortalité. La recherche des données s'est faite via plusieurs sources : Plateforme d'Observation Sanitaire et Sociale (POSS), son système d'information (GEOSS), Observatoire Régional de la Santé-Carrefour de Ressources et d'Etudes pour l'Autonomie et l'Inclusion (ORS-CREAI), Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU), Agence Régionale de Santé, Caisse d'Allocations Familiales (CAF) etc. Pour que les informations soient exploitables, chaque indicateur devait regrouper à minima, des données sur le territoire d'étude (et les communautés de communes si possible) et sur le département[18].

Phase 4 : compilation, synthèse et analyse des données disponibles

Les actes de compilation, synthèse et analyse des données disponibles ont été menés au fur et à mesure que les entretiens collectifs étaient animés. Le temps disponible n'a pas permis de terminer la phase de collecte avant d'entamer la phase d'analyse. La même méthode de compilation, synthèse et analyse a été utilisée pour les 5 entretiens collectifs.

A l'issue du traitement de ces données, un document de synthèse a été rédigé pour chaque thématique[19]:

- 1 document sur « les problématiques locales des enfants-jeunes »
- 1 document sur « les problématiques locales des séniors »
- 1 document sur « les problématiques locales de l'offre de soins/Urgences »

[15] **Annexe 9 : les 5 présentations des 5 EC**
[16] **Annexe 10 : les 4 tableaux à renseigner**
[17] **Annexes 11 : documents relatifs au questionnaire**
[18] **Annexe 12 : le set d'indicateurs**
[19] **Annexe 13 : les documents de synthèse des Entretiens Collectifs**

Le traitement de l'enquête par questionnaire a commencé par la saisie des données brutes sur Excel pour les questions fermées, la saisie des données brutes dans un tableau sur Word pour les questions ouvertes. Les résultats ont été présentés à travers plusieurs graphiques.

La compilation, la synthèse et l'analyse des données quantitatives disponibles ont été menées sur la base d'une sélection d'indicateurs les plus pertinents, les plus représentatifs et pour lesquels les chiffres étaient comparables entre eux (même année, échelons proches).

Les nouvelles données ont été intégrées aux données de 2009. Le résultat de ce mixage de l'ensemble des données a permis d'approcher les traits saillants du territoire, les problématiques locales sociales, sanitaires et d'accès à l'offre de prise en charge et enfin, l'état des « réponses » à ces problématiques sur le territoire du Pays.

Phase 5 : élaboration du rapport présentant les résultats de cette étude

Le plan proposé dans le rapport de 2009 a été retravaillé à plusieurs reprises tout au long de la mission. Un premier remaniement a été fait à l'issue de la lecture du document. Cette version du plan du rapport a été retravaillée une seconde fois au terme de la phase de compilation, synthèse et analyse des données disponibles. Parallèlement, plusieurs nouvelles cartes ont été élaborées par le Pays pour compléter l'illustration du document.

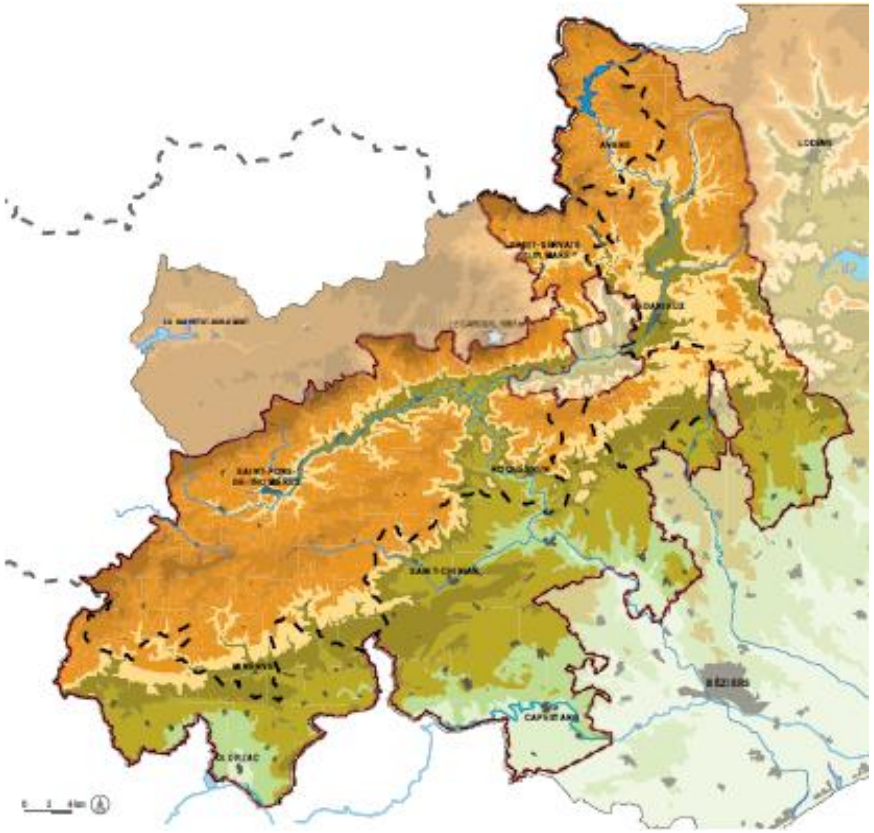
Partie 1 : LE MILIEU ET LE CONTEXTE ENVIRONNEMENTAL

Un territoire entre littoral et montagne

Description

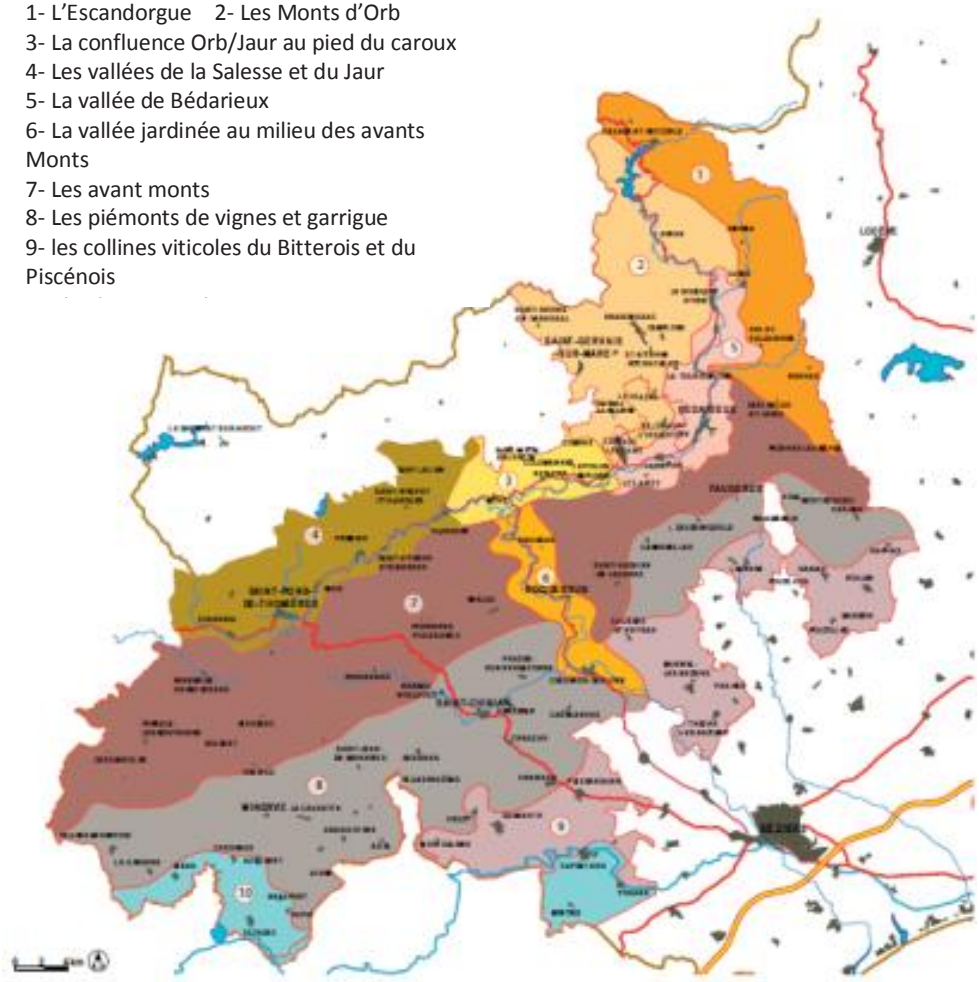
Source : Etude Paysagère du Pays Haut Languedoc et Vignobles - SITEA I Terres Neuves – juin 2007

D'une superficie de 2500 km2 (environ un tiers de la superficie du département de l'Hérault), le Pays Haut Languedoc et Vignobles s'étend sur la partie ouest du département. Au nord du territoire les montagnes du Somail, du Caroux et de l'Espinouse forment la barrière méridionale du massif central. Le Pays a également pour frontière le département de l'Aude à l'Ouest avec qui il partage le territoire du Minervois et le département de l'Aveyron au nord-est. Au sud, il est limité par les deux agglomérations de Narbonne et de Béziers.



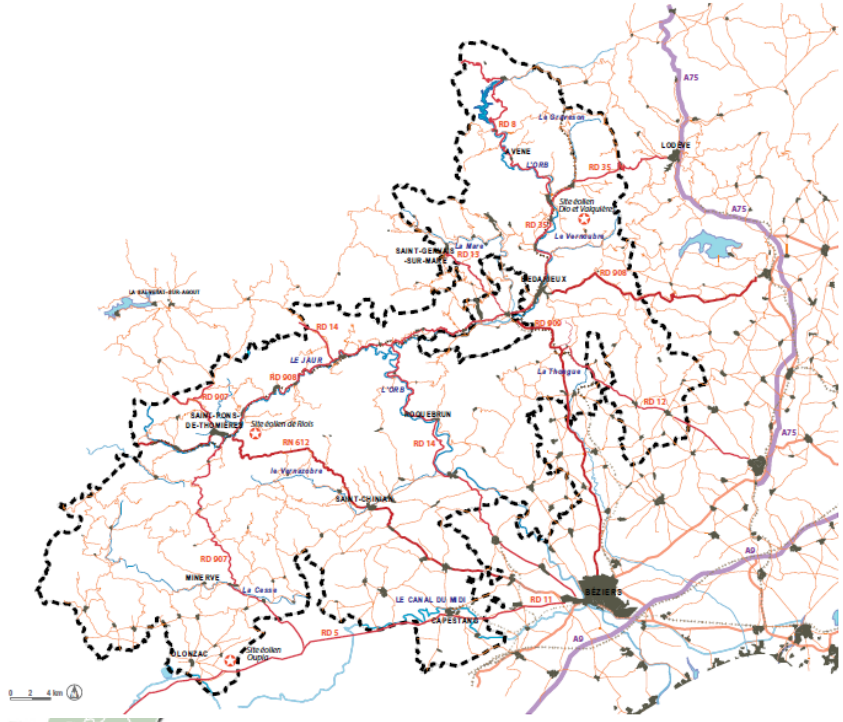
Le relief très marqué associé aux contrastes climatiques est à l'origine d'une très grande diversité géographique.
La bordure nord/nord-ouest du Pays subit une influence océanique ; le climat méditerranéen domine partout ailleurs, modifié au nord par des caractéristiques montagnardes. Un fort gradient des précipitations s'observe entre la plaine, 600 mm en moyenne, et les reliefs les plus élevés où la pluviométrie atteint 1500 mm. Le territoire est structuré géographiquement en quatre unités spatiales qui caractérisent le Pays et sont le support de paysages divers et variés : la plaine, les vallées, les avants-monts et les montagnes.

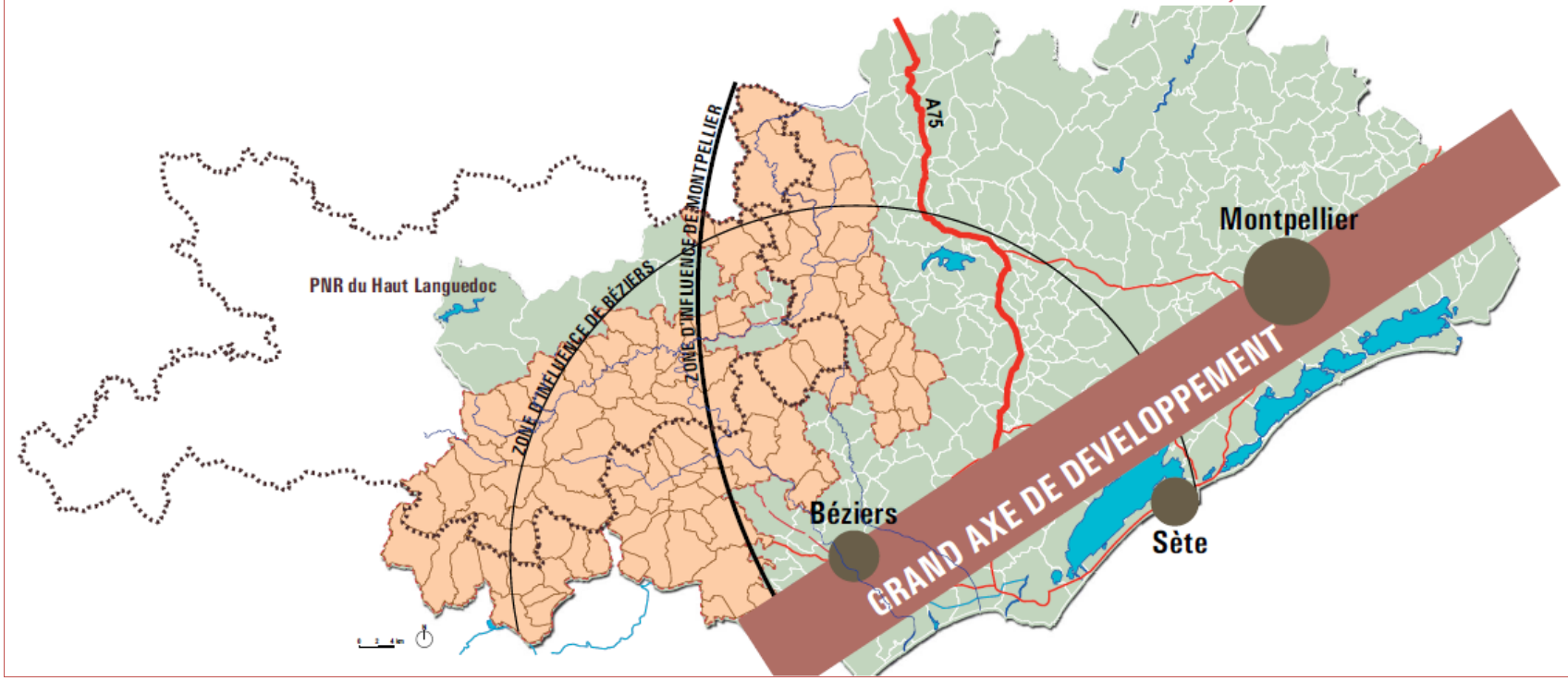
1- L'Escandorgue 2- Les Monts d'Orb
3- La confluence Orb/Jaur au pied du caroux
4- Les vallées de la Salesse et du Jaur
5- La vallée de Bédarieux
6- La vallée jardinée au milieu des avants Monts
7- Les avant monts
8- Les piémonts de vignes et garrigue
9- les collines viticoles du Bitterois et du Piscénois



Le Pays présente une situation géographique intéressante :
- il est situé d'une part entre le Nord montagneux et le littoral de l'arc méditerranéen et d'autre part sur l'axe entre Marseille et la Catalogne
- il joue le rôle de territoire de convergence et d'équilibre entre la bande littorale « hyper active » et la montagne « moins développée ».
Le Pays constitue également une alternance en termes de développement urbain telle une respiration "rurale" face à la saturation de la bande littorale qui concentre près de 80 % de la population départementale.

Du point de vue des axes de communication, ce territoire est structuré par 3 axes majeurs entre la zone de montagne et la plaine viticole : La D 909 reliant Béziers à Bédarieux, la D 908 reliant Bédarieux à Saint-Pons-de-Thomières en longeant la vallée du Jaur et la RD612 reliant Béziers à Castres.
Par ailleurs, le Pays bénéficie d'une situation stratégique particulière en étant situé à proximité immédiate du nouveau delta routier formé par l'A75 et l'A9.





Risques liés à la topographie du territoire

LES FEUX DE FORET

Risques liés 1) aux conditions climatiques et 2) aux caractéristiques de la végétation

Risques amplifiés par l'augmentation de la population dans les zones exposées au feu de forêt et feu de friche dans certains secteurs agricoles, souvent proche des zones urbanisées

LES INONDATIONS

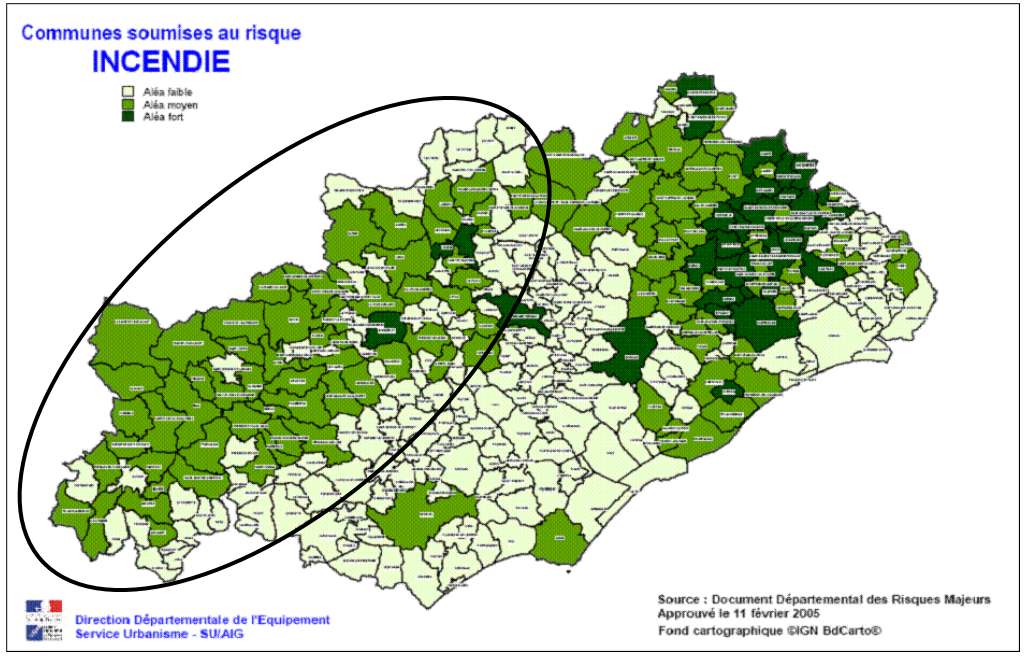
Réchauffement climatique : augmentation du nombre d'épisodes pluvieux intenses

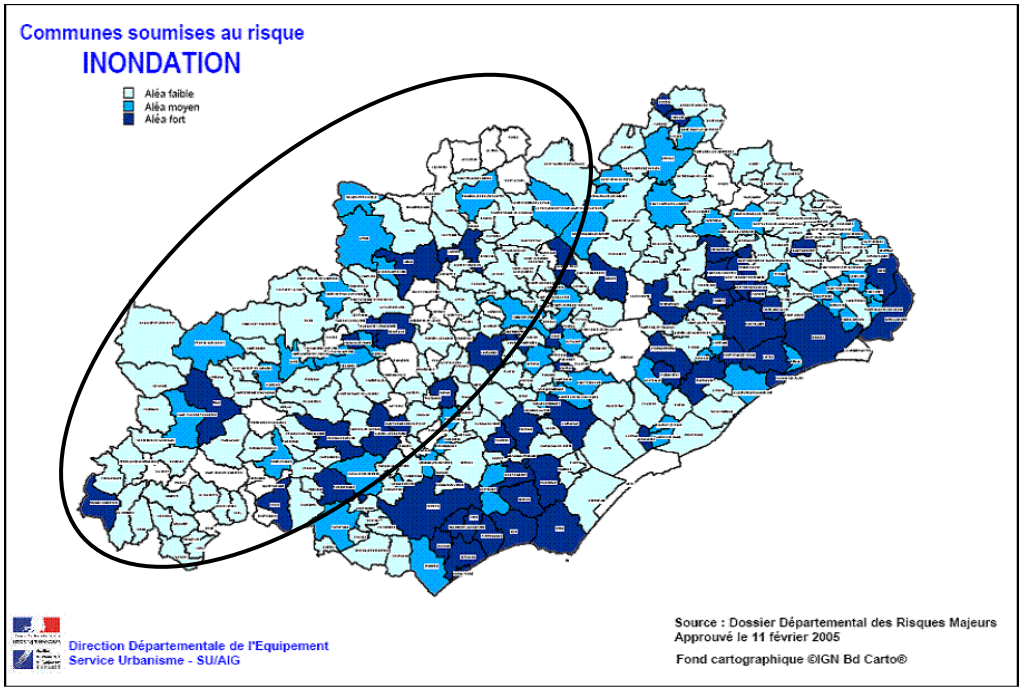
¾ des communes (1 132) de la Région soumises au risque inondation (tout ou partie de leur territoire) dont 85% des communes de l'Hérault.

Sur le Pays, état d'avancement des Plans de Prévention contre les Risques d'Inondation : 10 PPRI prescrits et 41 PPRI approuvés (fin 2008).

LE TRANSPORT DE MATIERE DANGEREUSE

Le transport de matières dangereuses (TMD) concerne 1) les produits hautement toxiques, explosifs ou polluants 2) carburants, 3) gaz, 3) engrais (solides ou liquides), et qui, en cas d'événement (en fonction de la nature des produits transportés, de leur quantité, de l'importance de l'accident et de la distance à laquelle se produit l'accident), peuvent présenter des risques pour les populations (explosion, incendie, nuage toxique) ou l'environnement (l'eau est un milieu particulièrement vulnérable, qui peut propager une pollution sur de grandes distances).





Description

Les produits phytosanitaires sont avec les engrais, les deux principales sources de pollution des eaux superficielles et souterraines par le secteur agricole. Quelques altérations sont à noter sur le secteur Vignobles (moyenne et basse vallée de l'Orb, Lirou et Taurou, Vernazobres).
La qualité bactériologique est mauvaise (eau de qualité moyenne, voire contaminée) sur plusieurs secteurs de la Haute Vallée de l'Orb et du Jaur

Risques sanitaires

LES PESTICIDES

Ils sont très largement utilisés en agriculture mais également par les particuliers et les collectivités publiques pour l'entretien des espaces verts, des routes, des voies ferrées, dans l'industrie pour le traitement du bois par exemple. La pollution des eaux par ces produits peut se faire de manière diffuse par infiltration dans les eaux souterraines ou ruissellement vers les eaux superficielles ou de manière accidentelle.
Concernant la qualité des eaux souterraines, des teneurs en pesticides supérieures à la norme AEP ont été détectées dans le cadre du suivi de la nappe alluviale de l'Orb (en grande partie sous l'influence des eaux du Taurou très chargées en pesticides).

