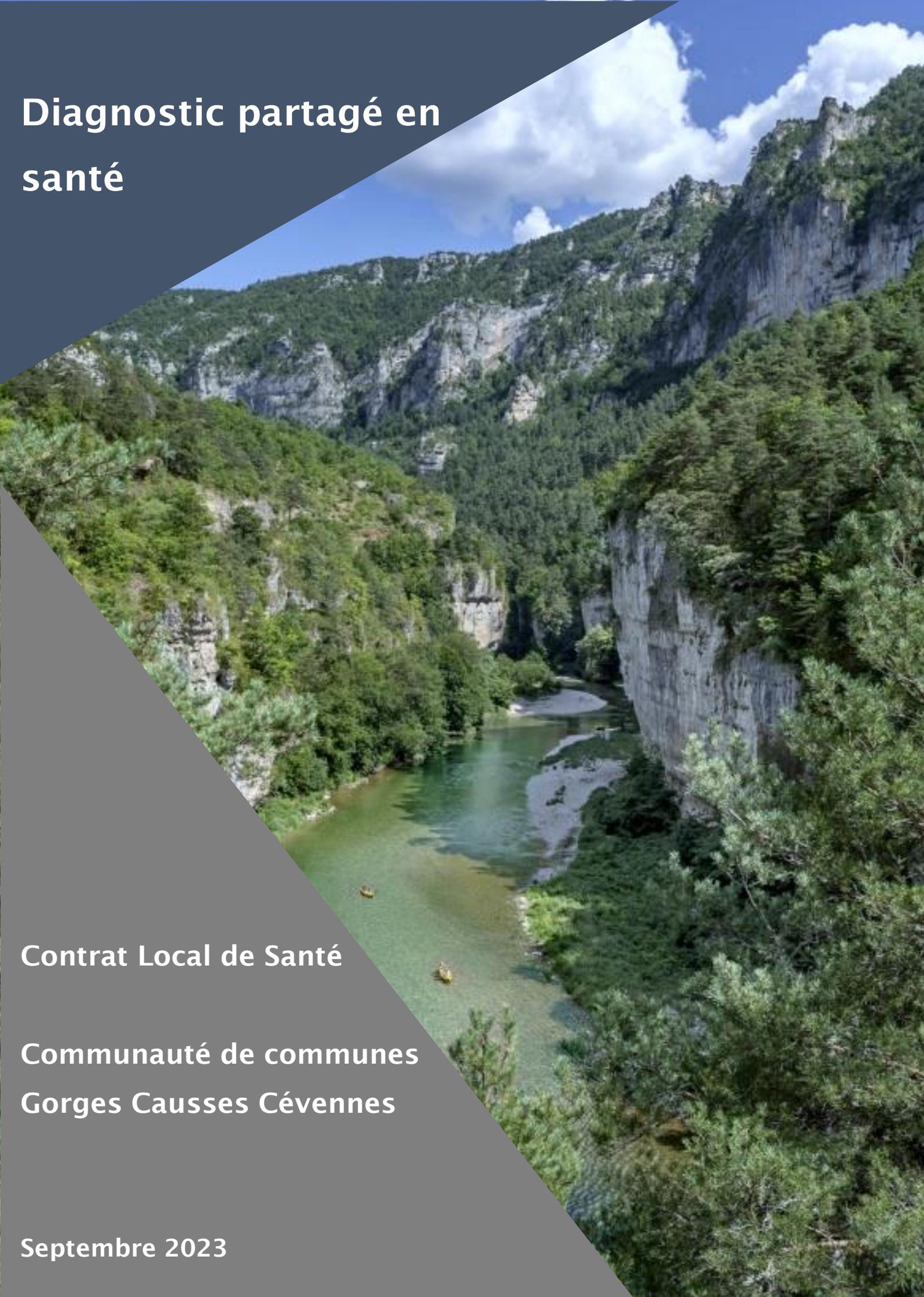


Diagnostic partagé en santé



Contrat Local de Santé

**Communauté de communes
Gorges Causses Cévennes**

Septembre 2023

Table des matières

1. Quelques définitions	6
1.1 Prévention santé.....	6
1.2 Promotion de la santé	8
1.3 Education pour la santé.....	8
2. Contrat Local de Santé (CLS)	12
2.1 Rappel des textes législatives	12
2.2 Définition CLS	13
3. Diagnostic partagé	16
3.1 Objectifs généraux	16
4. Méthodologie et mise en œuvre.....	19
4.1 Etape 1 du diagnostic partagé : Recherche documentaire	19
4.2 Etape 2 du diagnostic partagé : Profil santé du territoire CCGCC	21
4.3 Etape 3 du diagnostic partagé : Recherche qualitative	21
5. Profil du territoire.....	25
5.1 Démographie	28
5.1.1 Nombre d’habitants et densité	28
5.1.2 Un nombre d’habitants en diminution	29
5.1.3 Espérance de vie à la naissance	30
5.1.4 Jeunesse	30
5.1.5 Un territoire qui vieillit	30
5.2 Caractéristiques sociales	32
5.2.1 Scolarisation	32
5.2.2 Population active.....	33
5.2.3 Précarité.....	35
5.2.4 Une forte progression du nombre et de la part des familles monoparentales	36
5.2.5 Adultes handicapés	36
5.3 Cadre de vie et environnement	37
5.3.1 Logements	37
5.3.2 Air	37

6. Eléments généraux d'état de santé	39
6.1 Espérance de vie en léger recul	39
6.2 Surmortalité générale (toutes causes)	39
6.3 Mortalité prématurée et évitable par la prévention entre 2013 et 2017.....	40
6.4 Admissions en ALD et hospitalisations en MCO	40
6.5 Mortalité par cancer	41
6.6 Mortalité par autres pathologies.....	42
6.7 Un impact des comportements à risque sur la santé.....	42
6.8 Un taux de suivi ambulatoire en psychiatrie pour les adultes relativement important.....	43
6.9 Accès à la prévention et aux soins.....	44
7. Offre de soins	47
7.1 Accessibilité potentielle localisée.....	47
7.2 Densité des professionnels de santé.....	48
7.3 Organisation des soins au sein de la Communauté de communes Gorges Causses Cévennes.....	49
8. Présentation et analyse des résultats du diagnostic qualitatif.....	52
8.1 Présentation des caractéristiques de la population rencontrée.....	52
8.1.1 Habitants : questionnaire	52
8.1.2 Professionnels de santé : entretiens individuels et collectifs	55
8.1.3 Elus : entretiens individuels.....	56
8.1.4 Associations et structures : entretiens individuels et collectifs.....	56
8.2 Analyse des résultats du diagnostic qualitatif	58
8.2.1 Thématiques prioritaires identifiées	58
8.2.2 Limites méthodologiques et biais du diagnostic	60
9. Axes du CLS, objectifs et perspectives	62
9.1 Axes du CLS.....	62
9.1.1 Axe 1 : Accès à la santé et mobilité.....	62
9.1.2 Axe 2 : Santé mentale	65
9.1.3 Axe 3 : Santé environnementale	68
9.1.4 Axe 4 : Alimentation et activités physiques	70
9.2 Gouvernance du CLS.....	72
9.2.1 Comité de pilotage (COPIL).....	72
9.2.2 Comité technique (COTECH).....	72
9.2.3 Groupes de travail thématiques.....	73

10. Conclusion	75
11. Annexes	78
11.1 Population et territoire Gorges Causses Cévennes	78
11.2 Déterminants sociaux de santé.....	80
11.3 Etat de santé et problèmes de santé	81
11.4 Santé mentale	82
11.5 Accès à la prévention et aux soins.....	82
11.6 Liste des structures et associations du territoire rencontrées.....	83
11.7 Liste des communes du territoire rencontrées	84
11.8 Questionnaire habitants	85
11.9 Résultats qualitatifs du questionnaire habitants	86
11.10 Trame d'entretien pour le diagnostic du CLS Gorges Causses Cévennes ...	86

1. Quelques définitions

1. Quelques définitions

L'organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé comme un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. La santé est prise en compte dans sa globalité et elle est associée à la notion de bien-être.

Tournée vers la qualité de la vie, la santé devient la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et d'autre part s'adapter à celui-ci. Cette approche englobe tant les éléments médicaux que les déterminants de santé et concerne la santé physique comme la santé psychique. Selon l'OMS, les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie.

La santé publique est aujourd'hui une discipline autonome qui s'occupe de l'état sanitaire d'une collectivité, de la santé globale des populations sous tous ces aspects : curatif, préventif, éducatif et social. La santé publique peut être aussi considérée comme une institution sociale, une discipline et une pratique.

Trois grands concepts émergent de cet élargissement de la définition de la santé. Il s'agit de la prévention, de la promotion et de l'éducation pour la santé.

1.1 Prévention santé

L'OMS définit la prévention en 1948 comme « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ».

Trois types de prévention ont été distingués :

- La prévention primaire, ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et à réduire les risques d'apparition sont ainsi pris en compte la prévention des conduites individuelles à risque comme les risques en terme environnementaux et sociétaux.

- La prévention secondaire, qui cherche à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population et qui recouvre les actions en tout début d'apparition visant à faire disparaître les facteurs de risques.
- La prévention tertiaire où il importe de diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou récidives dans une population et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie.
- La prévention quaternaire désigne initialement, l'ensemble des soins palliatifs auprès de malades qui ont dépassé le stade des soins curatifs et qui se trouvent en phase terminale. La prévention quaternaire est définie comme l'ensemble des actions menées pour identifier une population à risque de surmédicalisation, le protéger d'interventions médicales invasives et lui proposer des procédures de soins éthiquement et médicalement acceptables.

Une définition de la "prévention globale" entendue comme la gestion de son capital santé : gestion active et responsabilisée par la personne de son capital santé dans tous les aspects de la vie. L'action de promotion de la santé, de prévention des maladies ou d'éducation thérapeutique est déclenchée par ou des professionnels. Une participation active de la personne ou du groupe ciblé est systématiquement recherchée.

Quatre actions types sont retenues pour une « prévention globale » :

- Par les risques, qui est celle mise en œuvre actuellement et concerne le champ sanitaire
- Par les populations, dans une logique d'éducation à la santé entendue globalement
- Par les milieux de vie, qu'il s'agit de rendre sains et favorables
- Par les territoires, pour bénéficier de la connaissance et de la proximité du terrain et des populations.

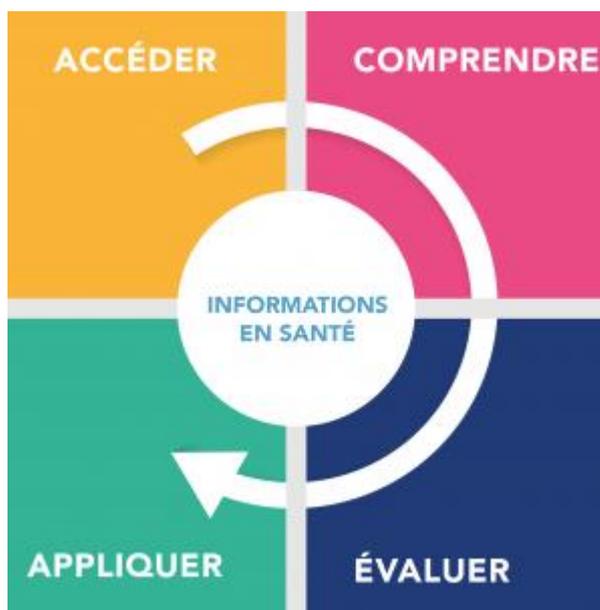
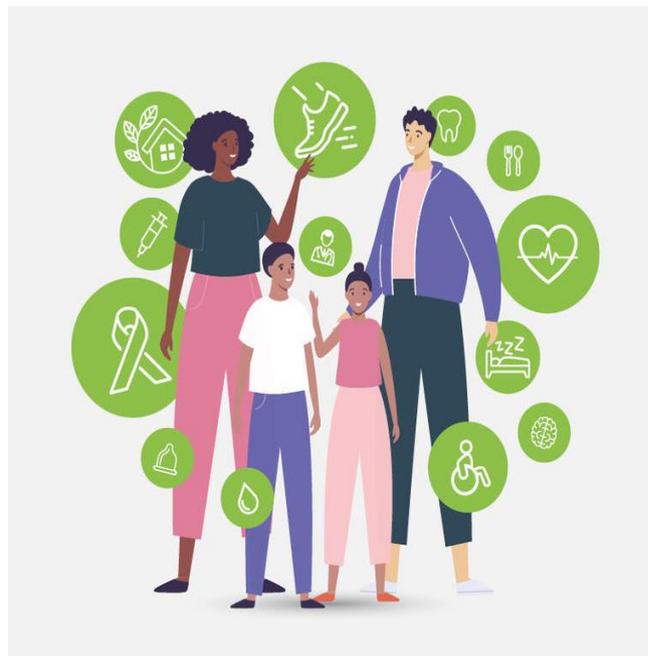
1.2 Promotion de la santé