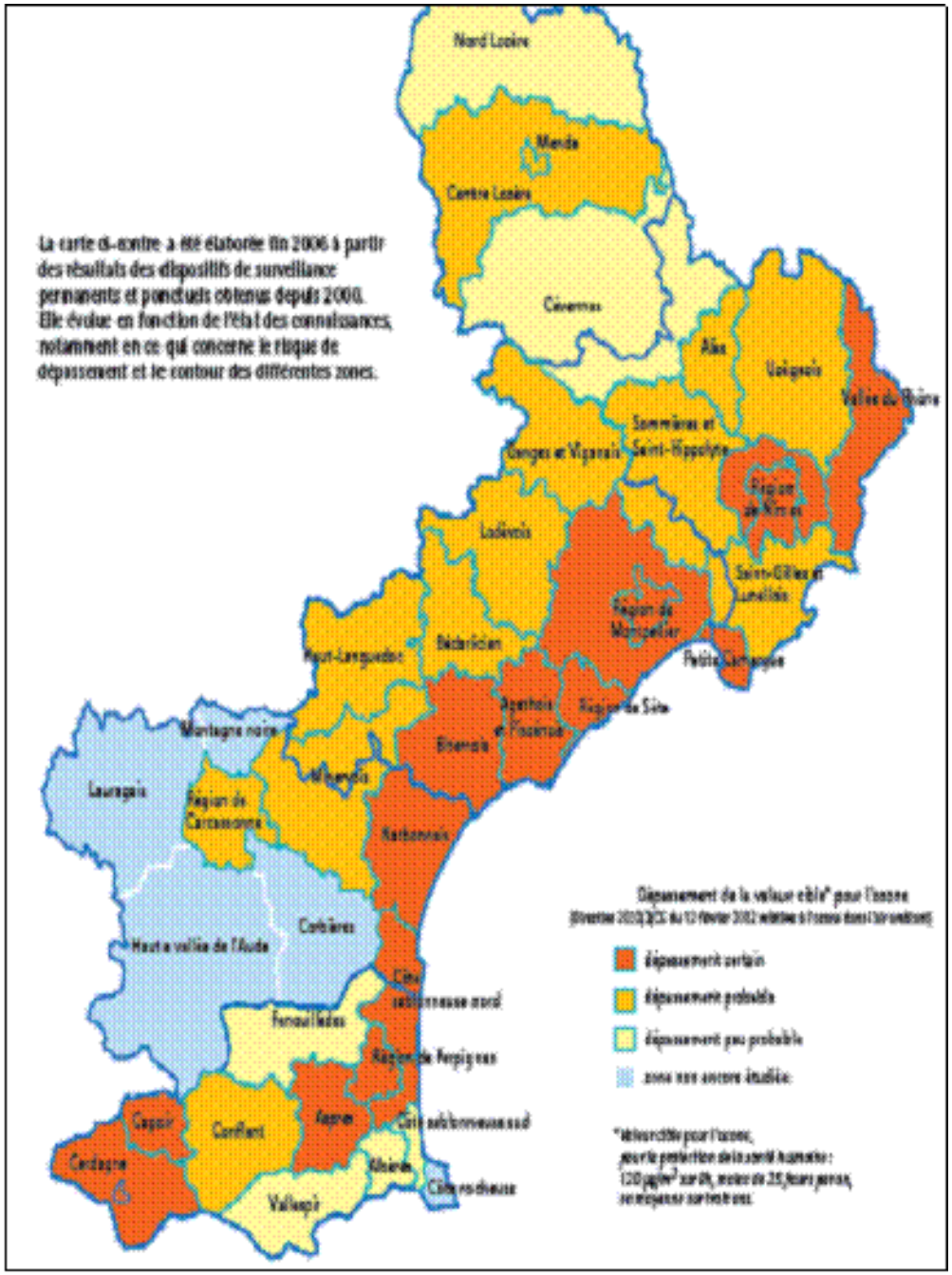
LES NITRATES

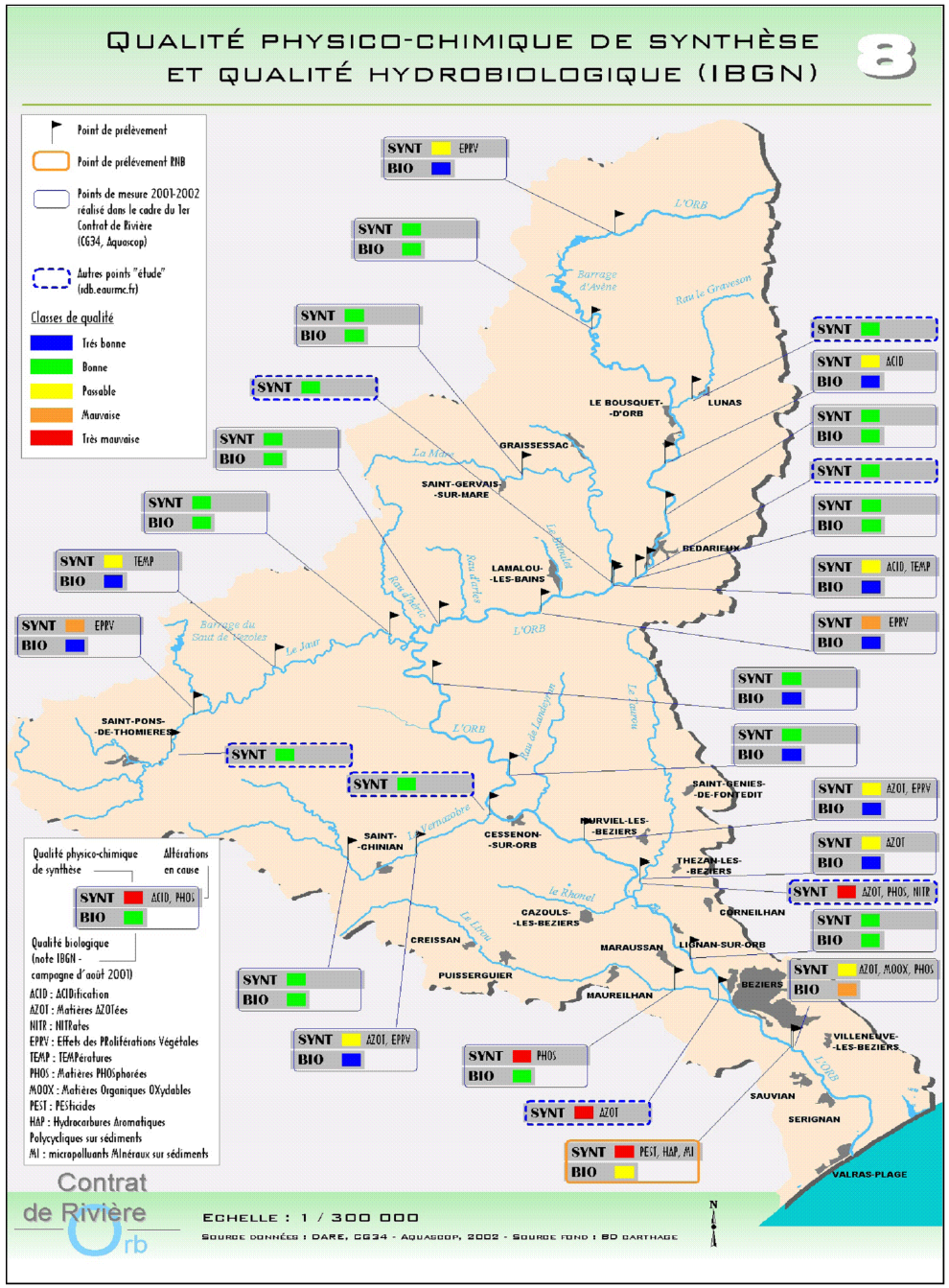
Les nitrates, indispensables à la croissance des végétaux, sont naturellement présents dans l'environnement : ils proviennent de la fixation de l'azote atmosphérique et de la décomposition des matières organiques par des micro-organismes. Les nitrates sont présents à l'état naturel dans les eaux souterraines à des teneurs voisines de 5 mg/l. Au-delà de ces concentrations, leur présence témoigne d'une contamination de la ressource. Cette contamination des sols et des nappes d'eau résulte d'apports excessifs liés aux activités humaines : rejets urbains et industriels et surtout pollution diffuse agricole due aux engrais minéraux ou organiques.

La situation semble s'améliorer (travail mené par la SMVO dans le cadre des contrats rivières) mais des pratiques dommageables pour l'environnement perdurent : surdosage, persistance de l'utilisation de simazine, labour des fourrières, désherbage des fourrières et des fossés, emploi des mêmes matières actives d'une année sur l'autre, ce qui fait craindre une accumulation dans les sols (*Sources et Données SMVO)*

LES POLLUANTS DE L'AIR

Les principaux polluants de l'air ambiant proviennent généralement des transports routiers, du chauffage domestique, de l'activité industrielle et de certaines pratiques agricoles. Sur les sites ruraux, chaque année, des niveaux d'ozone élevés sont enregistrés en dépassement des seuils d'alerte.
Le Haut Languedoc est régulièrement soumis à des concentrations d'ozone plus élevées (grandes similarités avec la zone voisine du Biterrois). En Haut Languedoc, les concentrations d'ozone les plus importantes ont été enregistrées lorsque le vent était de secteur Sud-Est. Les concentrations élevées d'ozone sont donc imputées à des phénomènes de transport sur de longues distances, en général en provenance du littoral méditerranéen. Par ailleurs, des concentrations de NO2, Benzène et particules en suspension plus élevées sont relevées sur l'ensemble du Languedoc Roussillon (étude sur 39 communes en 2006) dont le territoire du Pays (mesures effectuées en 2006 sur la RN112 à Puisserguier - *source AIR LR*) sur des voies présentant les caractéristiques suivantes : configurations étroites, important trafic et ralentissement du trafic. La dispersion des polluants s'effectue généralement mal et, quand les conditions météorologiques sont "défavorables", on observe une accumulation des polluants. Dans certaines communes, certains seuils réglementaires ne sont pas respectés le long de la route principale.


La carte ci-contre a été élaborée fin 2006 à partir des résultats des dispositifs de surveillance permanents et ponctuels obtenus depuis 2000.
Elle évolue en fonction de l'état des connaissances, notamment en ce qui concerne le risque de dépassement et le contour des différentes zones.
Nord Lozère
Mende
Centre Lozère
Cévennes
Alès
Uzège-Pont du Gard
Vallée du Rhône
Sommières et Saint-Hippolyte
Vidourle
Ladévèze
Saint-Gilles et Lunellois
Région de Montpellier
Petite Camargue
Haut-Languedoc
Bédarieux
Montagne noire
Lauragais
Région de Carcassonne
Minervois
Narbonnais
Corbières
Haute vallée de l'Aude
Fenouillèdes
Région de Perpignan
Capcir
Conflent
Cerdagne
Vallespir
Dépassement de la valeur cible* pour l'azote
dépassement certain
dépassement probable
dépassement peu probable
zone non encore étudiée


QUALITÉ PHYSICO-CHIMIQUE DE SYNTHÈSE ET QUALITÉ HYDROBIOLOGIQUE (IBGN)
8
Point de prélèvement
Point de prélèvement RNB
Points de mesure 2001-2002 réalisé dans le cadre du 1er Contrat de Rivière (CG34, Aquascop)
Autres points "étude" (idb.eaurmc.fr)
Classes de qualité
Très bonne
Bonne
Passable
Mauvaise
Très mauvaise
Qualité physico-chimique de synthèse
Altérations en cause
Qualité biologique (note IBGN - campagne d'août 2001)
ACID : ACIDification
AZOT : Matières AZOTées
NITR : NITRates
EPRV : Effets des PRoliférations Végétales
TEMP : TEMPératures
PHOS : Matières PHOSphorées
MOOX : Matières Organiques OXydables
PEST : PESticides
HAP : Hydrocarbures Aromatiques Polycycliques sur sédiments
MI : micropolluants MInéraux sur sédiments
L'ORB
Barrage d'Avène
Ruisseau le Graveson
LE BOUSQUET-D'ORB
LUNAS
GRAISSESSAC
SAINT-GERVAIS-SUR-MARE
BEDARIEUX
LAMALOU-LES-BAINS
SAINT-PONS-DE-THOMIERES
SAINT-GENIES-DE-FONTEDIT
MURVIEL-LES-BEZIERS
SAINT-CHINIAN
CESSENON-SUR-ORB
THEZAN-LES-BEZIERS
CORNEILHAN
CAZOULS-LES-BEZIERS
CREISSAN
MARAUSSAN
LIGNAN-SUR-ORB
PUISSERGUIER
MAUREILHAN
BEZIERS
VILLENEUVE-LES-BEZIERS
SAUVIAN
SERIGNAN
VALRAS-PLAGE
Contrat de Rivière Orb
ECHELLE : 1 / 300 000
SOURCE DONNÉES : DARE, CG34 - AQUASCOP, 2002 - SOURCE FOND : BD CARTHAGE
N

Eclairage théorique sur les risques sanitaires liés a l'eau et a la pollution atmosphérique

IMPACT DES NITRATES SUR LA SANTE

La concentration excessive de nitrates est recherchée dans les eaux d'alimentation : risque particulier pour les nourrissons. Chez l'adulte, les nitrites sont suspectés d'être à l'origine de cancers.

IMPACT DES PESTICIDES SUR LA SANTE

Les effets des pesticides sur la santé sont surtout connus dans le cas d'intoxications professionnelles suite à l'absorption accidentelle de produit concentré. La connaissance des effets d'une exposition à de très faibles doses de pesticides et à long terme est encore aujourd'hui incomplète.

LES EFFETS DES POLLUANTS ATMOSPHERIQUES SUR LA SANTE

Tout est une question de dose qui varie selon la concentration des polluants, le volume d'air inhalé et la durée d'exposition. Mais les effets dépendent aussi de la sensibilité personnelle de l'individu exposé (état de santé, tabagisme). Ils se manifestent principalement chez les enfants, personnes malades du cœur ou des poumons, asthmatiques. Pour eux, la pollution peut favoriser la survenue de maladies, en aggraver certaines et parfois même précipiter le décès (pathologies respiratoires et cardio-vasculaires le plus souvent). Parmi les effets des polluants atmosphériques, les affections liées aux particules fines, à l'ozone et au Benzène sont les plus préoccupantes en termes de santé publique.

La viticulture et le négoce de vins occupent une place importante sur le territoire malgré l'amorce d'une reconversion parfois nécessaire

Le Pays Haut Languedoc et Vignobles accueille **3 272 établissements recensés par l'INSEE.** Le tissu d'entreprises est constitué essentiellement de TPE dans les secteurs de l'artisanat, à travers les métiers du bâtiment, du tourisme, du commerce de proximité et des activités de services.

Toutefois, le territoire reste largement agricole, combinant une agriculture d'élevage, essentiellement ovin en zone de montagne, et la viticulture de plaine et de coteaux. La viticulture et le négoce de vin occupent une place importante sur le territoire malgré l'amorce d'une reconversion parfois nécessaire. L'activité agricole constitue un socle majeur pour le développement économique du territoire et la qualité de la production permet d'en renforcer l'image et l'attractivité.

ATOUTS	FAIBLESSES
• Monoculture largement affirmée : la vigne et son savoir-faire (AOC) et une grande diversité de productions de petite capacité (olives, cerises, châtaignes, navets, pois chiches, lentilles…) • Filière viticole structurée : coopérative, syndicat professionnel,… • Quelques programmes de diversification pour du maraichage en circuits courts de commercialisation • Diversité des entreprises • Taux de création d'entreprises soutenu • Bon réseau de TPE	• Manque de reconnaissance de la production viticole sur le marché • Crise viticole récurrente mais inégale en fonction des zones agricoles et des plantations • Filières agricoles autres que viticole peut structurées donc difficile d'engager des actions concertées et partagées… • TPE majoritaires avec des moyens restreints • Petits projets avec absence de fonds propres pour agir sereinement • Statut auto-entrepreneur • Manque de diversification
OPPORTUNITES	**MENACES**
• Démarche qualité • Diversification • Exportation • Innovation • Positionnement spécifique : se démarquer de la production traditionnelle en proposant une production de qualité et respectueuse de l'environnement • Mutualisation de moyens qui devient nécessaire dans le contexte économique actuel et qui peut faciliter certaine dynamique… • Valorisation des ressources locales • Développement de l'œno-tourisme	• Vieillissement des agriculteurs • Risque de non reprise des activités • Manque de formation • Crise économique pouvant accélérer le manque d'adaptation des agriculteurs et TPE au marché actuel • Non transmission des terroirs faute de repreneurs • Pression foncière • Contexte économique • Absence d'accompagnement

Malgré la ruralité, plusieurs pôles de services sont répartis sur le territoire

Offre de services

Les communes de Bédarieux, Saint Pons de Thomières, Capestang et Olonzac se positionnent comme étant les pôles majeurs. Ces communes proposent une gamme quasi complète de services : agences ou antennes du Conseil Général, centres médicosociaux, centres communaux d'action sociale, services jeunesse, maisons de service public, structures de recherche d'emploi, mission locale d'insertion, dispositifs d'insertion par l'économie, lieux d'accès multimédia, etc.
Les communes de Saint Gervais sur Mare, Lunas, Le Bousquet d'Orb, Saint Chinian, Murviel les Béziers, Olargues et La Salvetat proposent une gamme de services moins complète mais néanmoins importante. Enfin, les autres communes du territoire, n'offrent pas de services sociaux, mais sont situées dans l'aire d'attraction des pôles cités dans les deux catégories précédentes.

Transport (SOURCE : ETUDE SUR LES BESOINS EN MOBILITE DU PIEMONT BITERROIS – CG34 – 2005)

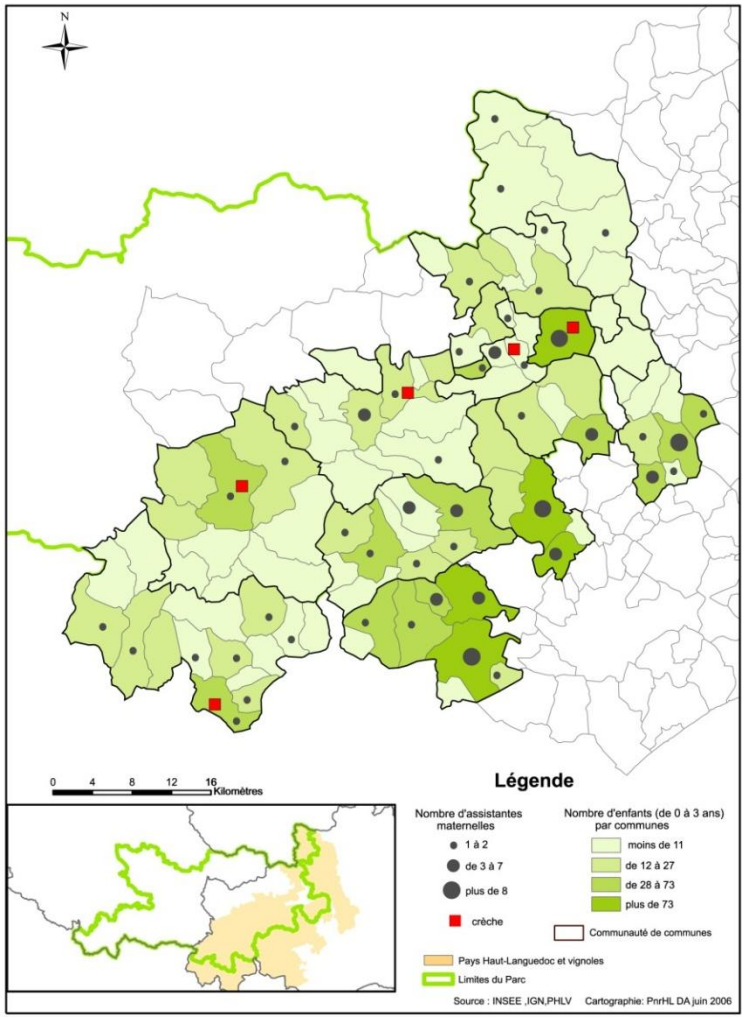
Le territoire du Piémont Biterrois peut être découpé en 4 bassins de transport, scindés eux même en bassins locaux :

- Le bassin de transport de Saint Pons de Thomières.
- Le bassin de transport de Bédarieux regroupant 3 bassins locaux : Bédarieux, Lunas et Olargues. Ce dernier est situé en position charnière entre le bassin de Bédarieux et celui de Saint Pons de Thomières. Il pourrait donc également être intégré à ce dernier.
- Le bassin de transport de Béziers (plus large que le périmètre de la Communauté d'Agglomération de Béziers) regrouperait 5 bassins locaux : Communauté d'Agglomération de Béziers + territoire de la Communauté de Commune de la Domitienne, St Chinian, Capestang, Murviel / Magalas et Roujan / Thongue.
- Le secteur du Minervois, centré sur Olonzac, est à traiter comme un bassin de transport distinct, pour plusieurs raisons : 1) sa grande proximité avec les pôles principaux du département de l'Aude (Carcassonne et Narbonne), dont ce secteur dépend fortement en terme d'équipements, commerces et services 2) du point de vue des déplacements, le secteur d'Olonzac pourrait également être considéré comme un bassin local de transport du bassin de transport de Béziers.

Offre petite enfance

- ➔ 1 391 enfants de 0 à 3 ans vivent sur le territoire du Pays (Chiffres CAF 2011), contre 1 960 en décembre 2007 (Chiffres CAF et MSA).
- ➔ 60 places en crèche et 225 assistantes maternelles (plus nombreuses au Sud) et un RAM à mi-temps[20]

La carte suivante présente la répartition de l'offre de garde pour la petite enfance (données 2006).



[20] Source : Diagnostic santé – social 2009, Pays HLV

THEMATIQUE	FORCES	FAIBLESSES
OFFRE SCOLAIRE / PERI-SCOLAIRE	• Etablissements scolaires de proximité pour les écoles et les collèges : 72 écoles (2 primaires privées, 23 primaires publiques, 17 maternelles publiques, 29 élémentaires publiques) et 12 collèges, dont un privé. 3 lycées • Soutien à la scolarité proposé dans les communes de Capestang et Olonzac (avenir formation), Puisserguier (Mairie), St Pons (association méditerranéenne) et Bédarieux (CCAS). • 2 Relais d'Assistantes Maternelles, concernant 45 communes	• Quatre collèges sont classés en établissement rural isolé. • Eloignement des lycées impliquant pour un certain nombre de jeunes soit de réaliser quotidiennement des temps de trajets assez longs soit de recourir à l'internat • Seule la moitié des écoles bénéficient d'une cantine • Seules 31 communes proposent des activités périscolaires. En effet, toutes les communes n'ont pas signé de contrats éducatifs (temps libre, petite enfance,…). • L'offre de garde est relativement faible, surtout pour la partie Sud du Pays qui ne dispose pas de crèche, à part à Olonzac
TRANSPORT COLLECTIF	• 19 lignes de bus irriguent le territoire de façon quotidienne • 2 lignes de bus desservant spécifiquement Saint-Pons et Saint-Chinian les jours de marché • L'axe Saint-Pons / Bédarieux est relativement bien desservi	• Peu de départ dans l'après midi • Souvent 1 à 2 départs par jour pour les petites communes. Périphérie de Béziers mieux desservie que les communes plus éloignées. • Les axes Béziers / St Pons et Béziers / Bédarieux sont eux en revanche moins bien desservis • Difficultés de transports dans les zones isolées et qui ne sont pas desservies par le réseau de bus départemental
SERVICES PUBLICS	• 4 pôles majeurs de services et 7 pôles offrant une offre de service relativement importante • Relais de services publics répartis sur le territoire • La quasi-totalité des communes ont un CCAS	• 38 CCAS fonctionnent peu, voire pas du tout
COMMERCES DE PROXIMITE (SOURCE : STRUCTURATION DES MARCHES DE PLEIN VENT – PAYS HLV – 2012)	• 24 marchés de plein vent répartis sur tout le territoire • Fréquentation assez bonne des marchés • Diversité des exposants (alimentaires et non alimentaires), même si l'activité alimentaire domine	• Peu de marchés ont lieu le weekend • Organisation et équipements des marchés à revoir (électricité, sanitaires, stationnement / accessibilité)

Un territoire à la croisée entre politiques de développement et préservation des ressources

Par leur action, les politiques publiques mises en place sur le territoire contribuent à son évolution et à son développement. Ainsi, en termes d'aménagement du territoire, le territoire du Pays bénéficie de plusieurs types de programmes, contrats ou zonages

Programmes européens

L'Union Européenne, à travers différents programmes soutient les initiatives de développement local, qu'elles soient portées par des acteurs publics ou privés. Ces programmes ont pour ambition de renforcer la cohésion économique et sociale de l'Union Européenne en corrigeant les principaux déséquilibres régionaux. Ils s'inscrivent dans les priorités de la stratégie européenne de Lisbonne - compétitivité et emploi – et dans la promotion d'une croissance durable (stratégie de Göteborg).
Sur le territoire du Pays, les fonds européens couvrent 2 domaines :

1. La **compétitivité régionale** et l'**emploi** au travers des 2 fonds suivants :
   - le FEDER (Fonds Européen de Développement Régional) : il concerne les investissements matériels, les investissements productifs dans les entreprises,
   - le FSE (Fonds Social Européen) : il concerne la formation professionnelle, le capital humain, l'insertion et la cohésion sociale.
2. Le **développement rural** et l'**agriculture** avec le FEADER (Fonds Européen Agricole pour le Développement Rural). Le quatrième axe de ce fonds concerne le programme Leader 2007-2013.

Programme Leader

Leader « Liaison Entre Actions de Développement de l'Economie Rurale », est un programme européen de développement rural ascendant et innovant visant à faire des territoires ruraux des pôles équilibrés d'activité et de vie et à renforcer les liens entre les acteurs locaux.
Ce programme encourage les zones rurales à explorer de nouvelles méthodes pour devenir ou rester compétitives, à tirer le meilleur parti de leurs atouts et à surmonter les difficultés qu'elles peuvent connaître.

De cette façon, l'initiative Leader contribue à améliorer la qualité de la vie dans les zones rurales à la fois pour les familles des exploitants agricoles et pour la population rurale au sens large. Depuis 2008, le Pays porte le Groupe d'Action Local (GAL), chargé de la mise en œuvre de la stratégie de développement financée par le FEADER autour d'une priorité ciblée, en l'occurrence l'itinérance douce.

Contrat de Projet Etat-Région

Il s'agit d'un engagement commun et concerté entre deux partenaires, l'Etat et la Région. Il définit les grandes orientations pour le Languedoc Roussillon pour les 6 années à venir et arrête un certain nombre d'actions communes. Les Pays sont des interlocuteurs privilégiés de cette démarche. Le contrat 2008-2013 du Pays Haut Languedoc et Vignobles a retenu deux grandes thématiques : les technologies de l'information et de la communication (TIC) et les services à la population, en particulier la santé. C'est d'ailleurs dans ce cadre que les deux projets de maisons médicales pluridisciplinaires du territoire ont été en partie financés

Contrat de Pays

Afin d'être reconnu par l'Etat, le Pays Haut Languedoc et Vignobles a élaboré une charte de développement, document de référence pour le territoire. Le Pays a également établi une note stratégique, synthèse du projet politique territorial du Pays à l'horizon 2013, traduisant le développement local tel que voulu localement.

- Vingt-cinq objectifs pour la période 2008-2013 qui viennent « revisiter » et préciser la charte de développement. Ajout majeur : « Vivre en bonne santé ».
- Ces objectifs ont donné lieu à une soixantaine de mesures, destinées à répondre aux enjeux forts du territoire, dont les mesures « Projet Territorial de Santé global » et maisons médicales pluridisciplinaires.
- Ces mesures sont ensuite concrétisées en projets ou opérations, qui déclinent annuellement le projet territorial, au croisement des priorités du Pays, du Département et de la Région dans le cadre d'un contrat de Pays.

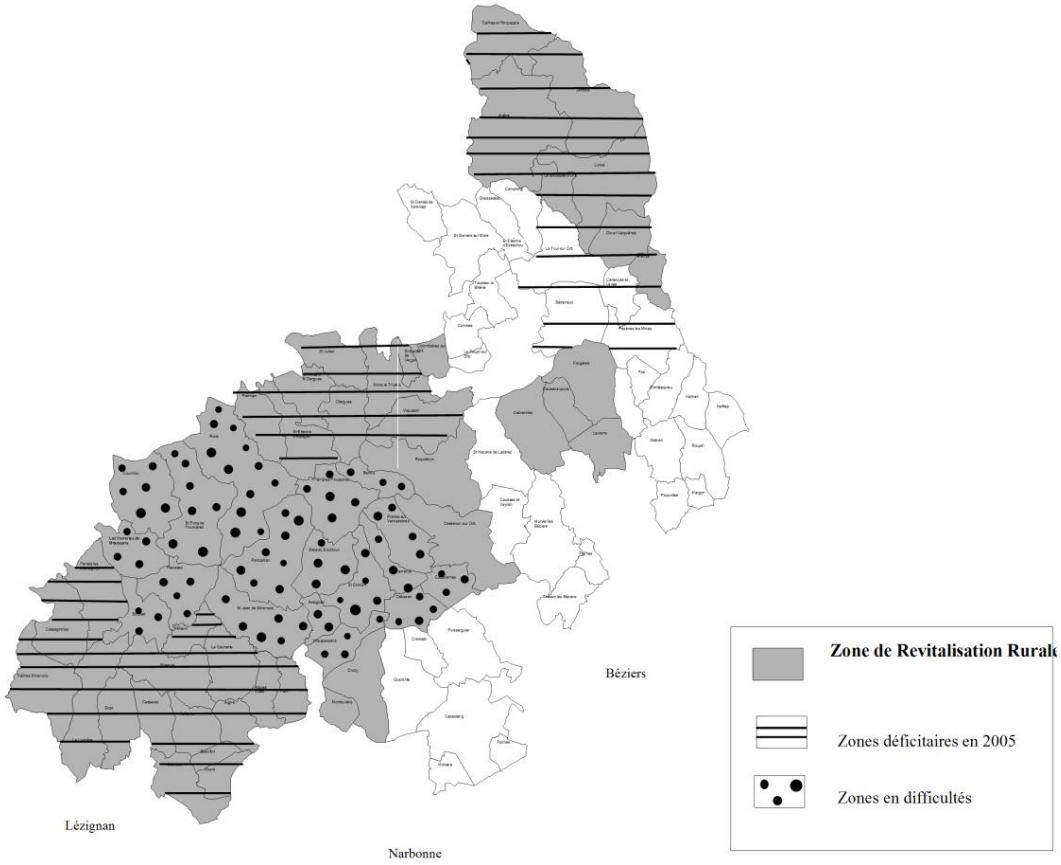
Zones de revitalisation rurale

Ce zonage vise à aider le développement des territoires ruraux, principalement à travers des mesures fiscales et sociales. Des mesures spécifiques en faveur du développement économique s'y appliquent. L'objectif est de concentrer les mesures d'aide de l'Etat au bénéfice des entreprises créatrices d'emplois dans les zones rurales les moins peuplées et les plus touchées par le déclin démographique et économique.

Les professionnels de santé qui s'installent en ZRR ont droit à des exonérations fiscales :

- Exonération de l'impôt sur le revenu pour les professions libérales qui créent un cabinet en ZRR,
- Exonération de la taxe professionnelle pendant 2 à 5 ans pour les professions libérales qui créent un cabinet dans une commune de moins de 2 000 habitants ou en ZRR.

Une grande majorité des communes du Pays sont classées en ZRR.



Parc naturel régional du Haut Languedoc

La moitié des communes du Pays est située dans le Parc Naturel Régional. Les PNR concourent à la politique de protection de l'environnement, d'aménagement du territoire, de développement économique et social, d'éducation et de formation. Ils constituent un cadre privilégié des actions menées par les collectivités publiques en faveur de la préservation des paysages et du patrimoine naturel et culturel (définition DIACT). Ces communes peuvent alors bénéficier de financement dans le cadre d'un contrat avec le Conseil Régional et le Conseil Général.

Zones protégées

Onze sites Natura 2000 sont recensés sur le territoire du Pays[21], dont :

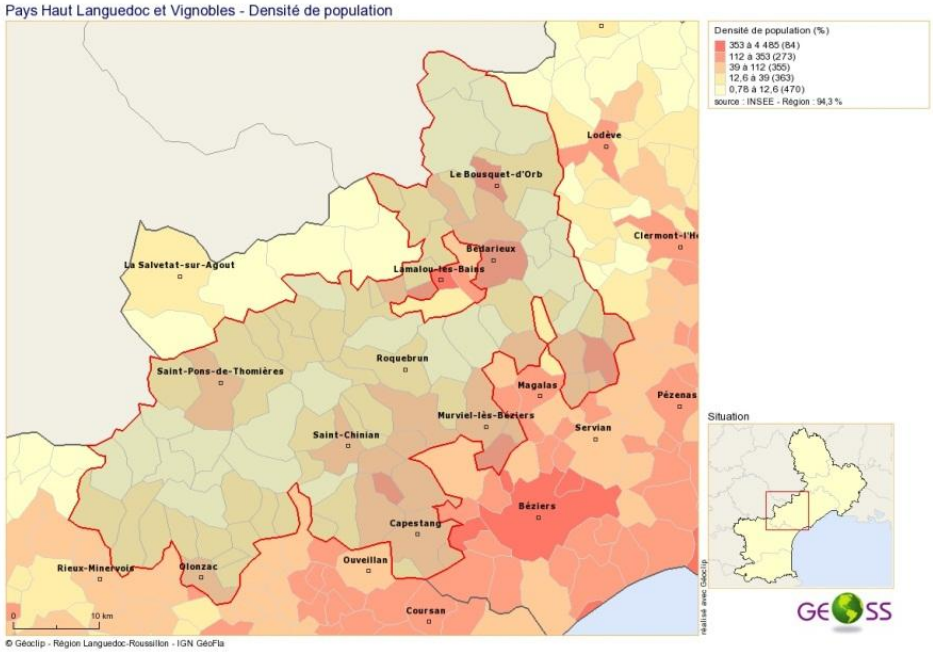
- 7 entièrement sur la zone du PNRHL, deux en partie sur la zone du PNRHL,
- 1 majoritairement hors zone du Pays (Salagou)

[21] **Annexe 14** : Liste exhaustive des zones protégées du territoire

Partie 2 : LA SITUATION SOCIO-DEMOGRAPHIQUE

Des disparités démographiques entre le nord et le sud

Les données démographiques présentées ci-dessous sont principalement issues des deux sources directes suivantes : 1) la Plateforme d'Observation Sociale et Sanitaire du Languedoc Roussillon qui met en ligne une base de données et propose un outil de cartographie dynamique d'indicateurs sociaux et sanitaires régionaux et infrarégionaux relatifs à la période 2006-2011 (cette base est alimentée par les données brutes des organismes suivants : Animation Régionale Des Missions Locales (ARML), ARS, Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat), Conseil Général de l'Hérault (CG), CAF, Direccte, Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement (DREAL), Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS), Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), ORS-CREAI, Mutualité Sociale Agricole (MSA), Rectorat, Régime Social des Indépendants (RSI), etc.)[22], 2) la mise à disposition d'un set de données selon une liste d'indicateurs prédéfinie par l'Observatoire Régional de la Santé-CREAI Languedoc Roussillon.



Une répartition inégale de la population

a) Globalement, une concentration de la population au sud du territoire

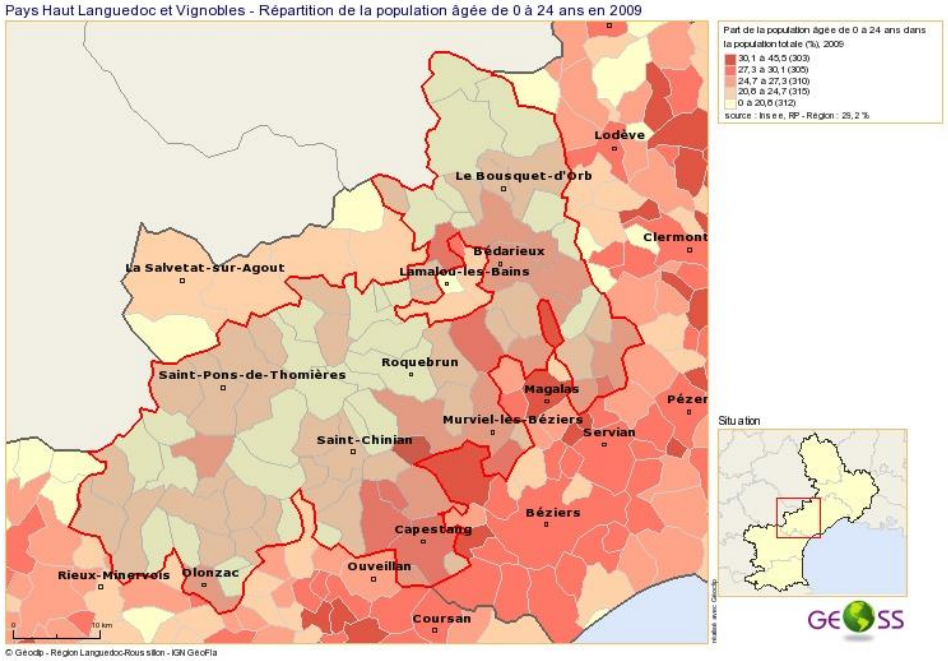
En 2009, la **densité de population** est globalement plus faible sur le territoire du Pays que sur le département (en moyenne, 34.45 habitants/km2 contre 167.2). Certaines communautés de communes situées au sud du territoire, se démarquent avec une densité de population plus élevée que celle du Pays (Saint-Chinianais (37.48), Côteaux et Châteaux (59.64), Canal-Lirou (68.44) et Orb et Taurou (68)). Il faut noter une densité de population particulièrement élevée sur la commune du Poujol-sur-Orb (225,1)[23].

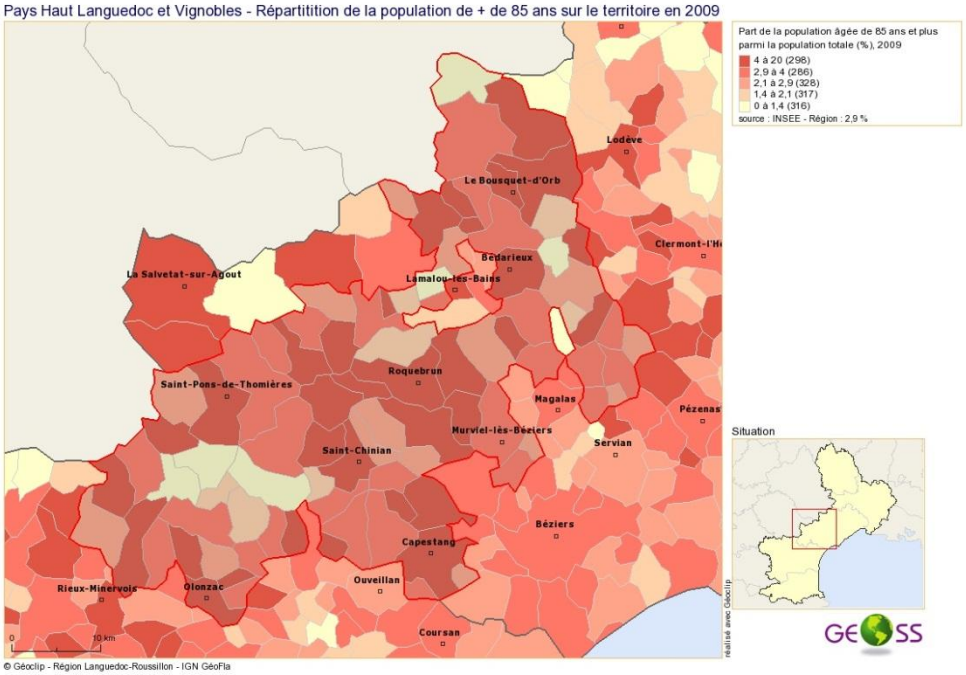
[22] Site de la Plate-forme : http://www.poss-lr.net/index.php - site de l'outil cartographique : http://www.poss-lr.net/geosaccueil_POSS-LR.php
[23] Source : Insee – 2009 via POSS LR-GEOSS

b) Les plus jeunes plutôt au sud, les plus âgés au nord

En 2010, **la population âgée de 0 à 24 ans** est surtout représentée au sud du territoire (Canal-Lirou, Orb et Taurou, Faugères et Coteaux et Châteaux) ; il faut cependant noter que les 4 communes hors communauté de communes situées au nord du territoire, affichent une **proportion de jeunes de moins de 25 ans** élevée (entre 25 et 27%)[24].

Les personnes âgées de 75 à 84 ans sont plutôt représentées au nord du territoire. **Les plus de 85 ans** sont fortement représentés sur l'ensemble du territoire du Pays. Cependant, **le taux des 85 ans et plus parmi les plus de 55 ans** des communes hors communauté de communes, sont inférieurs à la moyenne du Pays (Le Poujol-sur-Orb : 9%, Pézènes-les-Mines : 8%, Carlencas : 2%)[25].





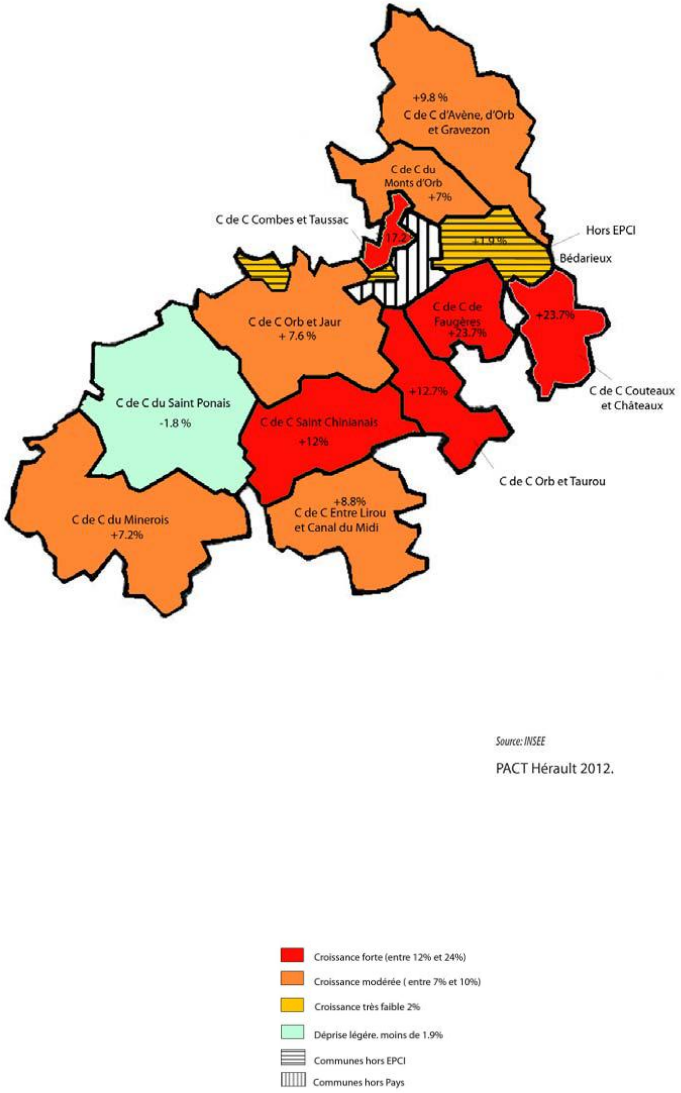
[24] Source : Insee - RP 2010 via POSS LR-GEOSS
[25] Source : Insee – RP 2010 via POSS LR-GEOSS

Une croissance démographique inégale au niveau infra-territorial

Globalement, entre 1999 et 2006, le territoire du Pays est marqué par une **croissance de la population** (+8.7%) même si elle est plus faible que celle du département (+11.9%). Cette augmentation apparait principalement dans les communautés de communes au sud du territoire et à Bédarieux. A l'inverse, sur cette même période, le Pays-saint-Ponais voit sa population baisser et plus précisément, 11 communes[26] sur 89[27].

Evolution de la population en 1999 et 2006 sur le territoire du Pays HLV

	Population 1999	Population 2006	Augmentation entre 1999 et 2006
Hérault	895 000	1 001 000	+11,9%
Pays	54 045	58 753	+8,70%

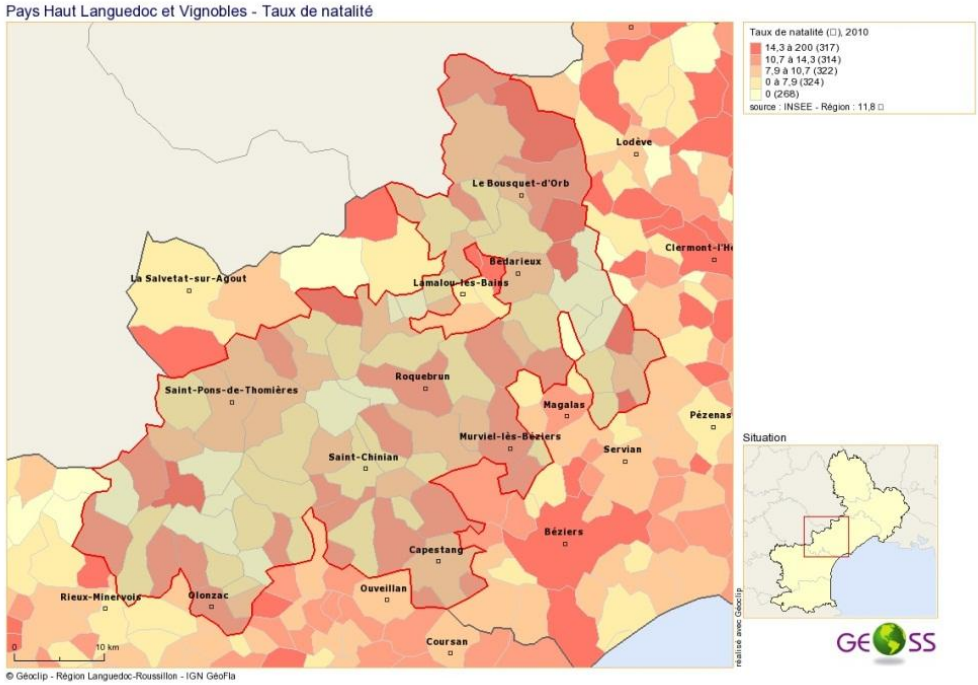


[26] Boisset, Caussiniojouls, Faugères, Félines-Minervois, Fos, La Livinière, Poilhes, Roquebrun, Saint-Pons de Thomières, Saint-Vincent d'Olargues, Les Verreries de Moussan

[27] Source : diagnostic santé-social 2009 fait par le Pays

Le taux de natalité au niveau du territoire du Pays est plus faible qu'au niveau du département (9.3 naissances en moyenne / 1000 habitants contre 12.1 en 2009 et 9.41 contre 12.4 en 2010)[28]. En 2010, trois communautés de communes, pour la majorité situées au sud du territoire, se démarquent avec un taux plus élevé : Faugères (11.4), Canal-Lirou (10.66), Orb et Taurou (11.56). Seule Avène, Orb et Gravezon plus au nord, présente un taux de natalité particulièrement élevé.

En 2010, le taux d'accroissement naturel du Pays est négatif et plus faible que celui du département (-4.75 contre 3.3 sur le département)[29]. Sur le territoire, seules trois communautés de communes ont un taux d'accroissement naturel positif : Faugères (2.2), Combes et Taussac (2.67) et Avene Orb et gravezon (5.21). Les autres ont un taux négatif ou égal à 0.3. Certaines se démarquent particulièrement avec un taux négatif élevé : Saint-Chinianais (- 6.99), Monts-d'Orb (-14.08), Pays-saint-Ponais (-8.66) et Bédarieux (-5.88)[30].



[28] Source : Insee 2009 via ORS-CREAI et Insee 2010 via POSS LR-GEOSS

[29] Définition : le taux d'excédent naturel (ou accroissement naturel) est le taux de croissance démographique imputable au mouvement naturel de la population, c'est-à-dire, celui qui ne résulte que des naissances et des décès (Insee)

[30] Source : Insee 2010 via POSS LR-GEOSS

Globalement, une population vieillissante

En 2006**, la proportion de jeunes de moins de 18 ans** sur le territoire du Pays est plus faible que sur le département (19% contre 21%) ; **celles des plus de 60 ans et des plus de 75 ans** sont plus élevées (33% contre 24.5% pour les plus de 60 ans ; 14% contre 9.5% pour les plus de 75 ans). En 2006, **l'indice de vieillissement** est bien plus élevé sur le Pays et s'élève à 119.2 contre 77.9 sur le département[31].

En 2010, la tendance est restée la même. Le territoire du Pays compte moins de **jeunes de 0 à 24 ans** que sur le département (24% contre 31%). **Les personnes âgées de 75 à 84 ans** sont toujours surreprésentées (9.5% contre 7% sur l'Hérault) ainsi que **les personnes « *très* » âgées (+ de 85 ans)** (4% contre 2.5%). D'ailleurs, **le taux des 85 ans et + parmi les plus de 55 ans** s'élève à 11% sur ce territoire contre 9% sur l'Hérault[32].

Répartition de la population en 2009 sur le territoire du Pays HLV

	Pays HLV	Hérault (référence)
Part des 0-24 ans (2009)	24%	31%
Part des 75-84 ans (2009)	9.5%	7%
Part des + de 85 ans (2009)	4%	2.5%
Taux des 85 ans et + parmi les 55 ans et + (2009)	11%	9%

[31] Source : Insee 2006 via ORS-CREAI – Définition : L'indice de vieillissement de la population est le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans. Il permet de mesurer le degré de vieillissement de la population. Plus l'indice est élevé, plus le vieillissement est important.
[32] Source : Insee 2010 via POSS-GEOSS

Un territoire marqué par des inégalités socio-économiques

Une population d'ouvriers et d'agriculteurs surreprésentée

En 2006, **la part d'ouvriers** sur le Pays est supérieure à celle du département (24% contre 19%) ; le **pourcentage de cadres** est moins élevé (8% contre 15% sur le département)[33].