La promotion de la santé représente un processus social et politique global, qui comprend non seulement des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus mais également des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique, de façon à réduire ses effets négatifs sur la santé publique et sur la santé des personnes.

La promotion de la santé est le processus qui consiste à permettre aux individus de mieux maîtriser les déterminants de la santé et d'améliorer ainsi leur santé. La participation de la population est essentielle dans toute action de promotion de la santé. La charte d'Ottawa pour la promotion de la santé a été établie à l'issue de la première Conférence internationale sur la promotion de la santé, à Ottawa, Canada, du 17 au 21 novembre 1986. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie, il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être.

1.3 Education pour la santé

L'OMS définit l'éducation pour la santé en 1983 comme « tout ensemble d'activités d'information et d'éducation qui incitent les gens à vouloir être en bonne santé, à savoir comment y parvenir, à faire ce qu'ils peuvent individuellement et collectivement pour conserver la santé, à recourir à une aide en cas de besoin ». L'éducation pour la santé comprend tous les moyens pédagogiques susceptibles de faciliter l'accès des individus, groupes, collectivités aux connaissances utiles pour leur santé et de permettre l'acquisition de savoir-faire permettant de la conserver et de la développer.



Les inégalités de santé

Les inégalités de santé sont des différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé observées entre des groupes sociaux. Elles résultent d'une inégalité de distribution d'une multitude de déterminants sociaux tels que le genre, le pays de naissance, la composition familiale, le revenu, la scolarité, le métier, le soutien social mais aussi d'autres déterminants plus globaux, telles que les politiques sociales. Les déterminants sociaux sont à l'origine des inégalités sociales de santé, définies comme « toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale ». Ces inégalités s'accompagnent d'inégalités territoriales d'accès à des services ou à l'emploi selon les territoires. Elles s'accompagnent aussi de disparités de qualité de vie, d'environnement et de travail.

Les déterminants de la santé

Les déterminants de la santé selon la définition de l'OMS, sont les « facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations ». Un déterminant est un facteur, qu'il s'agisse d'un événement, d'une caractéristique, ou de toute autre entité définissable, qui provoque un changement de l'état de santé ou d'une autre caractéristique définie. Ces définitions sous-tendent une relation de cause à effet entre le déterminant et l'état de santé. Cette relation causale peut être unifactorielle et directe, cependant, en santé publique, elle est plus souvent multifactorielle et indirecte, par l'intermédiaire d'une chaîne causale plus ou moins complexe.

Le déterminant est l'un des concepts clefs sur lequel repose le principe de l'intervention en santé publique. En effet, c'est en agissant sur un ou plusieurs déterminants que l'on va influencer sur l'état de santé de la population.

2. Contrat Local de Santé (CLS)

2. Contrat Local de Santé (CLS)

2.1 Rappel des textes législatives

2009 Loi HPST : « La mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'ARS, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social ».

Le Contrat Local de Santé fait l'objet des dispositions suivantes dans le cadre de la loi n° 2009- 879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires :

- Une disposition d'ordre général :

« Le projet régional de santé est constitué : [...] De programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas, dont un programme relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies et un programme relatif au développement de la télémédecine. La programmation peut prendre la forme de programmes territoriaux de santé pouvant donner lieu à des contrats locaux de santé tels que définis à l'article L. 1434-17. Le plan stratégique régional de santé prévoit des articulations avec la santé au travail, la santé 0en milieu scolaire et la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion. » (Art. L. 1434-2 du CSP).
« La mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social. » (Art. L. 1434-17 du CSP).

- Une disposition particulière relative à la politique de la ville :

« L'agence est associée à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes d'action prévus par l'article 1er de la loi n° 2003-710 du 1er août 2003 d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine, dans le domaine de la santé ».

Les CLS sont définis à l'article L 1434-10 du Code de la Santé publique et ils ont été confortés par la loi de 2016 « Loi de Modernisation du Système de Santé » et il s'agit d'un outil du Projet Régional de Santé qui est précédé d'un diagnostic local.

En Occitanie, le dispositif des CLS est piloté au sein de l'ARS par la Direction des Territoires et des Relations Institutionnelles en appui des Délégations Départementales. Dans la région, les CLS s'articulent autour de quatre thématiques :

- Prévention et promotion de la santé (ex : améliorer le recours au dépistage)
- Accès aux soins (ex : l'émergence du Communauté Professionnelle Territoriale de Santé - CPTS)
- Santé environnementale (ex : actions pour une alimentation durable)
- Santé mentale (ex : gouvernance assurée par un Conseil local de santé mentale - CLSM)

2.2 Définition CLS

Les Contrats Locaux de Santé participent à la réduction des inégalités territoriales et sociales de santé. L'OMS définit les inégalités sociales de santé (ISS) comme des écarts injustes et importants au sein d'un même pays, des différences systémiques d'état de santé qui pourraient être évités. Les déterminants sociaux de santé sont les principales causes de l'ISS.

Les CLS permettent de mieux coordonner les actions sur les territoires vulnérables, volontaires pour un engagement contractuel. Ils portent sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins, l'accompagnement médico-social, les déterminants de la santé. Ce sont des outils de territorialisation de la politique de santé qui déclinent les priorités du projet régional de santé au niveau local en tenant compte des besoins identifiés sur leur périmètre d'intervention. Le CLS vise à mieux articuler le Projet Régional de Santé (PRS) et ces démarches locales de santé et permet de favoriser une meilleure coordination des actions de proximité.