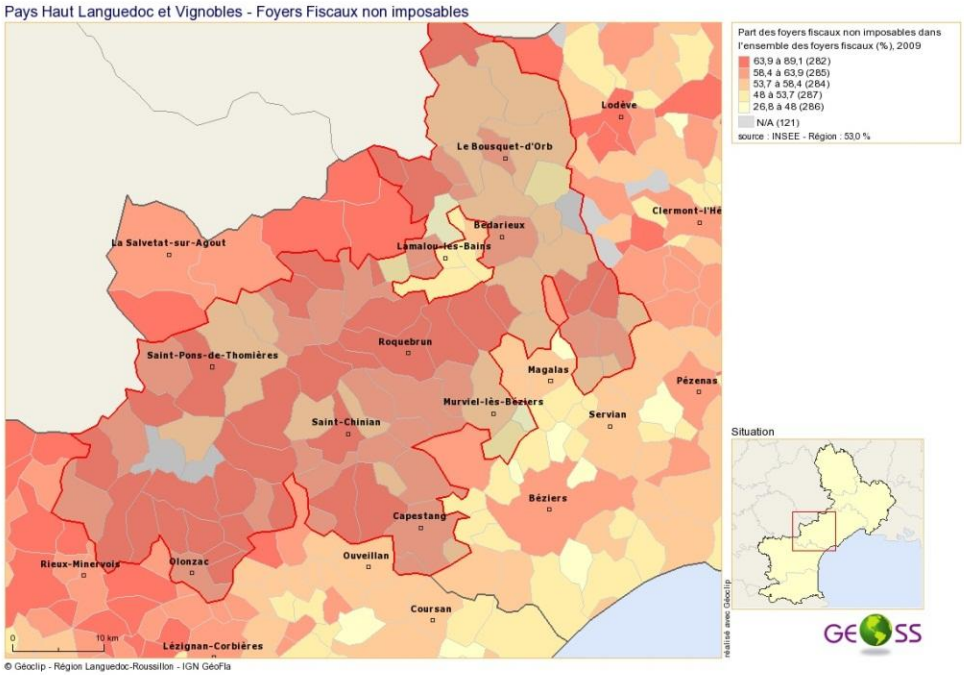
En 2008, les communautés de communes qui affichent un pourcentage d'ouvriers particulièrement élevé sont Monts-d'Orb (26.5%), Avène Orb et Gravezon (25.7%), Bédarieux (25%), Carlencas (31%) et Le Poujol-sur-Orb (21.5%). Au sud, la communauté de communes Orb et Taurou montre une part d'ouvriers élevée également (26.9%). Les cadres sont surreprésentés à Orb et Taurou (10.7%), Orb et Jaur (9.3%) et au Poujol-sur-Orb (13%) par rapport à la moyenne du Pays. Ils sont absents dans la commune de Carlencas[34].

En 2008, **les agriculteurs** représentent 1.6% des actifs sur le département. Cette catégorie socioprofessionnelle est surreprésentée dans toutes les communautés de communes et en particulier dans Le Minervois (11.9%), Faugères (9.1%), Avène Orb et Gravezon (8.8%), Combes et Taussac (8.7%), Orb et Jaur (8.4%). Elle est également fortement représentée dans la commune de Carlencas (25%)[35].

[33] Source : Insee RP 2006 via ORS-CREAI
[34] Source : Insee RP 2008 via POSS-GEOSS
[35] Source : Insee RP 2008 via POSS-GEOSS

Une précarité plus marquée que sur le département, des zones plus touchées

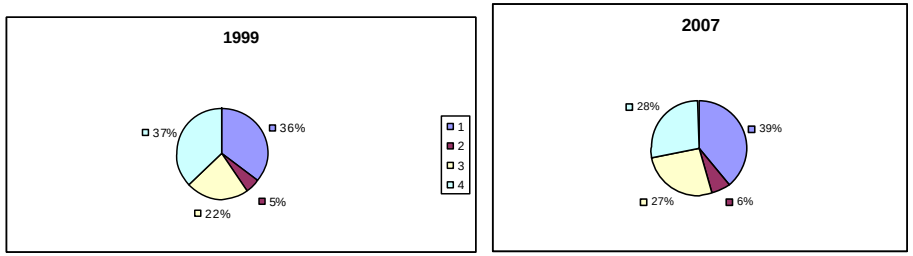
En 2009, **le pourcentage de foyers fiscaux non imposables** sur le territoire du Pays s'élève à 61%. Il est supérieur à la moyenne départementale (51%). Plusieurs communautés de communes affichent un pourcentage supérieur à la moyenne du Pays : Bédarieux (62.5%), Le Minervois (66%), Monts-d'Orb (63%), Pays-saint-Ponais (62%), Orb et Jaur (62%). Une seule communauté de communes montre un pourcentage en dessous de la moyenne du Pays et de la moyenne départementale : Combes et Taussac[36].



[36] Source : Insee 2009 via POSS LR - GEOSS

En 2007, 7% de la **population du territoire relèvent des minimas sociaux**. Mais on observe une stabilisation du nombre d'allocataires (tous types de minimas confondus) ces dernières années. L'évolution de la répartition des allocataires sur la période 1999-2007 montre une diminution du nombre de **personnes touchant l'allocation de solidarité spécifique** mais une augmentation du nombre de **personnes relevant du Revenu de Solidarité Active (RSA) (Revenu Minimum Insertion (RMI) en 2007) ou de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH)**. **La population couverte par la Couverture Maladie Universelle complémentaire (CMUc)** sur le territoire du Pays, a également diminuée entre 2000 et 2007[37].

En 2009, **la part d'allocataires de l'AAH** sur le territoire du Pays, est plus élevée que sur le département (35.6/1000 habitants contre 32.2/1000). **Le pourcentage de bénéficiaires de la CMUc** également (9.2/1000 contre 5.2/1000 sur le département)[38].



1 : RMI — Revenu Minimun d'Insertion

2 : API — Allocation de Parent Isolé

3 : AAH — Allocation Adulte Handicapé

4 : ASV — Allocation Spécifique Vieillesse

En 2006, **les personnes de 15 ans et plus sans diplôme** sont surreprésentées sur le territoire du Pays par rapport au département (18% contre 16% sur le département)[39].

[37] Source : diagnostic santé-social 2009 – Pays HLV
[38] Source : ORS-CREAI
[39] Source : ORS-CREAI

En 2009, **la part de personnes de plus de 15 ans sans emploi parmi les actifs** s'élève à 15%, proportion égale à celle du département. Il faut noter le pourcentage particulièrement élevé à Bédarieux (19.5%)[40].
L'hypothèse permettant d'expliquer ce problème, est le manque de mobilité, des formations inadaptées ou inexistantes, entraînant une inadéquation des emplois par rapport aux besoins de l'économie locale[41].

Certaines zones accueillent une plus grande proportion de personnes isolées

Globalement, en 2009, **la part de ménages d'une personne** est proche de celle du département (environ 35%). Cependant, plusieurs communautés de communes affichent un pourcentage de ménages d'une personne plus élevé : Le Minervois (37%), Monts-d'Orb (40%), Pays-saint-Ponais (39%), Orb et Jaur (38%), Avene Orb et Gravezon (37%) et Bédarieux (42%). En 2006, **les familles monoparentales** sont sous représentées (13% sur le Pays contre 16% sur le département). Cependant, en 2009, certaines communautés de communes se démarquent avec un taux supérieur : Monts-d'Orb (15%), Pays-saint-Ponais (14.5%), Orb et Taurou (15%) et Bédarieux (19%)[42]. En 2006, **le pourcentage de personnes âgées vivant seules parmi les 65 ans** et plus est proche de la moyenne départementale (28% contre 29%)[43].

Des groupes de population plus exposés à la précarité

Les séniors[44]

En 2011, le pourcentage des plus de 50 ans chez les demandeurs d'emploi est supérieur à la moyenne départementale dans toutes les communautés de communes (département : 18%). La majorité des communautés de communes présente **une part de 60 ans et plus allocataires de minimas sociaux** supérieure au département (18%).

[40] Source : Insee 2009 via POSS LR - GEOSS
[41] Source : diagnostic santé-social 2009 – Pays HLV
[42] Source : Insee 2009 via ORS-CREAI et POSS LR -GEOSS
[43] Source : Insee 2006 via ORS-CREAI
[44] **Annexe 15 : carte Personnes Agées veuves avec minimum vieillesse**

Seules deux communautés de communes affichent un taux inférieur : Avene Orb et Gravezon et Faugères. En 2010, **la part de bénéficiaires de l'Aide Personnalisée à l'Autonomie (APA) à faible revenu déclaré** s'élève à 50%, contre 40% sur le département[45].

Enfin, 53% de **retraités sont non imposables** et 50% de **retraités vivent avec des revenus inférieurs à 300 € par mois** (38% pour le département). Les difficultés économiques et sociales se concentrent sur le bassin gérontologique de Saint-Pons[46].

Caractéristiques socio-économiques des retraités par bassins gérontologiques CRAM 2002

Bassins gérontologiques CRAM	Nombre de retraités	+ de 60 ans n'ayant jamais travaillé	Retraités non imposables	Pension <300€/mois	Pension >750€/mois
Bédarieux	4.098	22%	53%	44%	14%
Béziers	28.167	19%	53%	40%	18%
Pézenas	5.185	21%	57%	48%	16%
Saint-Pons	3.951	21%	59%	51%	13%
Hérault	***140.147***	***18%***	***47%***	***38%***	***20%***

[45] Sources : CAF, CARSAT, CPAM, MSA, RSI 2011 via POSS LR-GEOSS
[46] Source : diagnostic santé-social 2009 – Pays HLV

Les enfants et les jeunes

En 2009, les familles « nombreuses » (avec 4 enfants ou plus) sont légèrement sous représentées par rapport au département (1% contre 2%). Cependant, 3 communautés de communes sont au-dessus de la moyenne du Pays : Le Minervois (1.5%), Saint-Chinianais (1.5%) et Combes et Taussac (4%). Les communes de Bédarieux et Pézènes-les-Mines ont un pourcentage de familles de 4 enfants ou plus élevé (Bédarieux : 3% et Pézènes-les-Mines : 6%). La moitié des communautés de communes présente **un taux de couples avec enfants parmi les allocataires de minimas sociaux** supérieur au département (département 11% en 2011 contre Le Minervois (12.5%), Saint-Chinianais (15%), Coteaux et Châteaux (13.5%), Orb et Taurou (14%), Canal-Lirou (13.5%), Faugères (17%), Le Poujol-sur-Orb (17%))[47].

En 2011, **le taux de retard scolaire en 6ème** s'élève à 15% sur le territoire du Pays, contre 13% sur le département. Les communautés de communes du Saint-Chinianais (23%), de Faugères (19%) et la commune de Bédarieux (23%), présentent des taux particulièrement élevés. En 2009, **le taux de scolarisation entre 2 et 18 ans** sur le Pays est égal au département. En revanche, en ce qui concerne **la scolarisation entre 18 et 24 ans**, l'écart entre le Pays et le département est important (37% contre 59%). Le taux de scolarisation sur cette tranche d'âge est particulièrement bas sur Le Minervois (27%), Coteaux et Chateaux (33%), Canal-Lirou (34%), Le Poujol-sur-Orb (17%), Pézènes-les-Mines (29%), Carlencas (31%). En revanche, la commune de Bédarieux affiche un taux de scolarisation chez les 18-24 ans particulièrement élevé (44%)[48].

Enfin, en 2006, parmi **les actifs de 15 à 24 ans, 33% d'entre eux sont au chômage** sur le territoire du Pays, contre 31% sur le département[49].

[47] Insee 2009 via POSS-LR - GEOSS
[48] Insee 2011 via POSS LR - GEOSS
[49] Source : Insee 2006 via ORS-CREAI

Les femmes

La majorité des communautés de communes présente un **pourcentage d'hommes chez les demandeurs d'emploi**, inférieur au département (51% sur l'Hérault). Seuls Avène Orb et Gravezon (53%) et Le Poujol-sur-Orb (56%) présentent des pourcentages supérieurs. Au contraire, en 2011, la moitié des communautés de communes présente un **pourcentage de femmes chez les demandeurs d'emploi** supérieur au département (49% en 2011), et notamment Faugères (60%) et Pézènes-les-Mines (60%)[50].

Le logement

Les informations livrées dans cette partie sont principalement issues de *L'étude pré-opérationnelle, P I G amélioration de l'habitat* du 31 mai 2012 faite par le Pays HLV[51].

Des logements vacants

En 2008, le Pays comptabilise 4 263 **logements vacants**, représentant 10,6% du parc total, ce qui est nettement supérieur aux 6 ou 7% nécessaires à la fluidité du marché. Toutefois, **la part de logements vacants** a diminué depuis 1999 où elle représentait 11,7% du parc. Cette vacance reste concentrée dans le parc ancien.

Parallèlement, le Pays assiste au développement d'une production de logements neufs soutenue et alimentée essentiellement par l'accession à la propriété surtout sur les secteurs périurbains. On note ainsi un **accroissement de 15% de logements neufs** en 2008.

[50] Source : DIRECCTE 2011 via POSS LR-GEOSS
[51] **Annexe 16 : étude PIG 2012 – Pays HLV**

Le poids importants des résidences secondaires

Les résidences secondaires tendent à concurrencer l'habitat permanent : **le taux de résidences secondaires** est de l'ordre de 21,7% en 2008. Par ailleurs, la croissance des résidences secondaires entre 2004 et 2005 se poursuit en 2008 (+19,6%), ce qui représente 27% de **l'accroissement total du parc** en 2008.

Des besoins en réhabilitation

En 2006, le Pays compte 3% de résidences sans salle de bain, ni douche contre 2.6% sur le département. En outre, l'analyse des besoins en réhabilitation fait par le Pays en 2006 montrait qu'il restait :

- 12 500 logements encore améliorables (aujourd'hui, l'OPAH a permis d'améliorer 10 % de ces logements, soit 1 250 environ),
- 5 990 logements occupés sont indécents ou de type insalubre (25% des résidences principales). (aujourd'hui, l'OPAH a permis d'améliorer 10 % de ces logements, soit 590 environ),
- Plus de 4 000 immeubles d'état moyen à dégradé ont été repérés dans les centres des bourgs,
- Une insuffisance de l'offre locative de qualité pour le maintien ou l'accueil de nouvelles populations
- L'importance des besoins sociaux pour le maintien et l'accès au logement des propriétaires occupants et locataires les plus modestes,
- Des besoins spécifiques pour l'adaptation des logements au vieillissement de la population pour favoriser le maintien à domicile.

Le bénéfice de l'Opération Programmée d'Amélioration de l'Habitat et de Revitalisation Rurale

En juillet 2007, le Pays Haut Languedoc et Vignobles lançait une **O**pération **P**rogrammée d'**A**mélioration de l'**H**abitat de **R**evitalisation **R**urale (OPAH-RR) **« Habiter au Pays »** sur les 89 communes de son territoire pour une durée de 5 ans avec l'objectif de :

- Remettre sur le marché locatif des logements vacants,
- Traiter l'habitat indécent et insalubre,
- Apporter un soutien aux communes qui souhaitent réaliser des logements communaux.

Entre 2008 et 2012, l'OPAH a permis de mobiliser une enveloppe de 7 241 606 € de subventions pour réhabiliter 1 198 logements (880 propriétaires occupants et 317 propriétaires bailleurs). L'OPAH-RR est également un vecteur de développement économique : l'octroi de plus de 7,2 millions d'euros de subventions a généré plus de 20,6 millions d'euros de travaux prévus, essentiellement par des entreprises locales.

Partie 3 : L'ETAT DE SANTE DE LA POPULATION

Données générales

Les données présentées ci-dessous sont issues de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale-Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (Inserm-CépiDC) (période 2003-2009), la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole (CCMSA) et RSI (2009). Les données relatives à chaque indicateur ont été mises à disposition par l'ORS-CREAI Languedoc Roussillon.

Cependant, il faut noter que ces données n'ont pas pu être pondérées en fonction de variables qui reflètent les caractéristiques de la population du territoire. Les échantillons qui ont servis au calcul de ces données n'ont pas pu être « corrigés » en fonction de ces variables clés. Les informations livrées ci-dessous relatives à la mortalité et à la morbidité sont donc à interpréter prudemment.

Des taux de Mortalité supérieurs à l'Hérault pour certaines pathologies

Sur la période 2003-2009, le territoire du Pays Haut Languedoc et Vignobles affiche des taux de mortalité plus élevés que sur le département de l'Hérault pour plusieurs pathologies comme les maladies cardio-vasculaires (261.5 contre 234.9), les cardiopathies ischémiques (66.4 contre 62.7), les maladies vasculaires cérébrales (54.5 contre 51.1), le cancer de la trachée, des bronches et du poumon (48.2 contre 46.2), les maladies de l'appareil respiratoire (55.4 contre 48.3), les maladies de l'appareil digestif (36.2 contre 34.2) et pour les accidents de la circulation (15.8 contre 10.4[52]). C'est aussi le cas pour le taux de mortalité prématurée[53] qui est plus élevé que sur le département (187.3 contre 168.8) sur cette même période[54].

[52] Petit échantillon de 9 individus : prudence dans l'interprétation
[53] Indicateur statistique permettant de mesurer la fréquence des décès après l'enfance et avant l'âge de 65 ans sur une période donnée
[54] Source : données Inserm CépiDC 2003-2009 via ORS-CREAI

En ce qui concerne la mortalité par suicide, sur la période 1996-2005, le territoire du Pays présente un taux de mortalité légèrement plus élevé que sur le département. Des disparités plus marquées sont observées au niveau infra territorial. Ainsi les cantons de Bédarieux, Saint-Gervais et Saint-Pons-de-Thomières présentent des taux de suicide particulièrement élevés par rapport au territoire du Pays[55].

Mortalité par suicide

Nombre moyen de décès par an (1996-2005)
Taux standardisés de mortalité (pour 100 000 habitants)

		Nombre moyen de décès	Taux standardisé de mortalité
Cantons	Bédarieux	3	33
	Capestang	2	19
	Lunas	0	5
	Murviel-les-Béziers	2	21
	Olargues	1	27
	Olonzac	1	16
	Roujan	1	21
	Saint-Chinian	2	23
	Saint-Gervais-sur-Mare	1	31
	Saint-Pons-de-Thomières	1	29
Pays	Haut Languedoc et Vignobles	13	23
Département	Hérault	194	21
Région	Languedoc-Roussillon	500	21

Source : Inserm CépiDC- Insee – Exploitation : ORS-LR

[55] Source : diagnostic santé-social 2009 fait par le Pays

Une situation plus contrastée en matière de morbidité

La morbidité sur le territoire du Pays peut être approchée notamment au travers des taux d'admission en Affection Longue Durée (ALD) pour des pathologies. En 2009, les taux d'entrée en Affection Longue Durée sont plus élevés que sur le département pour les deux pathologies suivantes: maladie coronaire (175 contre 147.7 sur le département) et insuffisance cardiaque grave (171.7 contre 163.4 sur le département). Les taux d'entrée en ALD pour les autres pathologies étudiées dans le cadre de ce diagnostic (tumeurs malignes, Diabète I et II) sont inférieurs aux taux départementaux[56]. En 2006, le taux comparatif d'entrée en Affection Longue Durée pour des affections psychiatriques est inférieur aux taux régionaux et départementaux également[57].

Taux standardisés (pour 100 000) par la France métropolitaine au RP 99		
Entrées en ALD pour les régimes « général », « agricole » et « indépendant » en 2006		
	Affections psychiatriques	
	Effectif observé	Taux comparatif
Pays Haut Languedoc et Vignobles	78	143
HERAULT	1986	222
LANGUEDOC-ROUSSILLON	5219	227

[56] Source : données CnamTS, CCMSA, RSI 2009 via ORS-CREAI
[57] Source : diagnostic santé-social 2009 fait par le Pays

Focus sur l'état de santé des jeunes du territoire[58]

Les informations transmises dans cette partie sont majoritairement issues d'une enquête qualitative menée auprès des professionnels du territoire. Pour mener cette enquête, deux entretiens collectifs visant à recenser les problématiques des jeunes au niveau local, ont été organisés. Une dizaine de professionnels a participé à ces entretiens. Ces informations sont subjectives et doivent donc être interprétées prudemment. D'autre part, il s'agit de grandes tendances a priori en œuvre sur le territoire. Par manque de temps, les professionnels n'ont pas pu, ni préciser la zone où la problématique est particulièrement observée, ni le public concerné. Pour identifier les besoins dans le cadre des entretiens collectifs, une trame qui reprend les thématiques du panier de services de l'ARS a été proposée aux participants. Les professionnels se sont exprimés sur les thématiques pour lesquelles les problématiques étaient selon eux, les plus prégnantes.

Les besoins de santé repérés par les professionnels

LA SEXUALITE, LA CONTRACEPTION

Dans le cadre des entretiens collectifs, les professionnels participants ont souligné le rôle essentiel des parents dans la prévention des conduites sexuelles à risque, des grossesses précoces et dans l'accès des jeunes à la contraception. Or, sur le territoire, certains parents expriment des difficultés pour aborder le sujet de la sexualité avec leurs enfants.

Des conduites sexuelles à risque ainsi que des grossesses précoces ont été observées par les professionnels chez certains jeunes, qui seraient liées à un défaut d'information et/ou à une transmission des messages de prévention insuffisamment accompagnée.

Globalement, l'accès à l'information sur la contraception (dont contraception d'urgence) serait inégal parmi les jeunes et sur le territoire et son assimilation devrait être davantage accompagnée.

[58] La population « jeunes » regroupe ici les enfants, les adolescents et les jeunes adultes. Même si les problématiques pour chaque groupe sont bien spécifiques, il n'a pas été possible sur la période réservée à cette étude de distinguer plus en détails les besoins spécifiques pour chaque groupe.

Surtout pour la contraception d'urgence, les professionnels témoignent de la difficulté pour les intervenants des établissements scolaires de gérer les demandes des jeunes.
En termes de transmission de l'information, certains groupes seraient plus difficiles à atteindre comme les jeunes isolés, désocialisés ou qui ne sont plus dans le circuit scolaire (l'information par le biais de l'école n'est plus possible).

LES ADDICTIONS

Comme pour la contraception, les professionnels ont souligné le rôle essentiel des parents dans la prévention des comportements à risque et des addictions chez les jeunes. Or, à ce jour, aucun lieu d'informations à destination des parents n'est proposé sur le territoire.
Les professionnels ont évoqué la banalisation de l'usage du cannabis et de la cannabiculture en particulier dans les Hauts cantons et Le Minervois. En particulier, des problèmes d'addictions ont été repérés par les professionnels chez certains jeunes de l'internat de Saint-Pons-de-Thomières.
Selon les professionnels, les actions de proximité développées dans les lieux de vie sont des modes d'intervention pertinents et restent insuffisants sur le territoire à ce jour.
Les actions menées dans les établissements scolaires seraient parfois inadaptées aux modes d'usage de certains jeunes. Les actions seraient principalement développées dans le champ de la prévention primaire. Dans certaines zones, la faible implication des Elus et de l'Education Nationale dans la prévention des addictions et l'absence de politique enfance jeunesse dans certaines zones sont citées comme des freins importants à l'intervention en faveur de la santé des jeunes. Selon les professionnels, l'usage d'alcool serait fréquent en particulier dans les Hauts Cantons.

LA VACCINATION

Selon les professionnels, les parents jouent un rôle essentiel dans la démarche de vaccination des enfants. Or, les professionnels évoquent certaines résistances de la part des parents à la vaccination contre l'hépatite B pour des raisons de choix d'une médecine différente et d'un mode de vie moins « sanitaire ». En outre, l'information sur la vaccination serait insuffisamment relayée. Ce manque serait partiellement lié au manque de médecins généralistes qui sont selon les professionnels, des relais d'information de proximité importants.

LA SANTE MENTALE

Les professionnels témoignent de situations de vulnérabilité et de mal être ainsi que des troubles du comportement tant chez les enfants que chez les parents. Les situations parentales compliquées (monoparentales, divorces, déplacements géographiques etc.) ont été citées par les professionnels comme des contextes favorisant les troubles chez les enfants et les adolescents. Comme pour les autres thématiques, le rôle des parents est fondamental dans la prévention des problèmes de santé mentale. Les parents sont d'ailleurs demandeurs de conseils et de soutien à ce sujet. Des risques de suicide ont été évoqués par les professionnels.

L'EDUCATION POUR LA SANTE

De manière générale, le principal frein à l'efficacité des actions d'éducation pour la santé vers les jeunes est le peu d'importance accordée à leur « capital » santé et la difficulté pour eux de se mobiliser sur la durée. La situation de précarité dans laquelle se trouve potentiellement le jeune intensifierait le problème. En outre, certains sujets de santé seraient encore « tabous » pour les jeunes, ce qui ne faciliterait pas l'intervention.
Certains groupes ont été cités comme plus vulnérables car plus difficiles à atteindre et notamment les jeunes désocialisés et isolés, sortis du circuit scolaire ou habitant des zones enclavées. L'accès à l'offre en éducation pour la santé serait plus difficile pour ce public.

LE SURPOIDS, L'OBESITE[59]

Une enquête du Conseil Général sur le surpoids et l'obésité des enfants de 4-5 ans indique un taux de surcharge pondérale plus important au niveau du Pays qu'au niveau départemental. Les cantons de Capestang, Lunas et Murviels-lés-Béziers présentent des taux particulièrement élevés par rapport à la moyenne du Pays.

Surpoids et obésité des enfants de 4-5 ans

Nombre d'enfants de 4-5 ans présentant un surpoids ou une obésité. – 2007
Surcharge pondérale (pour 100 enfants)

		Nombre d'enfants en surcharge pondérale	Taux de surcharge pondérale
Cantons	Bédarieux	5	7,7
	Capestang	23	27,4
	Lunas	5	19,2
	Murviel-les-Béziers	21	22,3
	Olargues	3	13,6
	Olonzac	1	16,7
	Roujan	9	13,4
	Saint-Chinian	6	12,2
	Saint-Gervais-sur-Mare	2	6,7
	Saint-Pons-de-Thomières	5	16,7
Pays	Haut Languedoc et Vignobles	80	16,9
Département	Hérault	1 320	13,9
Région	Languedoc-Roussillon	nd	nd

Source : Dépistages34 – Exploitation : ORS-LR

[59] Eléments du diagnostic santé-social 2009 fait par le Pays

Analyse de l'offre de prise en charge des jeunes sur le territoire

Les informations transmises ci-dessous, sont issues 1) des professionnels qui ont participé aux deux entretiens collectifs dédiés à l'étude des problématiques de cette population, 2) du diagnostic santé-social 2009 fait par le Pays, 3) du set de données calculées pour un certain nombre d'indicateurs par l'ORS-CREAI LR et dont les sources sont Adeli 2009 et 2011 et Finess 2012.

De nombreuses initiatives prises sur le territoire en faveur de la santé des jeunes ces dernières années

Dans le cadre du schéma éducatif du Pays écrit lors de la création du Pays, de nombreuses initiatives ont vu le jour répondant à une demande pressante de nombreux professionnels de la petite enfance ou de l'éducation. Notamment, dans le cadre de l'accompagnement à la parentalité, plusieurs actions ont été mises en place : café des parents, Point d'Accueil Ecoute Jeunes (PAEJ), veille éducative, lieux d'accueil enfants-parents, relais d'assistante maternelle (RAM) etc.[60]

Une couverture très partielle en matière de gynécologie, santé maternelle et vaccination

En 2011, un seul médecin gynécologue exerce sur le territoire du Pays[61]. En dehors de ce médecin, la 1ère offre en gynécologie est située à Béziers. Ainsi, les professionnels ayant participé aux entretiens collectifs ont souligné le manque en la matière sur le territoire. Ce manque pose la question de son accessibilité par les habitants et plus précisément, de son égalité d'accès. D'ailleurs, selon les professionnels interrogés, les habitants de certaines zones très isolées sont particulièrement en difficulté pour accéder à ce type de prise en charge. Toutefois, quelques sages-femmes exercent sur le territoire. Les professionnels soulignent l'efficacité d'intervention de ces professionnels notamment dans le cadre du suivi des grossesses à risque. Enfin, aucune maternité n'est implantée sur le territoire. La 1ère est située à Béziers.

[60] Source : diagnostic santé-social 2009 fait par le Pays
[61] Source : Adeli 2011 via ORS-CREAI LR

Parallèlement, les professionnels signalent un suivi des grossesses insuffisant et inégal au niveau infra territorial, même si rien ne permet d'affirmer aujourd'hui qu'un lien existe entre le manque de professionnels et le problème du suivi des grossesses. Comme le tableau ci-contre le montre, les cantons les plus éloignés comme Bédarieux, Lunas, Saint Gervais sur Mare et Saint-Pons-de-Thomières présentent des taux de grossesses peu ou pas suivies particulièrement élevés sur la période 2001-2005. Sur la période de l'étude, il n'a pas été possible d'obtenir des informations ni sur les lieux d'accouchement et de suivi de grossesses vers lesquels se tournent les femmes du territoire, ni sur le pourcentage de femmes suivies par lieu. La collecte de ces informations pourrait être une perspective de travail intéressante si le Contrat Local de Santé du Pays HLV s'oriente vers cette thématique.

Grossesses peu ou pas suivies

Nombre moyen annuel de grossesses ayant fait l'objet de moins de 7 consultations prénatales. – 2001-2005
Taux de grossesses peu ou pas suivies (pour 1 000 naissances vivantes)

		Nombre moyen de grossesses peu ou pas suivies (<7 consult.)	Taux de grossesses peu ou pas suivies
Cantons	Bédarieux	11	21,9
	Capestang	10	16,8
	Lunas	4	21,7
	Murviel-les-Béziers	11	18,4
	Olargues	3	14,9
	Olonzac	3	11,9
	Roujan	5	15,9
	Saint-Chinian	5	12,9
	Saint-Gervais-sur-Mare	3	20,3
	Saint-Pons-de-Thomières	4	20,8
Pays	Haut Languedoc et Vignobles	58	17,5
Département	Hérault	1061	16,3
Région	Languedoc-Roussillon	2281	12,4

Source : CS8-CG34 – Exploitation : ORS-LR

Cependant, les services de Protection Maternelle Infantile (PMI) (rattachés aux deux Agences Départementales de la Solidarité du Conseil Général situées à Bédarieux et à Cazouls-les-Béziers) proposent des permanences à Bédarieux, Le Bousquet-d'Orb, Capestang, Olonzac et Murviels-les-Béziers. Ils organisent des actions de prévention médico-sociales à domicile et lors des consultations en direction des femmes enceintes et des familles avec des enfants de moins de 6 ans. En complément, un bus PMI se rend dans d'autres communes : Le Poujol-sur-Orb, Saint-Chinian, Olargues et Roujan. Les professionnels soulignent néanmoins un manque de services PMI sur le territoire ; les services existants étant globalement saturés. Enfin, une seule permanence du Planning Familial est proposée sur le territoire. Elle est située à Bédarieux dans les locaux du Centre Hospitalier.
La vaccination sur le territoire est assurée par le Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) de Béziers, par les médecins et par le Planning Familial. L'accès à l'offre en vaccination reste limité par les problèmes de déplacement et l'éloignement, en particulier pour les habitants de certaines zones isolées du territoire

Les soins et la prévention de proximité à renforcer en matière d'addictions

Un seul Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) est implanté sur le territoire ; il est situé à Bédarieux. Certaines pharmacies mettent à disposition des distributeurs d'échange de seringues mais ne sont pas ouvertes 24h sur 24, ce qui pose le problème de la continuité dans l'accès à ce type de service. Certaines zones du territoire sont particulièrement éloignées des structures de soins implantées sur le territoire (Saint-Pons, Le Minervois). Selon les professionnels interrogés dans le cadre de l'enquête, aucune équipe mobile n'intervient à ce jour sur le territoire du Pays. Pourtant, l'intervention de proximité est particulièrement adaptée en matière d'addictions tant sur l'aspect prévention que sur la démarche de soins. Selon les professionnels ayant participé aux entretiens collectifs, l'offre de proximité en matière d'addictions est globalement insuffisante sur le territoire du Pays.

L'offre en santé mentale insuffisante et saturée

Deux Centres Médico-Psychologiques (CMP) pour jeunes sont implantés sur le territoire ; un à Bédarieux, l'autre à Saint-Pons-de-Thomières. Les professionnels évoquent un « embouteillage » à la permanence de pédopsychiatrie proposée à Bédarieux (professionnel rattaché au service de pédopsychiatrie du Centre Hospitalier de Béziers). Une deuxième permanence est proposée à Saint-Pons-de-Thomières une fois par mois[62]. Les permanences imposeraient des délais d'attente très longs pour les rendez-vous ce qui aurait potentiellement des conséquences sur la motivation de tenir une démarche de soins sur la durée chez les parents des enfants concernés. Ce versant thérapeutique de la prise en charge des jeunes en santé mentale est pourtant essentiel en complément du versant « prévention » assuré par un Point d'Accueil Ecoute Jeunes porté par la Maison de la solidarité de Roujan et qui couvre l'ensemble du territoire du Pays.

Des permanences de psychologues gratuites et anonymes pour les adolescents et leurs parents sont proposées. Elles ont lieu régulièrement à Bédarieux, Capestang, Olonzac, Saint-Pons, Saint-Chinian, Roujan et Murviels-les-Béziers. En 2008, elles ont accueilli une centaine de personnes (première année d'activité)[63]. Cependant, la problématique du Point d'Accueil Ecoute Jeunes aujourd'hui est qu'il doit faire face à des problématiques lourdes (suicide) qui iraient au-delà de ses missions.

Aucun Centre Médico Psycho Pédagogique (CMPP) n'est implanté sur le territoire du Pays à ce jour. Ces centres sont pourtant des acteurs de prévention importants qui permettent l'articulation des secteurs sanitaires, éducatifs et d'enseignements. Ces centres prennent en charge les nourrissons, les enfants, les adolescents et les parents qui manifestent des difficultés dans leur vie sociale, familiale et scolaire. Les CMPP les plus proches se situent à Lézignan, Carcassonne et Béziers[64].

En outre, les psychologues scolaires seraient trop peu nombreux sur le territoire et donc surchargés. Enfin, l'offre en thérapie familiale, en médiation thérapeutique, en soutien parental et en médiation parents-enfants serait insuffisante selon les professionnels.

Enfin, une partie du territoire du Pays (communauté de communes Côteaux et Châteaux) est couvert par le Conseil Local de Santé Mentale de Pezenas qui agit pour la coordination des intervenants (médicaux, sociaux etc.) dans la prise en charge des personnes.

Certaines spécialités faiblement représentées

Globalement, l'offre spécialisée suivante serait insuffisante et/ou surchargée selon les professionnels interrogés :

- pédiatrie et urgences pédiatriques
- psychomotriciens
- allergologues
- orthophonistes

9 infirmières pour 10 collèges agissent sur le territoire du Pays.

Pistes de travail

Dans le cadre de l'enquête qualitative menée sur le territoire, les professionnels ont exprimé la volonté de se réunir régulièrement en 2013 pour poursuivre leur réflexion sur les besoins des jeunes et améliorer leur prise en charge. Chaque participant s'est exprimé individuellement sur ses attentes et ses motivations par rapport à la perspective de pérenniser cette dynamique naissante.

Tout d'abord, les professionnels du territoire expriment le besoin de mieux se connaitre tant sur les missions que sur les modalités d'intervention de chacun. Ils souhaitent continuer à partager les informations pour mieux connaitre les actions développées sur le territoire et avoir une connaissance commune et égale. Ils souhaitent poursuivre leur réflexion sur les problématiques du territoire et définir collectivement ce qui pourrait être développé pour répondre à ces problématiques. A un stade plus avancé, ils souhaitent aboutir à la mise en place des actions et projets de façon coordonnée et en partenariat. L'amélioration de la coordination des actions qui existent et des projets à venir et l'entraide dans ce cadre-là est pour eux fondamental. La coordination permettra selon eux d'améliorer la cohérence des initiatives sur le territoire et de se soutenir mutuellement dans les initiatives (s'inspirer du réseau de santé Béziers).

[62] **Annexe 17 : Carte offre de prise en charge Psy**
[63] **Annexe 18 : permanences PAEJ**
[64] Eléments du diagnostic santé-social 2009 fait par le Pays

Cette dynamique qu'il faut selon eux maintenir est vue comme un premier pas vers la construction d'un réseau et un début du maillage des ressources sur le territoire. Dans ce cadre-là, l'offre en pédopsychiatrie est un axe d'amélioration important. Ce groupe de travail, s'il est pérennisé, pourrait être un groupe de soutien à la mise en place et à la conduite des actions. Il pourrait avoir aussi une fonction de veille et de suivi. Il faudra alors selon eux, cibler les thématiques/problématiques prioritaires et mettre en place des sous-groupes/commissions par thématique/problématique et organiser une plénière ponctuellement. Dans chaque sous-groupe, il faudra étudier des cas concrets par exemple. En outre, la fonction de coordination n'est pas suffisante à leurs yeux. Il faudra aussi veiller à articuler, faire le lien avec le Réseau parentalité départemental et veiller à ce que la parentalité soit systématiquement présente dans les actions/projets.

Focus sur l'état de santé des personnes âgées du territoire

Les informations transmises dans cette partie sont majoritairement issues d'une enquête qualitative menée auprès des professionnels du territoire. Pour mener cette enquête, deux entretiens collectifs visant à recenser les problématiques des personnes âgées au niveau local ont été organisés. Une dizaine de professionnels a participé à ces entretiens. Les professionnels ont fait remonter les besoins et problématiques qui concernent les personnes âgées vivant à domicile majoritairement. Ces informations sont subjectives et doivent donc être interprétées prudemment. D'autre part, il s'agit de grandes tendances a priori en œuvre sur le territoire. Par manque de temps, les professionnels n'ont pu, ni préciser la zone où la problématique était particulièrement observée, ni le public concerné. Pour identifier ces problématiques, une trame qui reprend les thématiques du panier de services de l'ARS a été proposée aux participants. Les professionnels se sont exprimés sur les thématiques pour lesquelles les problématiques étaient selon eux, les plus prégnantes. En outre, une demande d'information concernant la part de personnes âgées vivant à domicile et celle des personnes âgées en établissement a été formulée au Conseil Général. Le service concerné a confirmé qu'il renseignerait ce point rapidement.

Les besoins de santé des personnes âgées vivant à domicile repérés par les professionnels

NUTRITION/ ACTIVITE PHYSIQUE

Au sein de la population globale des personnes âgées du territoire, plusieurs groupes sont considérés comme plus vulnérables en matière de nutrition selon les professionnels :

- Les plus âgés des Séniors vivant à domicile : les messages de prévention « n'arriveraient pas jusqu'à eux », à la différence des plus jeunes, dont le statut de retraités actifs, faciliterait l'accès aux messages de prévention
- Les Séniors en situation de précarité vivant à domicile auraient un accès limité aux produits frais qui induirait une qualité et un choix limité dans leur alimentation
- Les Séniors vivant à domicile en zones rurales seraient plus souvent soumis à des croyances et traditions culinaires qui conduiraient parfois à des situations de malnutrition et/ou dénutrition

Globalement, les professionnels ont évoqué la méconnaissance par le public de l'offre en activité physique adaptée existante et sa faible mise en pratique, malgré les conférences organisées sur le territoire visant à la promouvoir.

BUCCODENTAIRE

Les professionnels évoquent des diagnostics, des dépistages et un traitement des problèmes buccodentaires tardifs chez les personnes âgées du territoire. Lorsque la personne âgée consulterait un professionnel, le stade de son problème buccodentaire serait déjà bien avancé ; les professionnels notent que souvent, ces problèmes auraient pu être pris en charge plus tôt pour éviter des complications parfois irrémédiables.

ENVIRONNEMENT / LOGEMENT

Sur le territoire, certaines personnes âgées vivraient dans des conditions locatives inadaptées. L'aménagement de certains logements entrainerait des situations de mise en danger. La vétusté de certains logements augmenterait les risques sanitaires auxquels seraient exposées les personnes âgées. Les difficultés économiques de certaines personnes constitueraient un frein majeur pour l'accès à des conditions locatives satisfaisantes (réhabilitation, aménagement du logement privé, accès aux maisons de retraite etc.).

SITUATION DES AIDANTS

Les professionnels témoignent de situations de souffrances des aidants (physique et psychique) qui seraient en partie liées à l'état de dépendance « forcée » entre l'aidant et la personne âgée. La cohabitation « subie » dans un espace donné rendrait la relation d'aidant-personne âgée implicitement difficile. Selon les professionnels, ces difficultés risquent d'empirer avec l'augmentation des situations de familles « éclatées » et recomposées. La culpabilité de l'aidant serait d'autant plus forte par rapport à la protection de la personne à son domicile pour laquelle l'aidant se sentirait souvent démuni.

ACCES AUX DROITS

Des situations d'abus de faiblesse de la part de membres de l'entourage de la personne âgée ont été évoquées par les professionnels. Des angoisses liées à la difficulté d'assumer financièrement les frais relatifs à leur décès chez les personnes âgées en situation de précarité sont également évoquées par les professionnels. En outre, les informations sur les droits seraient difficiles à obtenir sur le territoire en particulier pour les personnes vivant à domicile en zones rurales, pour les personnes de plus de 60 ans et les personnes dépendantes.

ISOLEMENT / ACCES AUX LOISIRS

Deux formes d'isolement et de souffrance psychique ont été évoquées par les professionnels chez les personnes âgées du territoire : d'une part, l'isolement « ressenti » et parfois subjectif à l'intérieur du logement qui dépendrait notamment de la qualité de la relation entre la personne âgée et l'intervenant à domicile et d'autre part, l'isolement lié à la localisation géographique du logement (notamment dans les villages des Hauts Cantons). Les personnes en perte d'autonomie seraient particulièrement exposées à l'isolement à cause de la diminution des capacités de déplacement et à la réduction des activités de loisirs. L'isolement serait aussi parfois lié au manque d'envie chez la personne âgée d'avoir une « vie sociale ». Globalement, les difficultés d'accès à la culture et aux loisirs seraient plus importantes chez les personnes très âgées (plus de 75 ans).

VACCINATION

La démarche de suivi de la vaccination chez les personnes âgées serait limitée par des facteurs psychologiques : *« Inutile de me vacciner, à mon âge, je ne crains plus rien... ».* Les personnes âgées seraient également soumises à des croyances sur les risques de la vaccination (contracter la sclérose en plaque, hépatites etc.). La démarche de vaccination serait également limitée par des facteurs économiques. Les personnes seraient contraintes de faire des choix et fixer des priorités dans leur déplacement dont l'objet premier serait de se soigner. La vaccination des intervenants (aides ménagères, services hospitaliers etc.) serait insuffisante également

Les besoins de santé des personnes âgées vivant en établissement repérés par les professionnels

Avant de présenter les besoins des personnes âgées vivant en établissement, il faut souligner que le taux d'équipement en places d'hébergement sur le territoire du Pays s'élève à 110.6 places /1 000 habitants de 75 ans et plus en 2012, contre 88.2 au niveau départemental. Le nombre total d'établissements sur le territoire est de 938. Enfin, le taux d'équipement en places d'accueil de jour est également supérieur à celui du département (2.4/1 000 habitants de 75 ans et plus, contre 1.9 sur le département)[65]. Concernant l'accueil en maison de retraite, les 4 bassins gérontologiques qui couvrent le territoire du Pays, offre respectivement 380 places en hébergement permanent sur Saint-Pons, 404 sur Bédarieux, 523 sur Pézenas et 2056 sur Béziers ; une partie du territoire seulement fait partie du bassin gérontologique de Béziers[66]. En revanche, les professionnels évoquent un nombre limité de places en établissements d'accueil pour personnes âgées en situation de Handicap sur le territoire.

NUTRITION/ ACTIVITE PHYSIQUE

Selon les professionnels interrogés, des situations de malnutrition et dénutrition seraient observées dans certains établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

[65] Source : données Finess 2012 via ORS-CREAI LR
[66] Source : Conseil Général 34

SEXUALITE

Le rajeunissement de l'âge d'entrée dans les structures d'accueil pour personnes âgées soulève la question de la prévention des conduites à risques en matière de sexualité chez les Séniors dans les établissements d'accueil. D'après les professionnels, la sexualité des personnes âgées serait encore un sujet « tabou » dans certains établissements ce qui limiterait l'intégration de ce volet dans les projets de santé des établissements et donc la mise en place d'actions de prévention des relations sexuelles non protégées et des risques de maladies infectieuses. Ce contexte favoriserait potentiellement le sentiment de culpabilité chez la personne âgée « d'avoir une vie sexuelle ».

ENVIRONNEMENT / LOGEMENT

Les difficultés économiques de certaines personnes constitueraient un frein majeur pour l'accès à des conditions locatives satisfaisantes et notamment à certains établissements comme les maisons de retraite.

VACCINATION

La vaccination des intervenants dans les établissements pour personnes âgées serait insuffisante.

Analyse de l'offre de prise en charge des personnes âgées vivant à domicile sur le territoire

Les informations transmises ci-dessous, sont issues 1) des professionnels qui ont participé aux deux entretiens collectifs dédiés à l'étude des problématiques de cette population, 2) du diagnostic santé-social 2009 fait par le Pays, 3) du set de données calculées pour un certain nombre d'indicateurs par l'ORS-CREAI LR dont les sources sont Adeli 2009 et 2011 et Finess 2012. Pour plusieurs raisons, il n'a pas été possible de recenser de manière exhaustive les ressources dédiées à la prise en charge des personnes âgées à domicile. Cet état des lieux pourrait être une perspective de travail intéressante si le Contrat Local de Santé s'oriente vers cette thématique.

Un service médico-social en faveur des personnes âgées vivant à domicile assez bien développé

Le Pays est réparti en quatre bassins gérontologiques : Saint-Pons, Bédarieux, Béziers et Pézenas. Chaque bassin dispose d'une Cellule Locale d'Information et de Coordination (CLIC) dont la mission est d'impulser une dynamique locale pour la prise en charge des personnes âgées. Pour ce faire, ils animent sur leur territoire la concertation et la coordination du réseau d'acteurs intervenant auprès des séniors. En outre, deux Unités Territoriales d'Action Gérontologique (UTAG) sont implantées sur le territoire du Pays. Les UTAG sont des guichets d'accueil et d'information, de conseils et d'orientation pour les personnes âgées pour toutes les démarches administratives. Elles proposent un service de professionnels à l'écoute des personnes et des aidants familiaux.

Le schéma gérontologique 2008-2012 prévoit l'implantation d'un certain nombre de services spécialisés. En ce qui concerne le maintien à domicile, l'organisation des Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) et celle des associations d'aide à domicile sont des axes importants prévus dans le schéma gérontologique. Ainsi, six SSIAD interviennent sur le Pays ; ils disposent au total de 235 places. Le taux d'équipement en services de soins infirmiers à domicile est supérieur à celui du département : 38.8 places / 1 000 habitants de 75 ans et plus en 2012, contre 16.8 dans l'Hérault. Toutefois, ces services se heurtent à des difficultés de recrutement de personnel diplômé pour des remplacements de personnel notamment. En effet, le coût élevé de la formation d'aide-soignante peut être rédhibitoire. Pour Saint-Chinian, les difficultés de recrutement du personnel sont importantes tandis que pour Olargues et Olonzac, des difficultés liées au nombre insuffisant de places sont plus marquées. Cela entraîne parfois un refus de prise en charge des personnes.

Environ 25 associations locales d'aide à domicile agissent sur le territoire. Elles sont rattachées aux associations suivantes : Aide à Domicile en Milieu Rural (ADMR), Présence Verte, Sesam 34, Minière et BRC. La mise en place de l'Aide Personnalisée à l'Autonomie (APA) a généré une augmentation de la charge de travail pour ces associations. Victimes de leur « succès », elles ont dû recruter « vite » et souvent des personnes non formées. L'un des obstacles à la formation des aides à domicile est l'éloignement des centres de formation. C'est pourquoi la Régie de Développement Local et le Pays ont mis en place une formation qualifiante d'aide médicale psychologique pour 15 personnes à Bédarieux.

La coordination des ressources et la prise en charge pluridisciplinaire des séniors à domicile seraient des axes à renforcer

Selon les professionnels ayant participé aux entretiens d'enquête, la coordination des ressources et la pluridisciplinarité dans la prise en charge de la personne âgée sont des éléments déterminants mais seraient insuffisantes aujourd'hui sur le territoire. Les réseaux pluridisciplinaires, les équipes mobiles et les équipes de soins palliatifs ne seraient pas suffisamment développés notamment. Les CLIC et les services de l'UTAG jouent un rôle en la matière, même si leur fonction première est d'agir directement auprès des personnes. En outre, la Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades d'Alzheimer (MAIA) de Béziers n'intervient pas sur le territoire du Pays. Ces manques auraient pour conséquences une transmission des informations limitée entre professionnels et des diagnostics tardifs. L'isolement et le manque de lien, de coordination et de partenariat freineraient également les initiatives des professionnels visant à protéger la personne âgée, notamment dans le cadre d'abus de faiblesse et de signalement.

Le manque de service de santé de proximité sur le territoire aurait un impact sur la santé des séniors vivant à domicile

Selon les professionnels interrogés dans le cadre de l'enquête, la présence de services de santé de proximité sont des éléments qui favorisent la santé de ce public. Sur ce territoire aujourd'hui, « la médecine de ville » et plus précisément, le nombre de médecins généralistes libéraux diminuerait et les médecins encore en exercice, seraient surchargés et donc peu disponibles (dans les Hauts Cantons en particulier).