Il s'agit de faciliter les parcours de soins et de santé : avec des actions de prévention de la santé, une organisation des soins, un accompagnement médico-social et prendre en compte les autres facteurs qui ont une incidence sur la santé et la vie des populations : le logement, l'environnement, l'éducation, le travail etc.

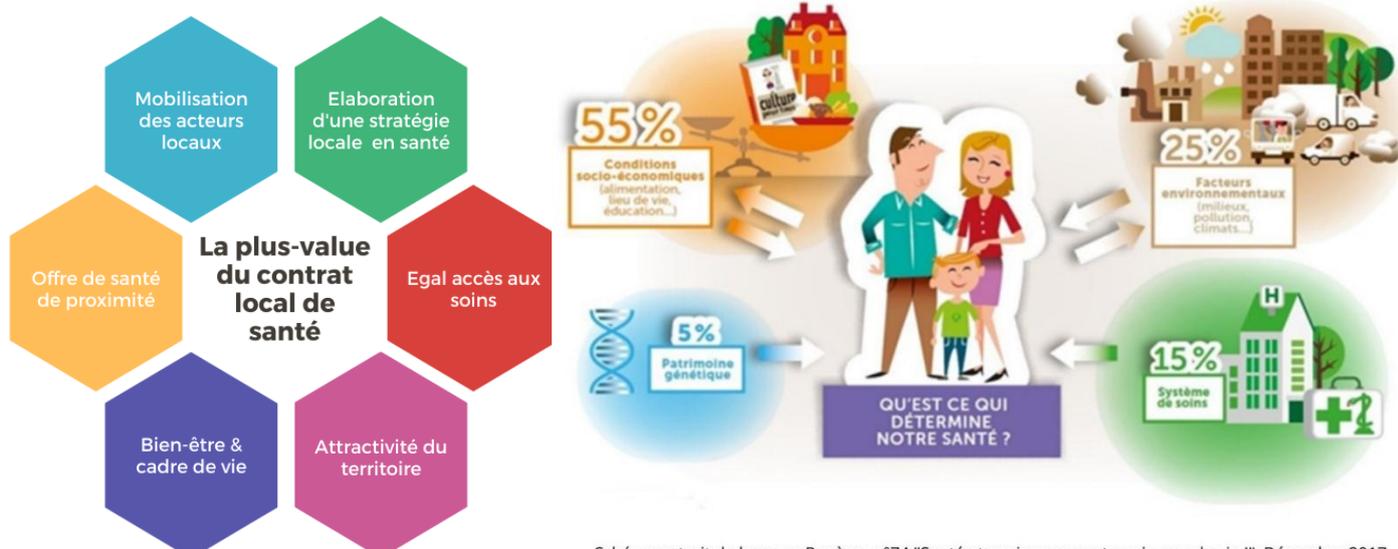
Le CLS a pour objectif de soutenir des dynamiques locales de santé sur des territoires de proximité urbains ou ruraux qui constituent des territoires de santé de proximité.

Il incarne une dimension intersectorielle de la politique régionale de santé dans le but de favoriser :

- L'amélioration des contextes environnementaux et sociaux qui déterminent, à plus ou moins long terme, l'état de santé des populations au niveau local (problèmes de pollution spécifiques, enclavement en matière de transport, etc.)
- L'accès des personnes, notamment « démunies », aux soins, aux services, et à la prévention
- La promotion et le respect des droits des usagers du système de santé
- Un parcours dans le système de santé efficace et efficient

Le CLS et son objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé fait partie des outils de la politique de santé nationale qui s'intéresse à ces déterminants et permet d'infuser dans les « autres politiques publiques » au niveau du territoire cette vision globale de la santé et l'importance de l'implication de tous les secteurs sur cet objectif de santé.

La démarche du diagnostic partagé en santé préalable à la définition et mise en œuvre du CLS s'inscrit dans ce cadre.



3. Diagnostic partagé

3. Diagnostic partagé

3.1 Objectifs généraux

Le diagnostic partagé de santé d'un territoire est une étape préalable à la mise en place d'un Contrat Local de Santé. A la phase de diagnostic, succéderont les phases de déterminations des priorités puis l'élaboration d'un programme d'intervention.

Il s'agit d'une phase exploratoire durant laquelle seront identifiés avec les acteurs locaux et la population : les besoins, les demandes de santé d'un territoire, les réponses et les ressources existantes ou manquantes, les problématiques locales de santé et où l'on construit des pistes d'action pour l'avenir. C'est une photo unique d'un territoire donné qui peut changer au fil de temps et un outil de travail dynamique et évolutif.

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

- Colliger les données et études de santé existantes et les synthétiser
- Recueillir sous une forme innovante et participative, les avis et attentes des professionnels, associations et des habitants du territoire
- Repérer les besoins et demandes de la population ou les dysfonctionnements et insuffisances des dispositifs
- Améliorer la connaissance de la situation socio-sanitaire par les acteurs et actrices (élus, habitants, institutions, professionnels)
- Contribuer à la mobilisation locale pour la programmation d'actions et construire une vision partagée pour engager une coopération
- Aboutir à l'identification de problématiques de santé publiques prioritaires pour chacun des axes du futur Contrat Local de Santé dans un document de synthèse
- Identifier les axes stratégiques et définir des priorités d'actions en lien avec le PRS 2018-2022 (les projets structurants), le PRSE 3 et la Stratégie Nationale de Santé tout en se laissant la possibilité d'intégrer des projets innovants
- Participer à la définition des priorités pour les années à venir

- Affiner, compléter la connaissance de l'état de santé de la population. En effet, il est important de bénéficier d'une analyse globale, précise et actualisée des problématiques de santé

Le diagnostic territorial de santé est une démarche permettant d'observer et de rendre lisible la situation socio-sanitaire d'un territoire donnant lieu à concertation et propre à fonder un processus de programmation de santé.