Les consultations spécialisées externes de soins hospitaliers seraient peu développées et donc peu accessibles pour les résidents âgés des Hauts Cantons en particulier. La plupart des médecins spécialistes travailleraient au sein des établissements hospitaliers. Cependant, les professionnels interrogés soulignent que certains médecins généralistes en exercice disposent d'une qualification en gérontologie.

Les conséquences seraient visibles notamment en matière de santé buccodentaire. L'orientation des personnes vers les services spécialisés serait parfois tardive. Ce retard serait en partie lié à la surcharge de l'offre de 1er recours sur le territoire, qui pourrait potentiellement jouer ce rôle d'orientation « dans les meilleurs délais », vers les professionnels spécialisés.

Les difficultés de déplacement sur le territoire auraient un impact sur l'accès des personnes âgées à l'offre de santé

Les caractéristiques du territoire du Pays posent un certain nombre de contraintes qui rendraient le déplacement des personnes âgées difficile. En outre, l'offre de transport adaptée serait insuffisante et son coût élevé. Ce problème engendrerait des problèmes d'accès à l'offre de prise en charge dans sa globalité. Il limiterait par exemple la participation des personnes aux conférences sur le « bien-être » organisées sur le territoire (qui traitent notamment de sujets relatifs à l'hygiène de vie) et l'accès à l'offre de soins dentaires. Les personnes vivant en zones rurales et en situation de précarité seraient particulièrement touchées par ce problème. En particulier, les personnes âgées en situation de précarité seraient contraintes de faire des choix de déplacement pour des raisons économiques et privilégieraient l'objectif du « soin » plutôt que celui de la prévention. Enfin, l'accès à l'accueil de jour Alzheimer à l'hôpital de Bédarieux serait limité par le coût élevé du transport. L'aide financière APA prévue pour cela serait trop faible.

L'accès à l'offre de prévention serait particulièrement limité par les problèmes de déplacements

Les acteurs de prévention principaux sont les associations locales (CLIC, association France Alzheimer, CODER PA etc.), les services des hôpitaux locaux et les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS). Cependant, selon les professionnels, l'offre de prévention ne serait pas suffisamment diversifiée et l'offre existante, difficilement accessible pour des raisons de transport. En outre, les actions de prévention existantes n'atteindraient pas les publics les plus fragiles.

Particulièrement, l'offre de prévention en matière de nutrition serait insuffisante et limiterait le dépistage précoce des problèmes nutritionnels chez les séniors. L'offre en activité physique adaptée serait insuffisante et méconnue et le manque de ressources en prévention buccodentaire limiterait le dépistage précoce et le suivi. Aucun centre de vaccination n'existe à ce jour sur le territoire du Pays ; les seuls effecteurs « de proximité » seraient les médecins généralistes. Enfin, les services de soutien aux aidants naturels seraient insuffisants. Comme les personnes âgées, les personnes/services relais pour l'information des personnes âgées sur les droits auraient des difficultés à capitaliser les informations. Enfin, les permanences de l'UTAG seraient mal connues du public.

Partie 4 : L'OFFRE DE SOINS ET LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

Etat des lieux de l'offre de soins sur le territoire du Pays

Les données présentées ci-dessous sont principalement issues 1) d'un set de données calculées selon une liste d'indicateurs et mises à disposition par l'Observatoire Régional de la Santé-CREAI Languedoc Roussillon (les sources des données brutes qui ont servies au calcul de ces indicateurs sont Adeli 2009 et 2011 et Finess 2012), 2) du diagnostic santé-social 2009 fait par le Pays, 3) des professionnels qui ont participé à l'entretien collectif. Cependant, au cours de cette étude, les professionnels libéraux n'ont été consultés que partiellement. La consultation des infirmières et médecins généralistes libéraux ou à minima, leurs représentants, pourrait être une perspective de travail si le Contrat Local de Santé désigne l'axe de l'offre de soins comme prioritaire. A ce stade, les éléments présentés ci-dessous devront être interprétés prudemment en tenant compte de cette limite.

Un risque de pénurie de l'offre libérale lié au vieillissement des professionnels

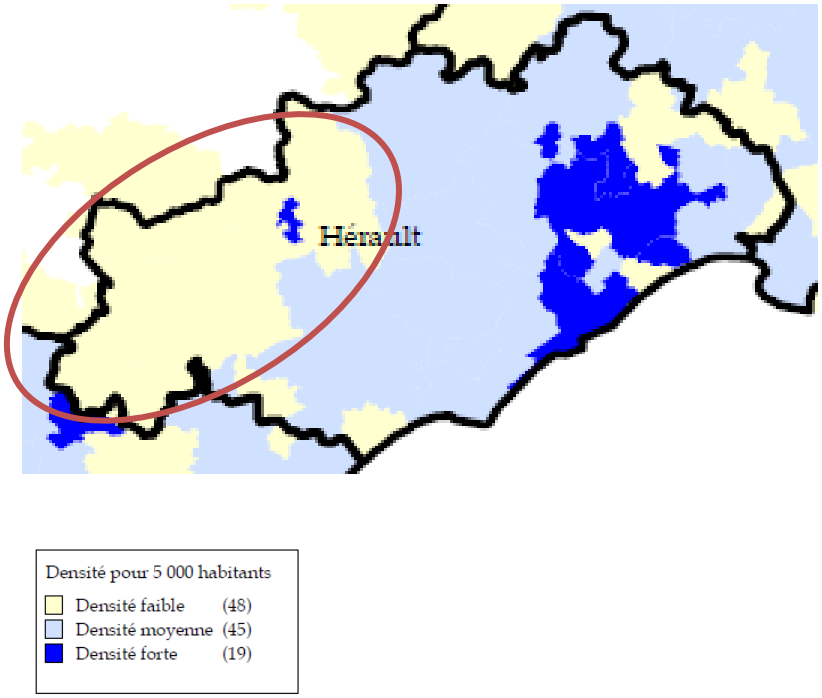
Globalement, un territoire fragile

En 2011, sur l'ensemble du territoire, le nombre total de médecins généralistes s'élève à 57. Globalement, la densité médicale sur le territoire du Pays est plus faible que sur le département (0.9 médecin pour 1 000 habitants contre 1.4/1 000).

Sept cantons sur dix ont une densité inférieure au niveau régional, dont 4 présentent des zones de patientèle qualifiées de fragiles ou déficitaires par l'URCAM[67] (zones de La Livinière, d'Olonzac, d'Olargues/Mons, de Bédarieux/Le Bousquet d'Orb et de Saint-Chinian). Les cantons de Lunas, Roujan et Saint Gervais sur Mare affichent une densité égale ou supérieure à la moyenne régionale (12/10 000 habitants)[68].

Densité de médecins généralistes dans le département de l'Hérault

Source : Atlas régional 2011, Conseil de l'ordre des médecins (31)



[67] Zones où le nombre de médecins ne permet plus de répondre à la demande de soins de la population.

[68] Source : diagnostic santé-social 2009 fait par le Pays

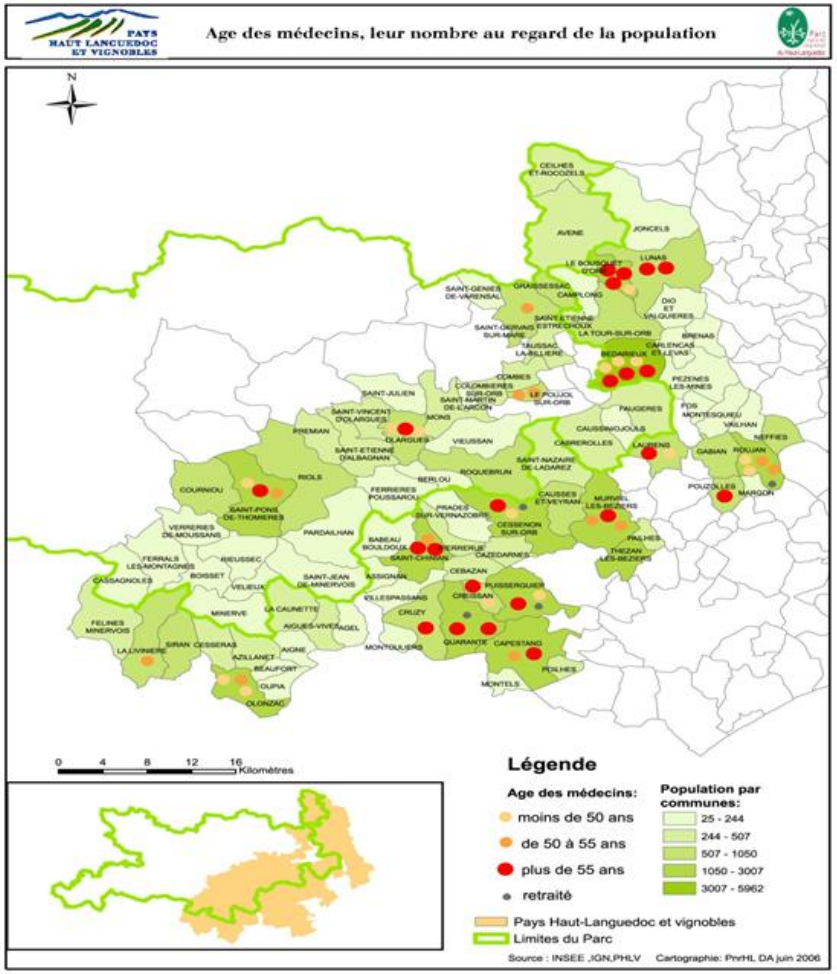
Des médecins généralistes vieillissants, des zones plus concernées

Même si le problème du vieillissement des médecins touche l'ensemble du territoire du Pays, certaines zones sont particulièrement touchées par cette problématique. Sur la totalité des médecins implantés sur la zone du Haut Languedoc, presque la moitié a 55 ans et plus. En 2009, sur la totalité des médecins installés sur les cantons de Bédarieux (densité : 6/10 000), Olargues (densité : 7.1/10 000), Olonzac (7.3/10 000) et Saint-Chinian (7.7/10 000), la moitié a 55 ans et plus. En 2011, le bassin de vie de Saint-Pons-de-Thomières affiche une densité particulièrement faible et une moyenne d'âge des médecins généralistes de plus de 60 ans.

La problématique du vieillissement des médecins pose le problème de leur remplacement lors de leur départ à la retraite. Le problème risque d'empirer ces 5 prochaines années, sachant que la pratique en milieu rural attire peu. En 2010, sur la région, aucune nouvelle installation de médecin n'a été répertoriée sur le territoire du Pays et plus globalement en zone rurale[69].

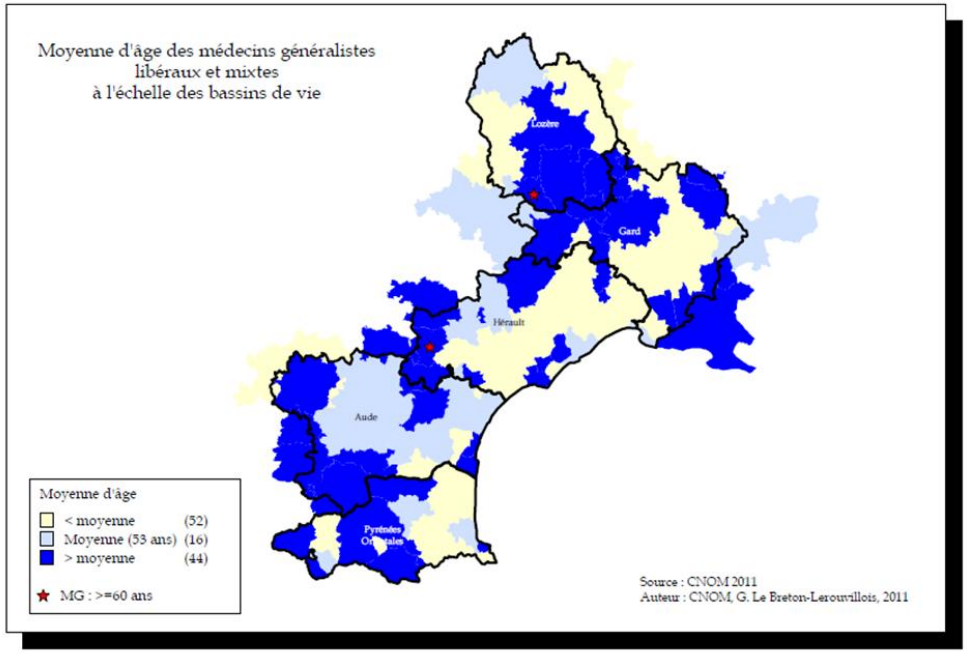
Nom du bassin de vie	PSDC 2008	Part 60 ans	Moyenne Age MG	Densité MG*
Bedarieux	22400	31,5%	53	4,2
Capestang	5356	27,8%	54	3,7
Lacaune	7805	32,7%	54	1,9
Marsillargues	5882	23,2%	50	4,3
Olonzac	6912	33,8%	56	4,3
Palavas-les-Flots	6122	28,9%	49	4,1
Pignan	6137	17,5%	52	4,1
Prades-le-lez	6720	16,4%	54	3,7
Saint-Chinian	6546	34,4%	45	3,8
Saint-Mathieu-de-Tréviers	9269	14,6%	54	3,8
Saint-Pons-de-Thomières	4380	30,1%	62	3,4
Sérignan	17309	29,6%	52	4,3
Villeneuve-lès-Maguelone	8713	15,2%	49	4,0

* : Densité : Nombre de médecins généralistes libéraux/mixtes pour 5000 habitants

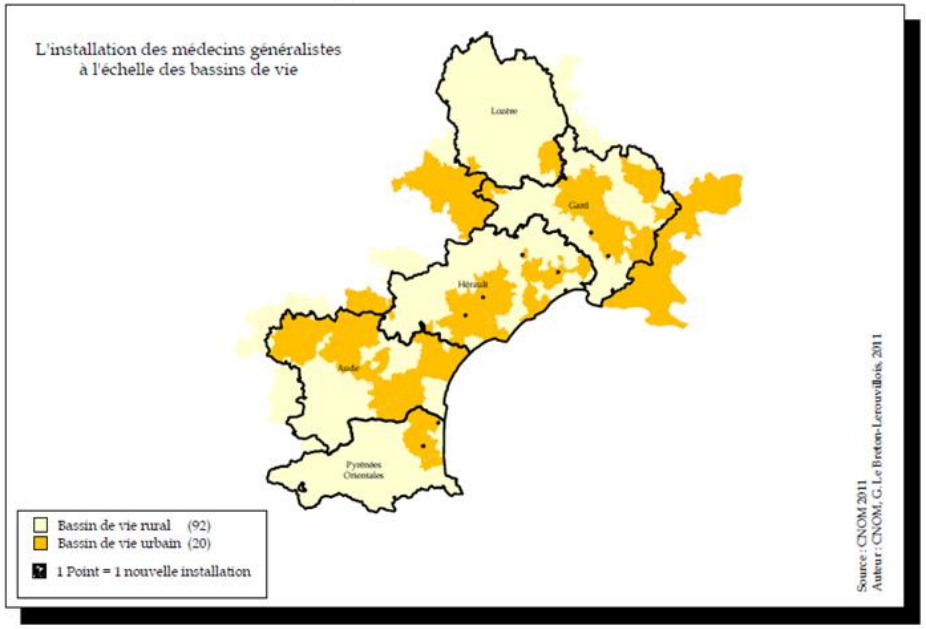


[69] Source : diagnostic santé-social 2009 fait par le Pays

Carte n°7 : Moyenne d'âge des médecins généralistes libéraux et mixtes à l'échelle des bassins de vie

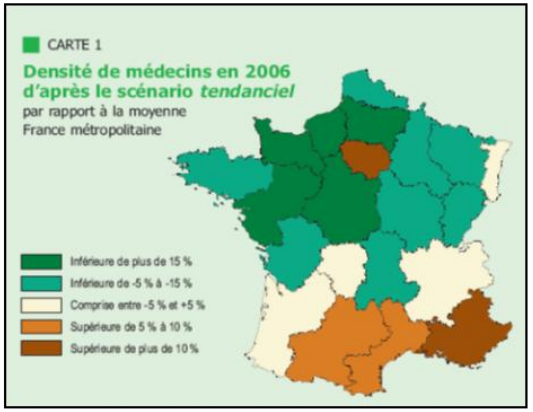


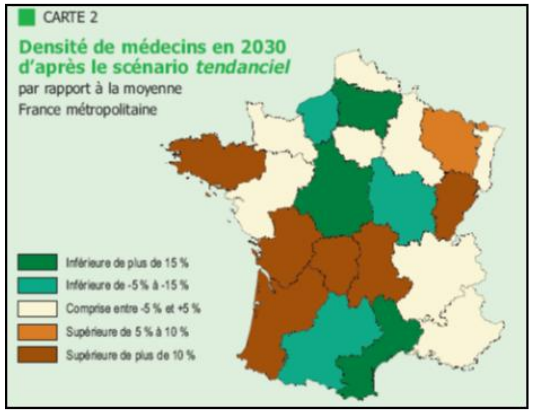
Carte n°9 : L'installation des médecins généralistes à l'échelle des bassins de vie

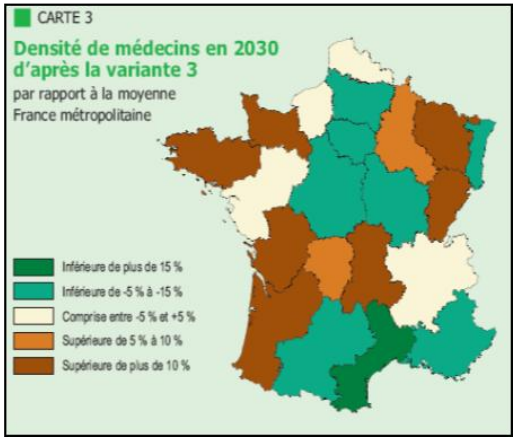


N° 679 • février 2009

La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales



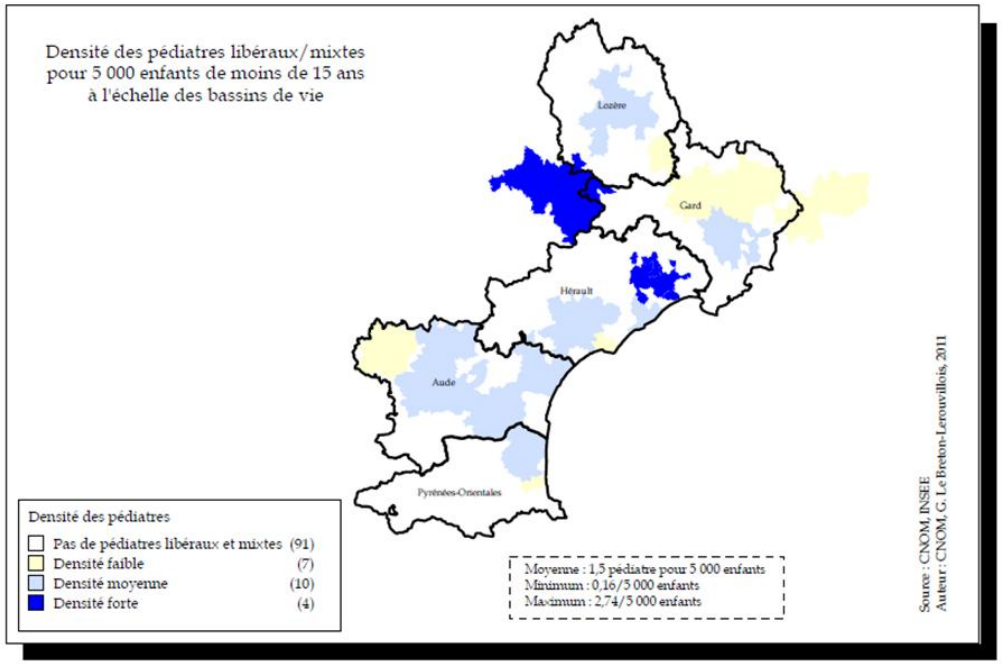




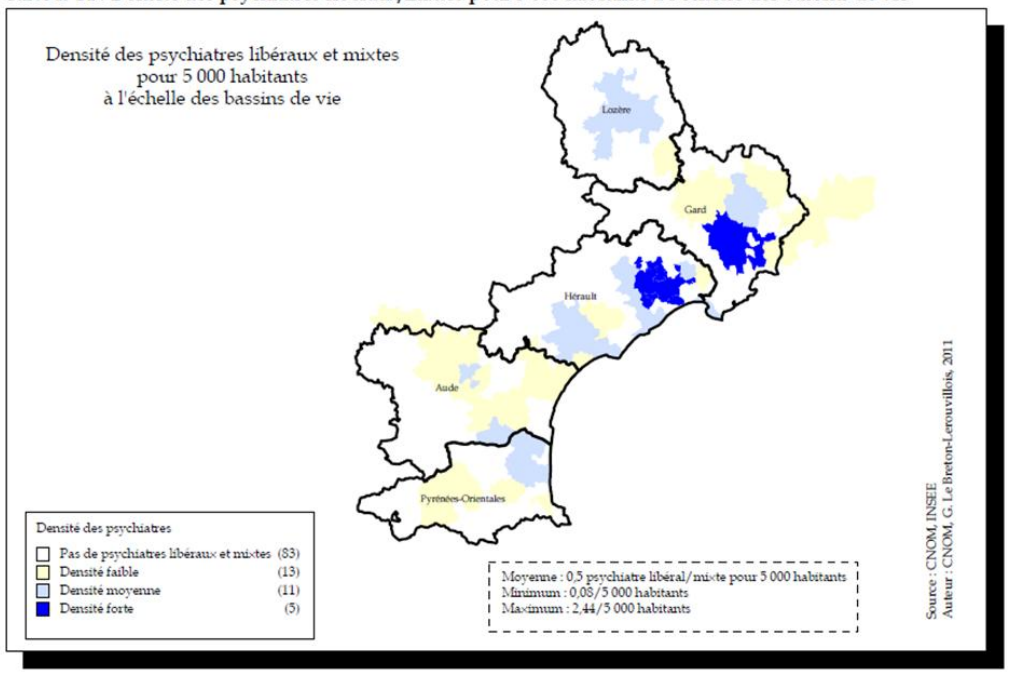
Globalement, des médecins spécialistes faiblement représentés

En 2011, le territoire compte 14 médecins spécialistes en exercice toutes disciplines confondues. La densité s'élève à 0.2 spécialistes pour 1 000 habitants sur le territoire du Pays contre 1.4 sur le département. Sur l'ensemble du territoire, en 2011, 1 seul gynécologue est comptabilisé et aucun pédiatre ni psychiatre.

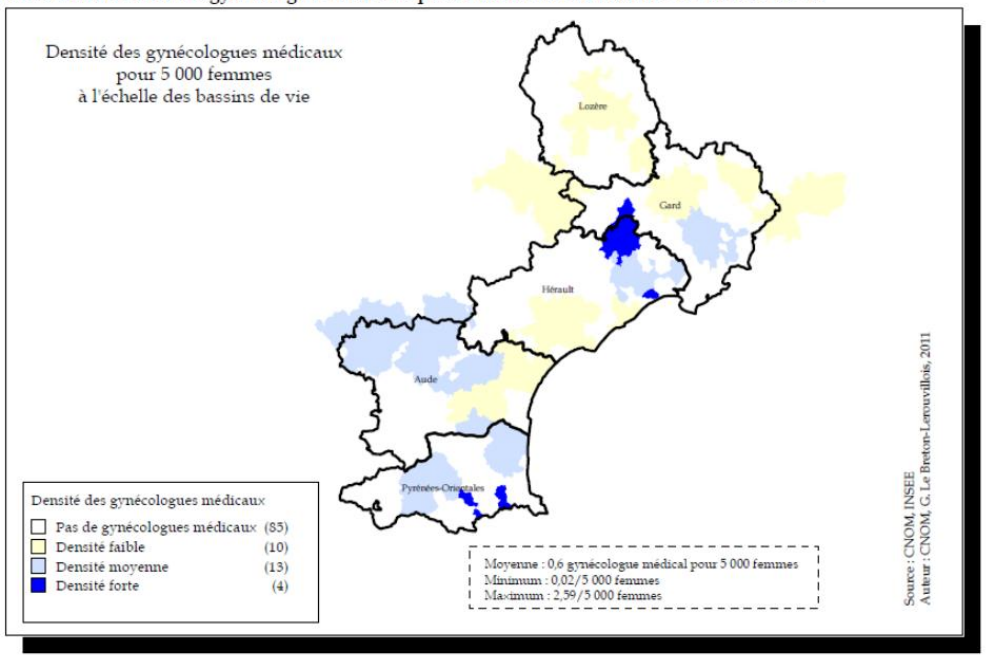
Carte n°13 : Densité des pédiatres libéraux/mixtes pour 5 000 enfants âgés de moins de 15 ans à l'échelle des bassins de vie



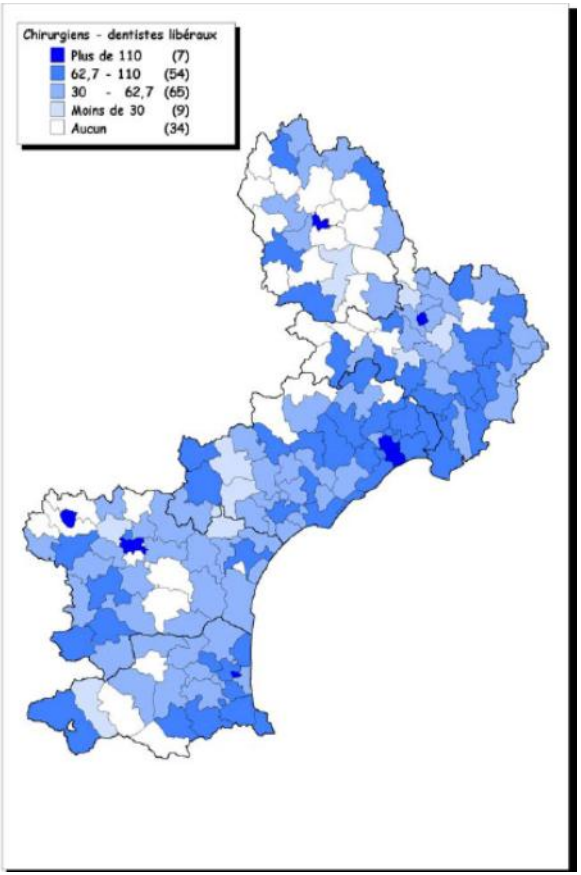
Carte n°14 : Densité des psychiatres libéraux/mixtes pour 5 000 habitants à l'échelle des bassins de vie



Carte n°10 : Densité des gynécologues médicaux pour 5 000 femmes à l'échelle des bassins de vie



La densité de chirurgiens dentistes libéraux fait apparaître une situation plus contrastée. Les dentistes sont au nombre de 26 sur le territoire en 2009 et la densité s'élève à 0.4/1000 habitants contre 0.9/1000 sur le département. Mais au niveau infra territorial, aucun chirurgien dentiste n'est présent sur le canton de Lunas et les cantons de Saint-Chinian, Olargues et Roujan affichent une faible densité comprise entre 0 et 2.6/10 000 habitants, quand la moyenne régionale s'élève à 6.6. Seul le canton de Bédarieux est au dessus de la moyenne régionale (6.9/10 000). La problématique du vieillissement est également vraie pour les dentistes puisque sur la totalité des professionnels sur le territoire, près de la moitié a 55 ans et plus[70].



[70] Source : diagnostic santé-social 2009 fait par le Pays

Des infirmiers globalement présents sur le territoire

En 2009, la densité d'infirmiers libéraux sur l'ensemble du territoire s'élève à 4.4 pour 1 000 habitants. Même si elle est inférieure à celle du département (8.9/1 000 habitants), le nombre total d'infirmiers libéraux installés s'élève à 272 en 2009. Les cantons de Saint-Chinian (37.1/10 000 habitants), Saint Gervais sur Mare (34.8/10 000), Lunas (29.6/10 000) et Murviels-lès-Béziers (30.4/10 000) affichent les densités les plus élevées. Elles sont supérieures à la densité régionale (23.4/10 000 habitants). Les cantons d'Olonzac (9.2/10 000) et Saint-Pons-de-Thomières (14.9/10 000) sont particulièrement sous dotés en infirmiers libéraux en comparaison au niveau régional.

Une offre hospitalière de proximité

Deux Centres Hospitaliers (CH) et une clinique sont implantés sur le territoire du Pays. Les deux CH sont situés l'un à Bédarieux, l'autre à Saint-Pons-de-Thomières. La Clinique est implantée à Bédarieux. Dans ce contexte rural, ces établissements hospitaliers de proximité sont des structure-pivots qui favorisent l'accès aux soins de la population du territoire. Aujourd'hui, ils sont dotés de lits de médecine mais la pérennisation de leur capacité d'accueil sera probablement remise en cause dans les 5 années à venir[71].

Deux maisons de santé pluridisciplinaires sur le territoire

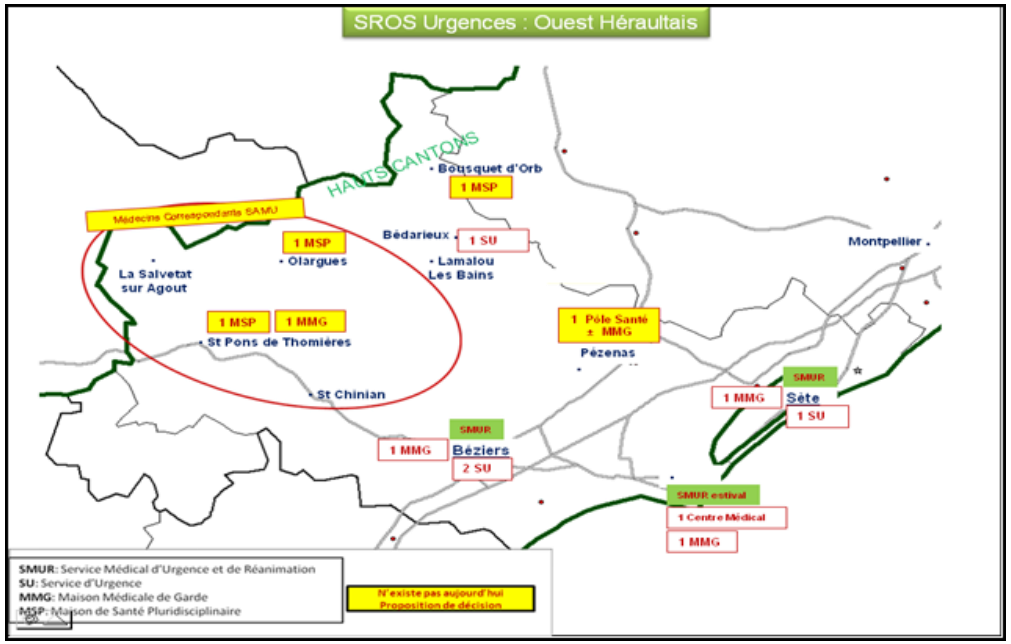
Les deux maisons de santé pluridisciplinaires sont localisées à Saint-Pons-de-Thomières et au Bousquet-d'Orb. Des équipes pluridisciplinaires proposent des consultations régulières au sein de ces deux structures de proximité (dentiste, médecins généralistes, infirmières, orthophoniste, kinésithérapeute, sage-femme etc.).

[71] Projet Régional de Santé Languedoc Roussillon : Plan Stratégique Régional de Santé, Schéma Régional de l'Organisation des Soins hospitaliers et ambulatoires (http://www.ars.languedocroussillon.sante.fr/PRS.100216.0.html)

Les acteurs locaux impliqués dans la prise en charge des soins non programmés et des urgences

La commune de Saint-Pons-de-Thomières accueille l'un des six centres de secours des pompiers principaux du département. L'effectif (plus de 400 pompiers) est composé très majoritairement de bénévoles de sexe masculin dont l'âge moyen est de 36,6 ans. Le service des Urgences de la Clinique de Bédarieux est un autre acteur impliqué dans la prise en charge des urgences, même si celui-ci ne dispose pas de Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) et n'assure donc pas le transport des personnes. Enfin, le SMUR du Centre Hospitalier de Béziers est un autre acteur important qui intervient sur le territoire du Pays[72].

En outre, les médecins de la Maison Médicale de Garde (MMG) de Béziers assurent en lien avec les médecins libéraux locaux la permanence des soins au sein de l'hôpital local de Saint-Pons-de-Thomières. Hormis pour les secteurs de Capestang, Saint-Chinian, Faugères et Murviels-les-Béziers rattachés à la Maison Médicale de Garde de Béziers, la permanence des soins est assurée par les médecins généralistes libéraux installés sur le territoire du Pays[73].



[72] Source : diagnostic santé-social 2009 fait par le Pays
[73] Annexe : diaporama sur le projet Permanence des soins

Pour la prise en charge des urgences, les pompiers sont les premiers acteurs mobilisés. Les services des pompiers sont assez bien répartis sur le territoire ainsi que les services d'ambulances.

Raisons des appels aux 15 (2008)

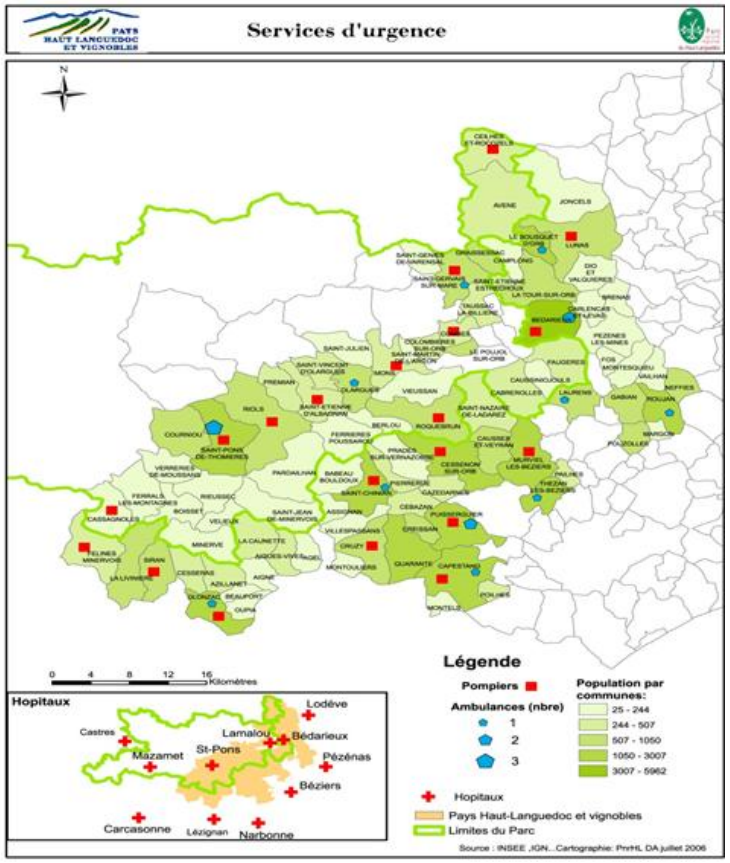
	Nombre
Chute	828
Malaise	577
Accident voie publique	296
Pédiatrie médicale	245
Traumatisme	219
Problème respiratoire	171
Problème psychologique	166
Problème cardiaque	139
Problème neurologique	105
Tentative de suicide	90
Parturiente	64
Intoxication	54
Rixe/agression	35
Brûlure	10
Catastrophe	6
Raison non mentionnée	2 732

Réponses du SAMU (2008)

	Nombre
Centre de secours pompiers de Saint Pons de Thomières	2 918
Médecins libéraux	1 159
SMUR du CH de Béziers	391
Ambulances privées	961
Hélicoptère, sécurité civile	46

Destinations des patients (2008)

	Nombre
Béziers	2 265
Bédarieux	601
Narbonne	300
Boujan/Libron	198
Mazamet	187
Laissé sur place	172
Montpellier	98
Carcassonne	97
Décédé	62
Pézenas	44
Castres	39



Analyse de la prise en charge des patients sur le territoire du Pays

Les informations transmises dans cette partie ont été majoritairement recueillies auprès des professionnels et des élus du territoire dans le cadre de plusieurs entretiens collectifs visant à recenser les problématiques relatives à l'offre de 1er recours et la prise en charge des patients au niveau local. Pour la thématique de l'offre de 1er recours et prise en charge des urgences, une seule réunion a été organisée. La représentation des acteurs concernés par ces questions était partielle (acteurs présents : pompiers, services des Urgences du CH de Béziers). Ces informations sont subjectives et doivent donc être interprétées prudemment. D'autre part, il s'agit bien de grandes tendances *a priori* en œuvre sur le territoire.

LA CONTINUITE DES SOINS FRAGILISEE PAR UNE REPARTITION INEGALE DES PROFESSIONNELS SUR LE TERRITOIRE ET UN NOMBRE IMPORTANT DE MEDECINS PROCHES DE LA RETRAITE

Selon les professionnels et Elus interrogés, globalement, le Pays est une zone sinistrée en matière de démographie médicale. Selon eux, trois problématiques majeures ressortent : 1) la répartition inégale des médecins généralistes en exercice et de certaines spécialités (dentistes par exemple) sur le territoire, 2) le risque de pénurie de médecins généralistes d'ici 5 à 10 ans lié à la problématique du vieillissement des professionnels et à leur remplacement (les zones rurales attirent moins les jeunes médecins), 3) globalement, la faible représentation de certaines disciplines sur le territoire (gynécologie, pédiatrie, psychiatrie), la répartition inégale de certaines spécialités et le vieillissement/remplacement des professionnels spécialisés en exercice. De manière plus transversale, les caractéristiques du territoire génèrent un problème d'accès aux services de santé (barrière géographique, zone de montagne qui traverse d'est en ouest le territoire). Pour chaque problématique, des zones sont plus concernées et considérées comme plus fragiles. Par exemple Bédarieux dispose d'un nombre de médecin relativement satisfaisant mais parmi eux, un nombre important proche de la retraite. Au niveau de la répartition des professionnels actuellement en exercice (médecins généralistes et spécialistes), le territoire des Hauts Cantons est particulièrement sous doté, ce qui soulève la question de la potentielle inégalité d'accès aux soins sur cette zone.

UN ACCES INEGAL A L'AIDE MEDICALE URGENTE SUR LE TERRITOIRE

Selon les professionnels interrogés, les problématiques relatives à l'Aide Médicale Urgente (AMU) sur le territoire sont liées aux contraintes géographiques qui déterminent des temps d'accès plus ou moins longs selon la zone de résidence des habitants. Le seul service des Urgences est situé à Bédarieux. Certaines zones sont donc très éloignées de ce service et l'accès en est d'autant plus freiné par la zone de montagne[74]. Plusieurs cantons présentent des temps d'accès compris entre 40 et 50 minutes. En outre, en particulier sur la zone du Haut Languedoc, le nombre et l'âge des médecins en exercice rend difficile l'intervention systématique d'un médecin dans le cadre de la prise en charge des urgences. De plus, le faible nombre de médecins libéraux formés à l'AMU est un autre frein à leur intervention dans ce cadre là.

UNE PERMANENCE DES SOINS A RENFORCER SUR CERTAINES ZONES

Selon les professionnels, le manque de médecins dans certaines zones du territoire freine considérablement la mise en place d'une permanence des soins. Moins les médecins sont nombreux, plus la charge de travail sur les créneaux soirée, nuit profonde, week-end et jours fériés est importante. La motivation des médecins pour intervenir sur ces créneaux serait encore plus réduite lorsque ceux-ci sont proches du départ à la retraite. La mise en place d'une permanence des soins sur un territoire est largement liée à la capacité, disponibilité et volonté des médecins de s'investir dans ce cadre là. Ainsi, certaines zones du territoire sont particulièrement en difficulté pour répondre à la demande de soins non programmés et pour la prise en charge des urgences par un médecin le soir après 20h, durant le week-end et les jours fériés. Cependant, dans certaines zones, la volonté des médecins généralistes libéraux permet d'assurer un système de garde efficace (Le Minervois et le Pays-Saint-Ponais par exemple).

[74] Source : diagnostic santé-social 2009 fait par le Pays

Ressentis des élus locaux sur l'état de l'offre de soins[75]

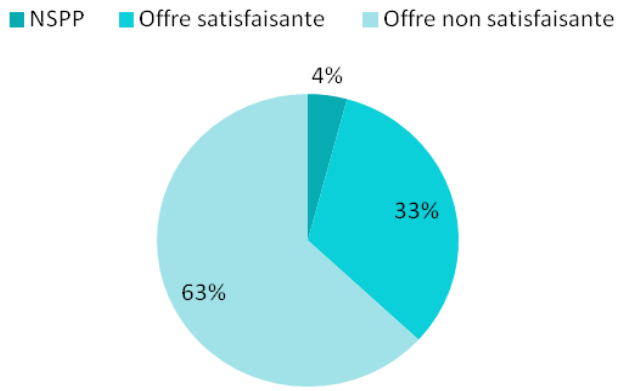
Afin d'associer les élus à la démarche du diagnostic, une consultation a été lancée auprès de l'ensemble des conseillers municipaux pour recueillir leurs « ressentis » vis-à-vis de l'offre de soins, de prévention et d'urgence. Cette enquête par questionnaire a été réalisée du 9 octobre au 9 novembre 2012.

Réalisée sur un temps très court, ce travail présente des biais liés aux conditions générales de l'enquête (formulation des questions parfois incomplètes, consignes non respectées par certains répondants, retour parfois partiel du questionnaire).
Des biais sont également à retenir par rapport à la lecture des résultats :

- Une représentation partielle des communes et des communautés de communes
- Un « poids » inégal entre les communautés de communes : nombre de réponses par communautés de communes inégal, représentation partielle des communes au sein des communautés de communes
- Surreprésentation de la partie Vignobles par rapport au Haut Languedoc

Présentation des résultats à l'échelle du Pays

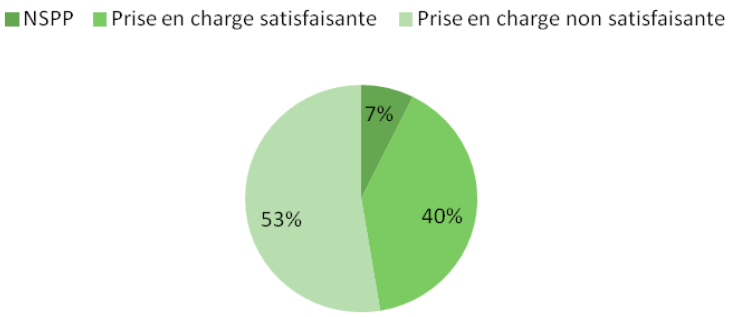
Une majorité d'élus estime que l'offre de soins n'est pas satisfaisante.



Les raisons pour lesquelles les élus estiment ne pas être satisfaits de l'offre de soins sont à la fois :

- **Le manque de professionnels de santé sur le territoire : médecins généralistes, dentistes et gynéco** (cité par la majorité des élus se disant non satisfaits)
- **Le non-remplacement des professionnels vieillissants qui partent à la retraite / risque à moyen terme de désertification médicale** (cité par 13 élus)
- **La difficulté pour obtenir un RDV chez les professionnels et le délai d'attente considéré « trop long »** (cité par 9 élus)
- **L'absence du système de garde le WE, jours fériés, soirées (intervention d'un médecin)** (cité par 9 élus)
- **L'éloignement des services hospitaliers, des spécialistes, des structures de santé, des maisons médicales et des Urgences** (cité par 7 élus)
- La surcharge de travail des professionnels (cité par 3 élus)
- Le manque de visites à domicile/déplacements des médecins chez les patients (cité par 2 élus)

Sur les questions de l'urgence, les élus contactent principalement les pompiers (63% des répondants) et les services de régulation (32 % contactent le SAMU). Concernant le ressenti des élus sur le système de prise en charge des urgences, les résultats sont plus mitigés puisqu'une petite majorité de répondants déclare ne pas être satisfaits.

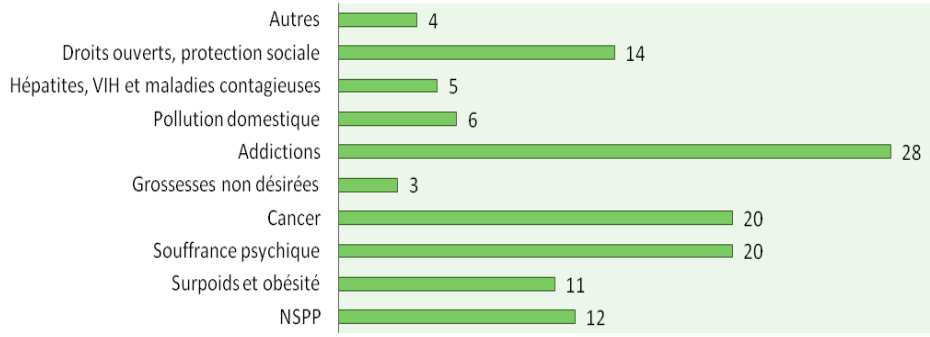


[75] **Annexe 19 : résultats généraux de l'enquête**

Les raisons pour lesquelles les élus estiment ne pas être satisfaits du système de prise en charge des urgences sont à la fois :

- **L'encombrement des urgences, du service des pompiers et le temps d'attente trop long (aux Urgences et à domicile)** (cité par 22 élus)
- **L'absence de médecins et/ou difficultés à les joindre pour les urgences en dehors des heures d'ouverture des cabinets ; absence du système de garde absent -> remplacement par les pompiers** (cité par 13 élus)
- **L'éloignement du service des Urgences – problème le WE** (cité par 12 élus)
- Le problème de la prise en charge des urgences après minuit, le Week-End, les jours fériés (cité par 3 élus)
- Le problème de l'orientation vers les Urgences pour des problèmes qui ne relèvent pas des Urgences – problème de l'orientation systématique vers Béziers (cité par 3 élus)
- Qualité des soins : diagnostic, évacuation sur Montpellier risquée (cité par 3 élus)
- Le manque de spécialisation, de qualification des intervenants dans la prise en charge des urgences (cité par 2 élus)
- Le manque de services d'urgences sur le territoire (cité par 1 élu), le manque de moyen (cité par 1 élu),
- Le problème du suivi de la personne prise en charge en urgences (cité par 1 élu)

Au sujet de l'offre de prévention, les élus estiment majoritairement qu'elle est insuffisante dans les domaines des addictions, des cancers et de la souffrance psychique. Certains élus ont aussi relevé un manque d'offre de prévention sur les questions du surpoids et de l'obésité et de la protection sociale.



A travers cette consultation, les élus ont également pu s'exprimer sur les autres problématiques importantes qu'ils auraient constatées sur le territoire.
Dans la plupart des cas, les élus ont souligné :

Des problématiques spécifiques aux personnes âgées (citées par 13 élus)

- *Dépression, anorexie, isolement, sentiment d'abandon, souffrance psychique*
- *Eloignement des services, structures de santé et professionnels*
- *Manque d'encadrement des familles (aidants)*
- *Problème du transport, manque de moyens de transport*
- *Maintien à domicile onéreux*
- *Maladies liées à la fin de vie*

Le problème de la prise en charge des problèmes/urgences les WE et jours fériés par les médecins (remplacés par les infirmières, pompiers) (cité par 10 élus)

Le manque de professionnels (médecins généralistes, spécialistes, médecins scolaires, kinésithérapeutes, maternité) (cité par 9 élus)

Le risque de désertification médicale (généraliste, spécialiste) (cité par 7 élus)

Présentation des résultats à l'échelle des communautés de communes

67% des communautés de communes représentées dans cette enquête présentent une majorité d'élus non satisfaits de l'offre de soins

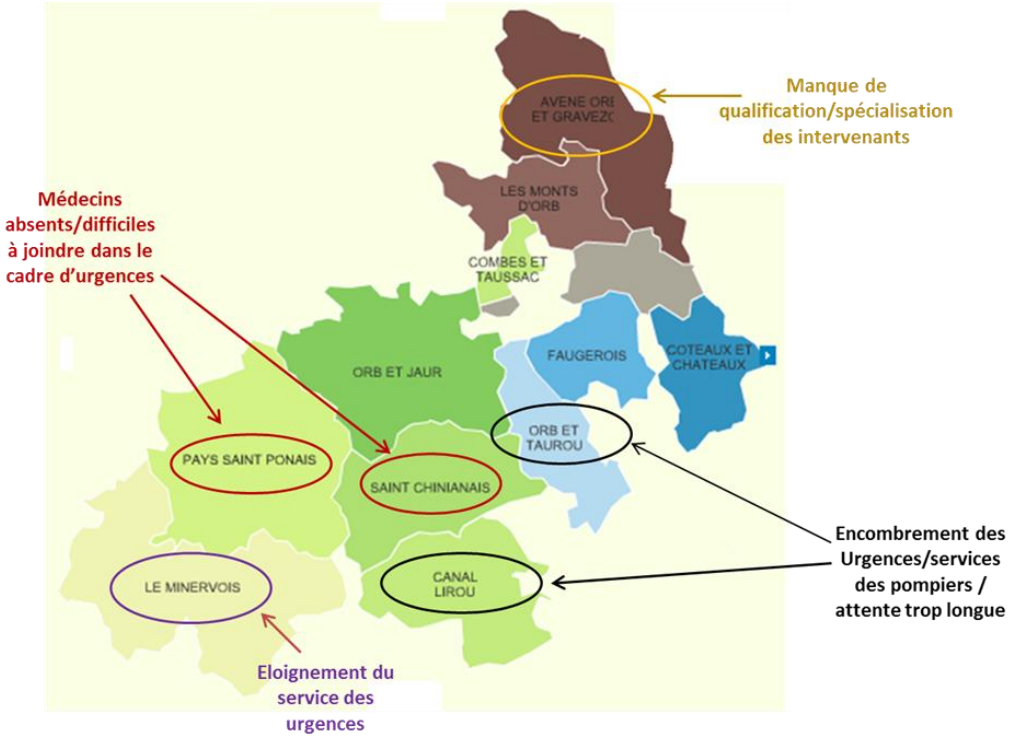
- **Canal-Lirou :** 77% ont déclaré ne pas en être satisfaits (17/22)
- **Orb et Taurou :** 57% ne sont pas satisfaits (12/21)
- **Saint-Chinianais :** 87% ne sont pas satisfaits (13/15)
- **Pays-saint-Ponais :** 88% ne sont pas satisfaits (7/8)
- **Avène Orb et Gravezon** : 6 / 6 ne sont pas satisfaits
- **Monts-d'Orb :** 1 /1 n'est pas satisfait

Le manque de professionnels (médecins généralistes, dentistes et gynécologues) est la première raison pour laquelle les élus ne sont pas satisfaits de l'offre de soin. Cette raison est évoquée en majorité dans les communautés de communes Le Minervois, Canal-Lirou, Saint-Chinianais, Pays Saint-Ponais, Avène Orb et Gravezon et dans la commune du Poujol-sur-Orb. La seconde raison concerne le problème du remplacement des professionnels vieillissants et le risque de désertification.