L'objectif principal d'un diagnostic territorial de santé est de recenser les ressources locales afin d'identifier celles qui sont susceptibles d'être mobilisées pour l'action, mais aussi de repérer les manques et permettre la continuité avec la démarche de projet qui devra déterminer les problèmes à prendre en charge prioritairement (selon des critères préalablement fixés), les partenariats et ressources à mobiliser et les actions à mettre en œuvre.

4. Méthodologie et mise en œuvre

4. Méthodologie et mise en œuvre

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

Ces éléments peuvent s'obtenir via les étapes suivantes :

4.1 Etape 1 du diagnostic partagé : Recherche documentaire

Cette étape permet de collecter des informations : d'ordre général permettant, d'éclairer l'histoire locale, les principales caractéristiques du territoire et de sa population, sur les structures, associations, instances et autres ressources implantées dans le territoire, leurs missions, leurs activités, sur les projets participant à la promotion de la santé déjà mis en œuvre localement, sur d'éventuelles conclusions ou propositions issues de diagnostics précédemment réalisés, dans le cadre de la politique de la ville, ou au titre de projets de développement des territoires.

Plusieurs rencontres ont eu lieu ainsi que plusieurs documents existants ont pu être collectés et explorés afin de tirer profit de l'existant et d'alimenter le périmètre du diagnostic partagé en santé.

Diagnostics, bilans, rapports	Date de publication	Auteur(s)
Diagnostic territorial de santé CCGCC	Septembre 2015	ARS Occitanie DD 48
Document préalable à la mise en place du CLS à Florac	Septembre 2015	ARS Occitanie DD 48
Diagnostic CLS, CC du Haut-Allier	Novembre 2012	CODES 48-IREPS LR
Diagnostic CLS, CC du Gévaudan	Novembre 2022	Clémence MALET, Coordinatrice CLS
Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) - Département de la Lozère	2019 - 2023	ORSM Occitanie
Rapport final « Renoncement aux soins » CC du Haut-Allier	Aout 2016	Claire MASSON, sociologue Pierre MAZET, sociologue
Statistiques prévention santé CC Gorges Causses Cévennes	Avril 2023	CCSS
Statistiques territoriales CC Gorges Causses Cévennes	Février 2023	MSA Languedoc
Portraits de territoires - Lozère	Décembre 2022	CREAI-ORS Occitanie
Profil santé CC Gorges Causses Cévennes	Juin 2023	CREAI-ORS Occitanie
Profil santé CC du Gévaudan	Décembre 2022	CREAI-ORS Occitanie
Diagnostic territorial du PETR Sud-Lozère	Juin 2022	PETR Sud-Lozère
Étude sur les nouveaux arrivants	Juin 2022	PETR Sud-Lozère
Observation sanitaire sur le secteur de l'Accueil, Hébergement, Insertion (AHI) en Lozère	Octobre 2020	SIAO 48

Observation sanitaire sur le secteur de l'hébergement en Lozère	Septembre 2021 et Mai 2022	SIAO 48
Rapport d'activité - Association Quoi de 9	Décembre 2022	Quoi de 9
Étude des besoins du territoire Sud-Lozère	Avril 2022	Quoi de 9
Diagnostic territorial - Département de la Lozère	Septembre 2021	Pôle Emploi Occitanie
Schéma départemental unique des solidarités	2018 - 2022	Département de la Lozère

4.2 Etape 2 du diagnostic partagé : Profil santé du territoire CCGCC

L'approche dites socio-sanitaire réalisée à partir des données quantitatives disponibles sur le territoire en question. Cette étape était confiée au CREA-ORS qui réalise le portrait socio-sanitaire du territoire à partir d'une étude standardisée des indicateurs classiques issus des registres sanitaires, démographiques, socio-économiques, économiques et financiers notamment. L'analyse tend à souligner les écarts constatés entre le territoire étudié et d'autres territoires de référence : le département de la Lozère, la région Occitanie et la France. Ce document a pu être produit par le CREA-ORS et mis à disposition pour le diagnostic le 30 juin 2023. Son contenu n'a donc pas pu contribuer à orienter la définition de la phase qualitative. Les principaux résultats contribuent cependant à l'analyse globale.

4.3 Etape 3 du diagnostic partagé : Recherche qualitative

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

Les méthodes qualitatives servent à mettre en avant le sens que les individus donnent à leur expérience, à mettre en perspective les pratiques et les représentations individuels mais également à nuancer les statistiques, qui présentent des moyennes générales qui ont tendance à écraser les disparités entre les individus.

Le diagnostic qualitatif va donc permettre d'appréhender les « ressentis » ainsi que les expériences des habitants, des acteurs du territoire et les institutions sur les problématiques de santé du territoire. Le diagnostic qualitatif va également permettre d'identifier les enjeux de proximité de santé et ainsi les inégalités de santé, sociales et territoriales.

D'autres parts, cette étape a aussi été utilisée pour faire connaître le dispositif du CLS et a permis de générer une dynamique partenariale pour la suite.

Le travail de diagnostic qualitatif partagé s'est déroulé entre les mois de **septembre 2022 et mai 2023**.

La mise en œuvre de cette phase s'est déclinée dans une version entendue comme « simple et efficace », tenant compte des ressources, moyens et contraintes du territoire.

Les participants de cette phase du diagnostic qualitatif :

Participants	Type d'enquête
Habitants	<ul style="list-style-type: none">• Questionnaire en ligne et en version papier• 221 retours soit 3,1% de la population globale• 146 en version dématérialisée et 75 en version papier
Professionnels de santé	<ul style="list-style-type: none">• Entretiens individuels et collectifs (même structure) semi-directifs• 22 professionnels de santé consultés• 4 entretiens individuels• 4 entretiens collectifs : 18 personnes
Elus	<ul style="list-style-type: none">• Entretiens individuels semi-directifs• 15 entretiens individuels avec Maires et/ou adjoint Maires sur 17 communes : 22 élus au total
Associations / structures	<ul style="list-style-type: none">• Entretiens semi-directifs : individuels et ou plusieurs personnes de la même association / structure : 44 entretiens

Cette étape a permis l'identification des axes de travail et de les décliner comme objectifs stratégiques du CLS. Chaque objectif donnera lieu à des groupes de travail spécifiques mis en place dès automne 2023.