55% des communautés de communes représentées dans cette enquête présentent une majorité d'élus non satisfaits du système de prise en charge des urgences

- **Canal-Lirou :** 54% des répondants ne sont pas satisfaits (12/22)
- **Orb et Taurou :** 61% ne sont pas satisfaits (11/18)
- **Pays-saint-Ponais :** 75% ne sont pas satisfaits (6/8)
- **Avène Orb et Gravezon :** 83% ne sont pas satisfaits (5/6)
- **Coteaux et Chateaux :** 1/2 n'est pas satisfait

Comme présente la carte ci-contre, les raisons majeures pour lesquelles les élus ne sont pas satisfaits du système de prise en charge des urgences varient selon les communautés de communes.



Projets et actions en cours / perspectives

La prise en charge des urgences et la permanence des soins dépendent de la mobilisation, de l'engagement des acteurs médicaux et de la concertation entre eux et les instances décisionnaires. Jusqu'à maintenant, l'adhésion des professionnels à un projet commun et à une démarche territoriale était fragile. Toutefois, leur état d'esprit et leur motivation semblent avoir évolué de façon positive ces derniers temps. Cette évolution est probablement la première étape du processus d'amélioration de la situation et elle mérite d'être soutenue et accompagnée. De plus, depuis l'écriture du Projet Territorial de Santé en 2010, plusieurs actions visant à améliorer l'offre de prise en charge ont vu le jour (maisons de santé, antenne de maison médicale de garde) et de nouveaux projets sont à l'étude (télémédecine, pôle de santé / maison de santé). Ces initiatives méritent également d'être soutenues et idéalement, pérennisées.

Pôle de santé / Maisons de santé

Trois projets de regroupement de professionnels de santé sont en cours sur le territoire.

Un projet de Maison de Santé Pluriprofessionnelle à Olonzac est en cours d'élaboration associant professionnels de santé et élus ; le projet est porté par la Communauté de Communes Le Minervois.

Une réflexion autour d'un projet de Pôle de Santé pluriprofessionnel a été engagée à l'automne 2012 à Saint-Chinian. Les professionnels de santé ne souhaitent pas s'investir dans la construction de nouveaux locaux mais plus dans la construction d'un réseau autour d'un projet de soins et de prévention.

A Roujan, les professionnels de santé se sont mobilisés pour se regrouper dans un même lieu. Toutefois, la commune n'étant pas classée en zone déficitaire, l'engagement de la collectivité dans ce projet est limité.

Télémédecine

En 2010, le Pays a sollicité le cabinet 2im pour réaliser une étude sur la télésanté. Ce travail avait pour objectif de déterminer quels aspects de la télésanté pourraient être mis en place sur le territoire, compte tenu des besoins et des spécificités locales (démographie médicale, contraintes techniques,…). Au terme de l'étude, deux axes ont été retenus par le comité de pilotage :

- L'expérimentation de la télépsychiatrie, afin de faciliter et améliorer l'accès aux soins dans le domaine de la santé mentale
- La téléformation du personnel d'aide à domicile et du personnel soignant, afin d'améliorer la coordination entre les professionnels de santé intervenant à domicile.

La priorité a été mise sur le projet de télépsychiatrie, car un travail de définition plus précise du fonctionnement des services d'aide à domicile (organisation de la formation, problématiques dans ce domaine,…) doit être réalisé au préalable de la mise en œuvre.

La télépsychiatrie sur le territoire du Pays est un projet pilote de mise en œuvre de la télémédecine entre le service de psychiatrie adulte du Centre hospitalier (CH) de Béziers et le Centre Médico-Psychologique (CMP) de Saint-Pons-de-Thomières. Le Centre hospitalier de Saint-Pons-de-Thomières sera le site d'expérimentation.
D'une durée d'un an, ce projet a vocation à être pérennisé, voire dupliqué, sur le territoire (au sein d'autres CMP, dans les maisons de retraite et maisons de santé,…).

Plusieurs facteurs ont déterminé le choix du territoire d'expérimentation :

- Le territoire des Hauts Cantons est marqué par une forte précarité, cumulée à des difficultés d'accès aux soins
- Le secteur de Saint-Pons-de-Thomières bénéficie d'une présence hebdomadaire du service de psychiatrie du CH Béziers. Toutefois, de par son éloignement, cette présence ne permet pas un suivi régulier satisfaisant des patients.
- Le médecin psychiatre en charge du secteur est volontaire pour expérimenter la télépsychiatrie

Par l'usage de la télémédecine, le projet doit permettre entre autres :

- D'améliorer la prise en charge psychiatrique des patients du secteur (Saint-Pons-de-Thomières, Olargues) notamment par un meilleur accès aux soins de psychiatrie et une meilleure coordination/un meilleur maillage territorial des soins psychiatriques
- De diminuer si possible le nombre de déplacements (de patients, de professionnels de santé).
- De faire bénéficier les personnes des secteurs de psychiatrie éloignés du Centre Hospitalier de Béziers de soins équivalents à ceux de la population générale ; il s'agit d'assurer à celles-ci qualité et continuité des soins ;
- De maintenir une offre de soins de qualité dans les Centres Médicaux-Psychologiques du territoire ;

Les actes de télémédecine prévus (téléconsultation, téléassistance médicale) ne seront réalisés qu'après une ou plusieurs premières consultations en face à face et sur l'accord du patient. Grâce à ces actes, du temps pourra être libéré sur les journées de consultations au CMP, permettant ainsi d'accueillir plus de patients quand le psychiatre se rendra à Saint-Pons. La télémédecine ne vient donc pas remplacer la présence du psychiatre sur le territoire mais au contraire permettra de renforcer son intervention, étant donné que plus d'heures (en présence et à distance) seront consacrées aux patients. Le psychiatre continuera à se déplacer à Saint-Pons deux fois par mois.

CONCLUSION

En conclusion, ce rapport n'a pas vocation à préfigurer les axes d'un Contrat Local de Santé sur le territoire du Pays. Il n'a pas non plus l'objectif de mettre en avant, de préconiser ou encore de recommander les axes prioritaires d'intervention sur le territoire. Il n'est pas l'outil unique sur lequel repose la décision de contractualiser des axes d'intervention sur ce territoire et n'a pas été élaboré dans l'optique de «convaincre» ou de «dissuader». Il vise à retranscrire le plus fidèlement et avec toute la neutralité possible, une approche analytique du territoire, à travers les données qui ont pu être amassées sur les 3 mois de l'étude.

Freins et leviers à la conduite de cette étude

En premier lieu, il faut présenter les facteurs qui ont freiné, parfois limité, la conduite de cette étude. L'intérêt de présenter ces éléments est de constituer une base de réflexion autour des perspectives et pistes de travail à court, moyen et long terme. Le dernier paragraphe de ce rapport proposera donc quelques pistes de travail à étudier.

Même si la mission de l'IREPS a démarré en juillet 2012 au moment de la signature de la convention d'objectifs et de moyens avec l'ARS, la personne en charge du dossier, n'a été recrutée qu'au 1er octobre. Entre juillet et octobre 2012, quelques initiatives ont été prises du côté de l'IREPS pour démarrer la mission. Cependant, plusieurs contraintes comme la période des vacances d'été, ont freiné considérablement le démarrage du travail effectif sur la mission dès juillet 2012. Ainsi, celui-ci a réellement démarré le 1er octobre 2012 ; le temps disponible pour mener cette mission était de trois mois au lieu de six ; cette contrainte temps a impacté le suivi d'une méthodologie pourtant rigoureuse et a limité l'appropriation des données du territoire. Cette première limite a eu un impact sur plusieurs autres aspects de la conduite de l'étude.

Tout d'abord, elle a généré la contrainte de mener « de front » les grandes phases d'élaboration d'un diagnostic, alors que du point de vue théorique, elles doivent être assimilées et franchies les unes après les autres.

Cette contrainte a généré une appropriation et une intégration partielles des éléments caractéristiques du territoire. Le temps réservé à la « prise de recul » et à la « digestion » des données qui permet neutralité et compréhension objective et « juste » des problématiques, a été largement réduit. Le temps réservé à la rédaction du rapport final était lui aussi beaucoup trop court, comparé à la masse d'informations disponibles et à l'étendue du territoire.

En outre, la confrontation avec le terrain, les visites sur site et la consultation des habitants, sources d'informations fondamentales, n'ont pas été possibles. Cette limite doit être prise en compte dans l'interprétation des informations livrées dans ce rapport.

Le temps de cette mission n'a pas permis de faire un recensement exhaustif des ressources locales, étape qui ne doit pourtant pas être négligée dans le cadre d'un diagnostic. En effet, elles sont la base de l'analyse des « réponses » apportées aux habitants du territoire sur les problématiques auxquelles ils sont exposés, enjeu majeur d'un diagnostic. Un recensement partiel a été fait, au fur et à mesure, dans le cadre des entretiens collectifs par le biais des professionnels et grâce à la personne en charge du dossier au niveau du Pays qui a pu transmettre à l'IREPS, sa connaissance en la matière. Cette limite doit être également prise en compte dans l'interprétation des résultats de cette étude.

En ce qui concerne la collecte de données quantitatives, le découpage administratif des « Pays » est rarement exploité par les organismes qui produisent des données épidémiologiques. Il s'agit d'un territoire dit « à façon » et son étude requiert la production de nouvelles données et donc de faire appel à un organisme spécialisé.
Toujours sur l'aspect quantitatif, la multiplicité des sources d'informations et donc « l'éparpillement » des données ont freiné considérablement l'acquisition d'un set de données exploitables. Souvent, les données relatives aux différents échelons n'étaient pas comparables entre elles, car ne correspondaient pas aux mêmes indicateurs et/ou ne portaient pas sur la même année. Une donnée, même si elle porte sur le territoire d'étude, n'a que peu d'intérêt si elle ne peut pas être comparée avec la donnée relative à l'échelon supérieur selon le même indicateur et la même année.

Ces contraintes ont freiné la comparaison entre le territoire d'étude et le niveau supérieur de l'Hérault et a fortiori, la possibilité de situer le Pays et donc d'approcher de manière « juste » et objective, son « degré de fragilité ».
Les mêmes contraintes existent pour l'étude infra territoriale du Pays, autrement dit l'étude des zones à l'intérieur du territoire global, comme les communautés de communes ou les communes. L'étude infra territoriale est un des principaux volets du diagnostic car elle permet d'identifier les zones plus fragiles, les groupes plus en difficulté et d'approcher la problématique des inégalités. Même si une première analyse des inégalités est proposée dans ce rapport, l'étude de cet aspect-là a été largement limitée par cette contrainte.
Enfin, selon les sources, les chiffres relatifs au même indicateur étaient parfois très différents et ces écarts ont souvent soulevé la question de la fiabilité des données disponibles. L'interprétation des éléments de ce diagnostic et notamment des éléments chiffrés présentés dans ce rapport, doit donc prendre en compte cette limite.

Il faut aussi citer les axes qui n'ont pas pu être suffisamment creusés au cours de ces 3 mois. Parmi les 3 thématiques prioritaires du Pays, l'étude de l'offre de soins 1er recours/urgences a été limitée d'une part par l'impossibilité d'organiser sur cette période, la consultation des professionnels libéraux du territoire. De plus, les éléments recueillis sur cette thématique sont issus d'un petit échantillon de professionnels qui n'est pas vraiment représentatif. Enfin, en termes d'équité, un seul entretien collectif a pu être organisé sur cet axe-là, contre deux pour chaque population.

Pour finir, plusieurs contraintes comme le manque de temps lié aux autres missions de la personne en charge du dossier au niveau du Pays, ont limité son investissement dans l'appropriation des nouveaux éléments de diagnostic. Elle est pourtant la personne en lien direct avec les décideurs et peut ainsi leur transmettre les éléments pour les aider à définir une « Action de santé Locale » la plus cohérente possible. Plus globalement, certains choix méthodologiques ont été contraints par l'expérience passée du Pays sur la démarche diagnostic (expérience avec les professionnels libéraux par exemple) et par le temps effectif de la mission, inapproprié à l'étendue du territoire d'étude.

Dans un deuxième temps, il faut souligner les nombreux éléments qui ont facilité ce travail. Tout d'abord, ce territoire bénéficie d'une forte volonté politique des élus locaux d'agir en faveur de la santé de la population.
Leur engagement existe depuis plusieurs années et ne semble pas s'essouffler en 2013. Ce travail a donc été mené dans un contexte «politique» favorable, qui a largement soutenu la démarche.
En outre, une démarche de diagnostic initiée par le Pays est en œuvre depuis plusieurs années sur le territoire. Le diagnostic santé-social réalisé entre 2008 et 2009 par le Pays avec l'aide du Comité Régional d'Education pour la Santé (CRES) (ex IREPS) a donné lieu à un Projet Territorial de Santé. Ce PTS a permis la mise en place de nombreuses initiatives à partir de 2010. Cette expérience et le travail effectué dans ce cadre-là ont été capitalisés dans plusieurs documents accessibles. L'accès aux documents qui capitalisent l'expérience est un élément très facilitant dans un travail d'actualisation et de remaniement d'un « existant ».

Par ailleurs, à travers son PTS, le territoire du Pays dispose d'un cadre d'intervention « pensé » et « réfléchi » en matière de santé publique et promotion de la santé. De plus, ce cadre a été élaboré en concertation avec les acteurs locaux. Fort de son expérience en matière de coordination et de soutien au partenariat local, le Pays soutient des dynamiques sur son territoire qui ont été facilement mobilisées dans le cadre de cette étude. Il faut d'ailleurs souligner les taux de participation particulièrement élevés, des professionnels aux entretiens collectifs et des élus à l'enquête par questionnaire.

La forte mobilisation des professionnels locaux pour l'actualisation du diagnostic du Pays est probablement le signe d'un fort engagement en faveur de la santé de la population. Aujourd'hui, ces professionnels semblent toujours engagés et motivés.

Pistes / perspectives de travail

Tout d'abord, il faut noter que la définition des perspectives de travail et des axes à approfondir dépend des orientations du future Contrat Local de Santé et des axes de travail qui seront retenus. Toutefois, à ce stade de l'étude, plusieurs pistes ont été identifiées. Parmi celles présentées ci-dessous, une ou plusieurs pourront être retenues en fonction des objectifs posés et validés du future Contrat Local de Santé.

Une première piste de travail pourrait être **l'approfondissement de la connaissance des problématiques sur l'axe « offre de soins de 1er recours et prise en charge des urgences » qui semble être un objectif à court/moyen terme important pour le Pays**. D'ailleurs, les membres du groupe de travail naissant sur cette thématique (qui se sont réunis une fois au cours de cette étude), souhaitent reconduire cette initiative. Toutefois, en l'état, ce groupe est partiellement représentatif. Il devra être composé notamment d'infirmières et de médecins libéraux, ou de leurs représentants. Dans cette perspective, l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) sera un partenaire incontournable. Des informations complémentaires sur cette thématique devront être collectées auprès des centres hospitaliers également.

Ensuite, il ne faudra pas perdre de vue l'approfondissement de la connaissance du territoire en matière d'offre de prise en charge, tant sur la prévention que sur le soin. L'état des lieux des ressources présenté dans ce document n'est pas exhaustif et pourrait être complété. En particulier, l**a liste des ressources locales agissant dans le champ de la prévention doit être complétée**. Elle devra être la plus exhaustive possible pour apporter une base solide de réflexion autour des futures initiatives. En particulier, le recensement des ressources locales dédiées à la prise en charge des personnes âgées à domicile est une autre piste de travail. En outre, des informations complémentaires pourraient être apportées sur les lieux d'accouchement et de suivi des grossesses vers lesquels se tournent les femmes du territoire ainsi que le pourcentage des femmes par lieu de suivi et d'accouchement.

En outre, les besoins de la population n'ont été recensés que partiellement et uniquement par le biais des professionnels. Dans l'optique d'améliorer la connaissance du territoire sur cet aspect-là, **les habitants pourraient être consultés au même titre que les intervenants, tant sur leurs opinions que sur leurs difficultés.**

Une étude plus approfondie des zones plus fragiles à l'intérieur du territoire et des groupes de population plus exposés aux risques de santé ou plus touchés par les problématiques locales sont d'autres pistes de travail à moyen terme. L'approfondissement de ces éléments permettra de creuser la thématique vaste et délicate des inégalités de santé qui sont en jeu sur le territoire du Pays.

Au regard de l'étendue du territoire du Pays, **des micro-territoires d'expérimentation des futures actions et projets (tant pour l'animation d'un réseau local, l'amélioration de l'offre de prise en charge que pour l'action de prévention menée auprès du public directement), pourraient être identifiées.** Ces expérimentations pourraient être ensuite développées progressivement et si elles font leurs preuves (évaluation), étendues au reste du territoire.

Enfin, les professionnels des entretiens collectifs quel que soit le public (jeunes, personnes âgées), se sont largement exprimés sur les perspectives 2013 et «l'envie » de se réunir de nouveau, régulièrement, pour mettre en place des actions de manière collective, commune et concertée fait l'unanimité. Leur motivation repose désormais sur le besoin de mieux se connaitre pour mieux travailler ensemble et « passer à l'action ». Ainsi, **ce travail d'actualisation du diagnostic semble avoir donné naissance à des dynamiques locales, qu'il parait important de soutenir et coordonner dès début 2013.** Dans l'intérêt des habitants avant tout, mais aussi par respect pour l'engagement de ces acteurs qui ont « donné de leur temps » pour aider à actualiser le diagnostic 2009, leur volonté de s'impliquer sur le plus long terme mérite d'être soutenue et coordonnée.

Pour finir, en tant qu'espace de réflexion prospective, de coordination et de concertation, le Pays semble un porteur « légitime » dans une démarche de Contrat Local de Santé. L'engagement et la forte volonté des élus, d'améliorer les conditions contribuant à un état de santé satisfaisant de la population, est un autre atout important chez ce porteur. Il constitue un cadre favorable de par sa connaissance et son intervention globale et transversale sur le territoire, qui peut faciliter probablement la prise en compte des déterminants de santé les plus pertinents, dans un plan d'amélioration de la santé de la population du territoire.

BIBLIOGRAPHIE

1. 4ème Schéma gérontologique - 2008-2012, Conseil Général de l'Hérault

2. ANALYSE DES DONNEES DE SUICIDES EN LANGUEDOC-ROUSSILLON, Observatoire Régional de la Santé Languedoc Roussillon, février 2005

3. *Base d'indicateurs territorialisés - région Languedoc Roussillon*, Observatoire Régional de la Santé Languedoc Roussillon, Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales, décembre 2004

4. Conférence de presse du jeudi 18 octobre 2012, La démographie médicale en France, Dr Michel LEGMANN, Président – Conseil National de l'Ordre des Médecins et Dr Patrick ROMESTAING, Président de la section santé publique et démographie médicale - Conseil National de l'Ordre des Médecins

5. *Diagnostic santé-social*, Pays Haut Languedoc et Vignobles, avril 2009

6. DRASS Infos Languedoc Roussillon, *Précarité en Languedoc-Roussillon : des territoires très contrastés*, N°44, Octobre 2007

7. *ÉTUDE PAYSAGÈRE DU PAYS HAUT LANGUEDOC ET VIGNOBLES - diagnostic*, Pays Haut Languedoc et Vignobles, juin 2007

8. *Étude sur les besoins en mobilité dans le Piémont Biterrois, « Diagnostic d'adéquation de l'offre à la demande»*, CONSEIL GENERAL DE L'HERAULT, janvier 2005

9. Guide Caisse d'Allocations Familiales - *Le point sur…le contrat "enfance et jeunesse"*, septembre 2006

10. Guide Pratique - Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, France Alzheimer Hérault association, septembre 2012

11. La lettre aux retraités du régime général de la Sécurité Sociale, Parlons retraite, Sécurité sociale - assurance retraite, région Languedoc Roussillon, 2012

12. La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Languedoc Roussillon - situation au 1er juin 2011, Ordre National des médecins, Conseil National, sous la direction de P. Romestaing ;

13. Projet Territorial de Santé, Pays Haut Languedoc et Vignobles, avril 2010

14. Thèse présentée à l'Université Jean Monnet, *Organisation et pilotage de la prise en charge des patients dans le cadre du réseau des urgences*, Aissam Belaidi, décembre 2009

15. Projet Régional de Santé Languedoc Roussillon, Agence Régionale de Santé

    - Plan Stratégique Régional de Santé Languedoc Roussillon, Agence Régionale de Santé Languedoc Roussillon, 2011
    - Schéma Régional d'Organisation des Soins hospitaliers et ambulatoires, Agence Régionale de Santé

ANNEXES

Annexe 1 : Diaporama de présentation de la démarche de Contrat Local de Santé (31 janvier 2012)

Annexe 2 : Liste des communes membres du Pays Haut Languedoc et Vignobles, au 31 janvier 2012

Annexe 3 : Carte des communautés de communes membres du Pays Haut Languedoc et Vignobles, au 31 janvier 2012

Annexe 4 : Diaporama de présentation de la méthode d'actualisation du diagnostic, comité syndical du 19 octobre 2012

Annexe 5 : Tableau de suivi du travail d'actualisation du diagnostic

Annexe 6 : Diaporama de présentation du suivi de l'actualisation du diagnostic – commission des élus, 26 octobre 2012

Annexe 7 : Tableau récapitulatif de l'état d'avancement des travaux, décembre 2012

Annexe 8 : Liste des axes d'études pour dresser le portrait objectif du territoire

Annexe 9 : Diaporama de présentation, entretien collectif sur la thématique « Petite enfance et adolescence », 9 octobre 2012

Annexe 10 : Tableau de recensement des problématiques locales, groupe de travail « Petite enfance et adolescence »

Annexe 11 : Questionnaire élus – synthèse des résultats

Annexe 12 : Liste des indicateurs

Annexe 13 : Synthèse des groupes de travail

Annexe 14 : Liste des zones classées Natura 2000

Annexe 15 : Cartes personnes âgées : répartition des bénéficiaires du minimum vieillesse et répartition des personnes en situation de veuvage, CARSAT, 2010

Annexe 16 : Etude Programme d'Intérêt Général, Pays HLV, 2012

Annexe 17 : Carte de l'organisation de la prise en charge en santé mentale, Pays HLV, 2012

Annexe 18 : Organisation des permanences du PAEJ, octobre 2011

Annexe 19 : Questionnaire élus – Récapitulatif de la non satisfaction des répondants vis-à-vis de l'offre de soins et de la prise en charge des urgences