5. Profil du territoire

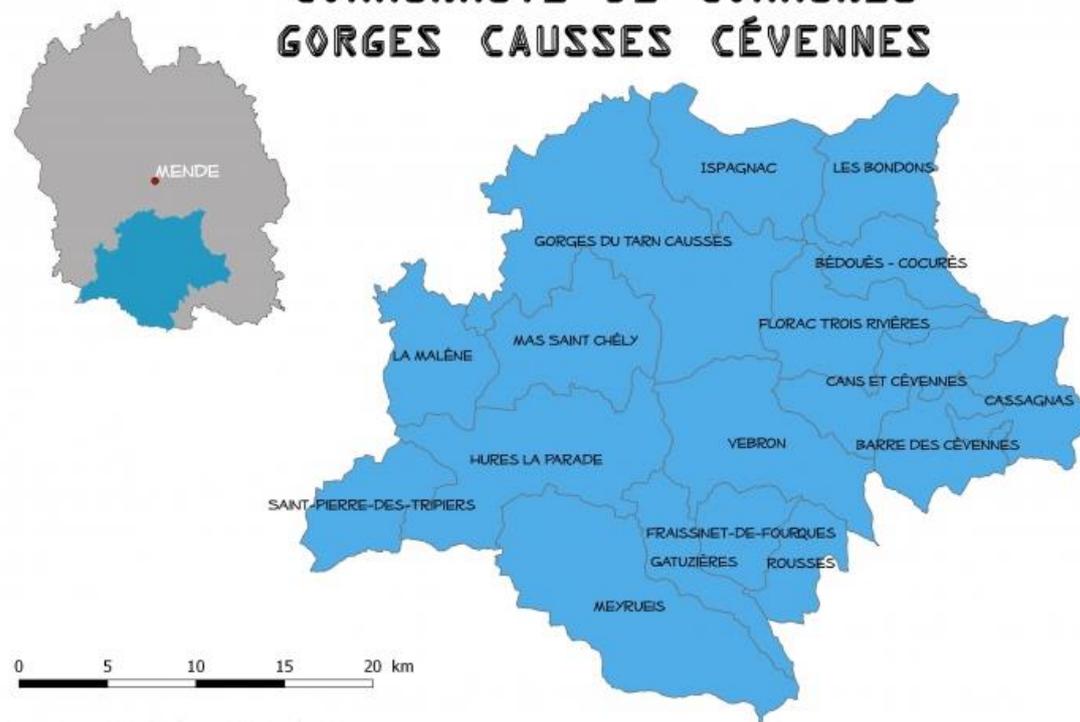
5. Profil du territoire

Située au sud de la Lozère, la Communauté de communes Gorges Causses Cévennes (CCGCC) est limitrophe de l'Aveyron et du Gard. Centrée autour du Causse Méjean, ce territoire est bordé au sud par les Gorges de la Jonte et au nord et à l'ouest par les gorges du Tarn. À l'est, il est traversé par le Tarn et s'adosse aux contreforts du Mont Lozère. Il s'agit donc d'un territoire rural de moyenne montagne, très peu dense, à l'écart des grands axes de circulation tant routiers que ferroviaires. La route principale le traversant à l'Est est la départementale allant d'Alès à Mende en passant par Florac Trois Rivières.

La CC Gorges Causses Cévennes est issue du regroupement en 2017 de trois communautés de communes : la CC des Gorges du Tarn et des Grands Causses, la CC Florac Sud Lozère et la CC de la Vallée de la Jonte. Il s'agit de l'intercommunalité la plus vaste de Lozère avec 906.7 km² et elle se trouve au 5ème rang démographique départemental avec 6 929 habitants au 1er janvier 2019. Cela correspond à une densité de 7,6 habitants au km², moins élevée que celle du département (14.8 habitants au km²) et nettement plus faible que celle de la région et de la métropole. C'est la 7e intercommunalité la moins dense de France métropolitaine et la seconde d'Occitanie après la CC de la Haute Ariège.

La ville siège de la CC Gorges Causses Cévennes, Florac Trois Rivières, regroupe, avec ses 2 067 habitants, 30% de la population du territoire. C'est la seule commune de plus de 1 000 habitants de la CC. Trois autres communes dépassent les 500 habitants. Les 13 autres communes comptent entre 53 et 451 habitants. Ce territoire est donc constitué majoritairement de communes faiblement peuplées.

COMMUNAUTÉ DE COMMUNES GORGES CAUSSES CÉVENNES



Un territoire au caractère préservé et authentique :

- Des gorges vertigineuses et accessibles sur 70 km
- Une fréquentation annuelle estimée à 800.000 visiteurs
- Des paysages de grande notoriété, deuxième plus grand ensemble karstique d'Europe
- Une destination historique du tourisme d'aventure depuis la fin du XIXème siècle
- Des sites de renommée mondiale pour l'escalade et la spéléologie
- Une biodiversité d'une richesse exceptionnelle
- Des villages et monuments authentiques

Bien « Causse et Cévennes » inscrit au patrimoine mondial de l'UNESCO en 2011 en tant que paysage culturel de l'agropastoralisme méditerranéen. La totalité du territoire de projet est intégré dans ce vaste périmètre.

Le territoire est concerné par 4 sites Natura 2000, avec un enjeu fort de préservation des grands rapaces et espèces inféodées aux milieux ouverts.

Le Parc national des Cévennes est créé en 1970 et le territoire est concerné par quelques secteurs en zone cœur : Sud-est du causses Méjean, versants nord du Massif de l'Aigoual, vallées cévenoles, corniches des gorges de la Jonte, abords de Quézac et des communes en zone d'adhésion, signataires de conventions d'application de la Charte du Parc.

5.1 Démographie

5.1.1 Nombre d'habitants et densité

La Lozère est le département le moins peuplé d'Occitanie mais aussi de la France métropolitaine en 2018. Un des trois départements les plus ruraux de France, la Lozère est, avec le Gers, au 1er rang des départements d'Occitanie avec une part de 84% de sa population vivant dans l'espace rural.

La Communauté de communes Gorges Causse Cévennes est composée de 17 communes, dont 4 communes nouvelles issues de la réunion de 9 communes :

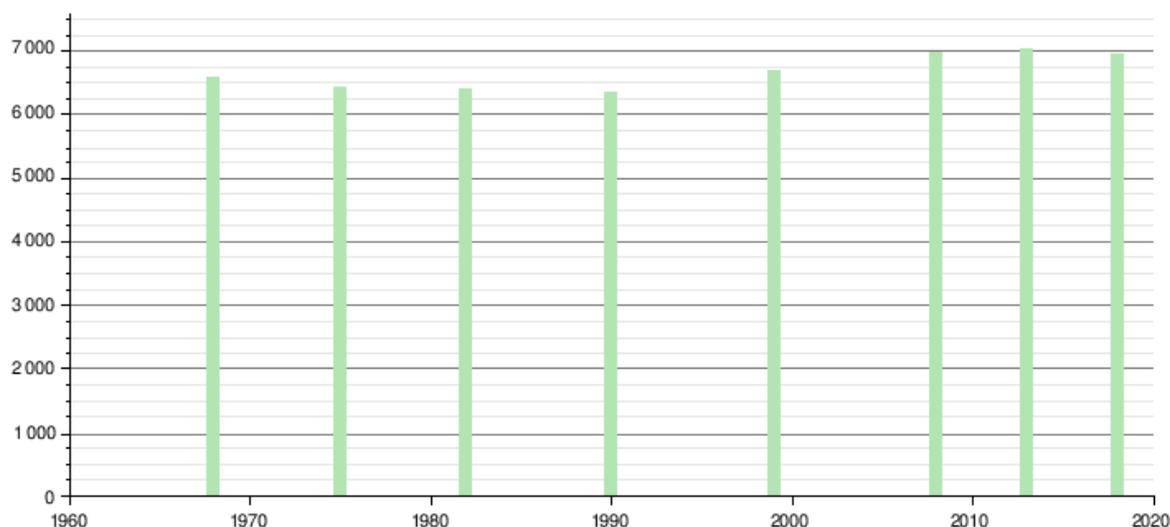
Communes	Nombre d'habitants (INSEE 2020) ¹	Densité Hab./km ²	Superficie en km ²
Barre des Cévennes	204	5,9	34,29
Bédouès-Cocurès	451	15	30,35
Cans et Cévennes	290	6,6	43,81
Cassagnas	125	3,6	35,19
Florac-Trois-Rivières	2082	43	48,39
Fraissinet de Fourques	80	3,3	24,3
Gatuzières	52	1,8	29,4
Gorges-du-Tarn-Causse	905	6,3	144,22
Hures-La-Parade	226	2,6	88,59
Ispagnac	900	17	53,71
La Malène	134	3,3	40,68
Les Bondons	145	3,2	45,54
Mas Saint Chély	105	1,8	56,81
Meyrueis	794	7,6	104,68
Rousses	127	5,7	22,38
Saint Pierre des Tripiers	91	2,6	34,74
Vébron	216	3,1	69,66
TOTAL	6929	7,6	906,7

¹ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=EPCI-200069151>

Évolution démographique du territoire

1968	1975	1982	1990	1999	2008	2013	2018
6 608	6 445	6 429	6 365	6 709	7 004	7 061	6 968

Les données proposées sont établies à périmètre géographique identique, dans la géographie en vigueur au 01/01/2020.
(Sources : Insee²)



5.1.2 Un nombre d'habitants en diminution²

Entre 2013 et 2019, la CC Gorges Causses Cévennes a vu sa population diminuer de près de 30 habitants en moyenne chaque année. Cela correspond à un taux d'accroissement annuel moyen de la population de -0,6% alors que, dans le même temps, la population lozérienne est stable et que les taux nationaux et surtout en Occitanie sont nettement supérieurs, respectivement +0,3% et +0,9%.

En 2019, la CC Gorges Causses Cévennes a enregistré moins de naissances (51) que de décès (76), ce qui correspond à un solde naturel négatif d'environ 150 habitants en six ans, soit un taux de -0,6% par an.

Le solde migratoire positif (+0,3% par an), correspondant à une arrivée de nouveaux habitants sur le territoire en plus grand nombre que ceux qui en sont partis, ne permet pas de compenser le solde naturel négatif. En six ans, le taux de natalité a reculé de 30,7%, passant de 10,6 naissances pour 1 000 habitants en 2013 à 7,4 pour

² Source : Profil santé CC Gorges Causses Cévennes – CREA I ORS – juin 2023

1 000 habitants en 2019. Ce taux baissait également dans le département, la région ou la France métropolitaine mais dans des proportions moindres (entre -11% et -13%). Dans le même temps, le taux de mortalité a lui augmenté (+4,7%) mais de manière moins marquée que dans les territoires de comparaison (entre +6% et + 8).

5.1.3 Espérance de vie à la naissance

Sur la période 2013-2017, l'espérance de vie à la naissance est de 81,2 ans en moyenne pour les habitants de la CC Gorges Causses Cévennes, plus faible que l'espérance de vie des Occitans (82,9 ans), elle est également plus faible que celle des Métropolitains (82,5 ans).

5.1.4 Jeunesse

Au 1er janvier 2018, la CC Gorges Causses Cévennes compte 1834 jeunes de moins de 29 ans, soit une part de 26,4% de la population.

Le département de la Lozère compte 19 376 jeunes de moins de 25 ans, soit une part de 25,4% de la population totale. Cette part est plus faible que celles de la région (28,1%) et de la France métropolitaine (29,6%).

5.1.5 Un territoire qui vieillit

Près de 1 030 habitants sont âgés de 65 à 74 ans et près de 930 sont âgés de 75 ans ou plus, ainsi, le territoire compte 28,2% de personnes âgées de 65 ans ou plus (respectivement 14,8% et 13,4%), part supérieure à celle de la Lozère (26%) et également plus élevée que celle dans la région (23%) ou au niveau national (21%).

Dans les communes de la CC Gorges Causses Cévennes, la part des personnes âgées de 75 ans ou plus varie entre 5,7% à Gatuzières et 19,0% à Meyrueis mais il s'agit de communes qui peuvent être peu peuplées, 53 habitants à Gatuzières. Dans les 4 communes de plus de 500 habitants, cette part varie entre 13,8% à Florac Trois Rivières et 19% à Meyrueis.

Entre 2013 et 2019, la population de la CC Gorges Causse Cévennes a vieilli : l'indice de vieillissement est passé de 123 à 148 personnes âgées de 65 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans.

En 2019, cet indice de vieillissement est nettement plus élevé que celui du département (121), de la région (100) ou de la France métropolitaine (84).

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

La connaissance de la répartition et de la part relative de certaines tranches d'âge permet d'orienter les politiques de santé.

On peut distinguer notamment :

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

5.2 Caractéristiques sociales^{3 4 5}

5.2.1 Scolarisation

En 2019, plus de 1 600 habitants de la CC Gorges Causses Cévennes âgés de 15 ans ou plus et sortis du système scolaire sont peu ou pas diplômés (avec au plus le brevet des collèges), soit 29,1% de la population de cet âge.

De même, parmi les 25-34 ans, la part des personnes peu ou pas diplômées est de 10,6%, proche également de la valeur lozérienne (11%) et un peu inférieure à celles observées en Occitanie (13%) ou au niveau national (12%).

En six ans, la part des personnes peu ou pas diplômées a diminué aussi bien parmi les 15 ans ou plus que parmi les 25-34 ans, cette baisse est plus marquée dans la CC Gorges Causses Cévennes que ce qui est observé dans chacun des trois territoires de comparaison.

	Ensemble	Population scolarisée	Part de la population scolarisée en %		
			Ensemble	Hommes	Femmes
2 à 5 ans	307	259	84,4	84,7	84,1
6 à 10 ans	322	312	96,9	97,7	96,1
11 à 14 ans	302	294	97,4	97,9	96,9
15 à 17 ans	186	182	97,8	97,8	97,9
18 à 24 ans	289	80	27,8	27,6	28,0
25 à 29 ans	297	15	5,0	4,8	5,2
30 ans ou plus	5 095	39	0,8	0,4	1,1

³ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=EPCI-200069151>

⁴ Source : Profil santé CC Gorges Causses Cévennes – CREA I ORS – juin 2023

⁵ Source : Portait de territoire Lozère - CREA I ORS – décembre 2022

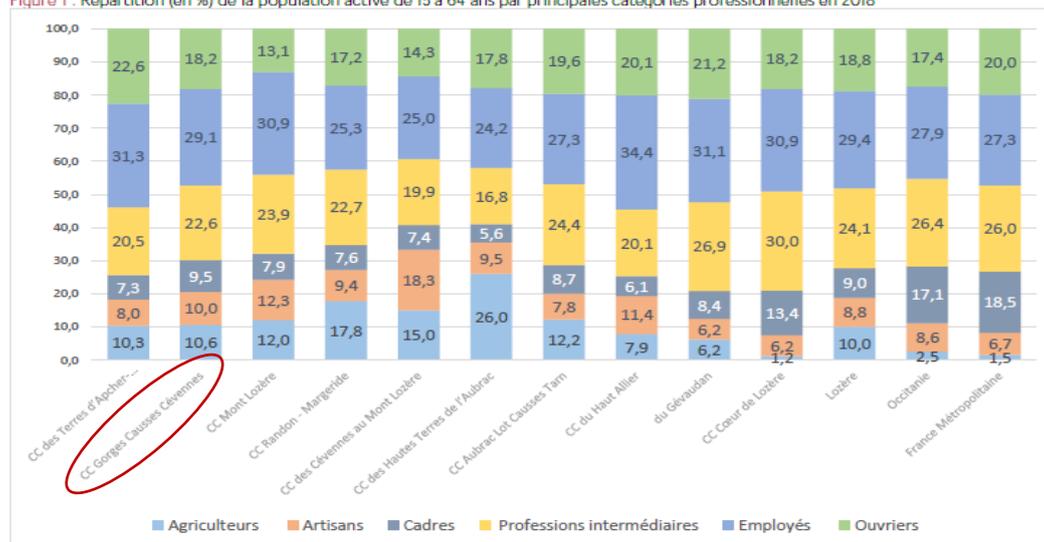
5.2.2 Population active

Parmi les habitants en âge de travailler (les 15-64 ans), 77,4% sont en activité ou en recherche d'emploi en 2019.

Dans la CC Gorges Causse Cévennes, la répartition des catégories sociales parmi les actifs ayant un emploi se distingue avec une nette surreprésentation des agriculteurs exploitants (10,5% vs 3% dans la région, 2% en France métropolitaine et 10% en Lozère) ainsi que des artisans commerçants (10% vs 9% dans la région, 9% dans le département et 7% au niveau national). À l'inverse, les cadres sont sous représentés (9,5% vs 17% en Occitanie et 19% en France métropolitaine) ainsi que les professions intermédiaires (22,6% vs 24% dans le département et 26% en France métropolitaine). La proportion d'ouvriers et d'employés parmi les actifs de la CC Gorges Causse Cévennes est assez proche de ce qui est observé dans les territoires de comparaison.

En six ans, certaines catégories sociales ont évolué différemment pour les actifs du territoire : les parts des agriculteurs, des professions intermédiaires et des employés ont augmenté dans la CC Gorges Causse Cévennes (respectivement +4,7%, +8,8% et +3,9%) alors que celles des artisans, des cadres et des ouvriers diminuaient (-8,8%, -9,5% et -1,3%).

Figure 1 : Répartition (en %) de la population active de 15 à 64 ans par principales catégories professionnelles en 2018



Source : Insee - Recensement de population 2018
Exploitation : CREAL-ORS Occitanie

* y compris la partie hors Lozère de cet EPCI. Les données concernant l'ensemble du département de la Lozère ne prennent en compte que la partie lozérienne de cet EPCI

La répartition de la population de la Communauté de communes Gorges Causses Cévennes par sexe, âge et catégorie socioprofessionnelle en 2019 :

	Hommes	Femmes	Part en % de la population âgée de		
			15 à 24 ans	25 à 54 ans	55 ans ou +
Ensemble	2 849	3 004	100,0	100,0	100,0
Agriculteurs exploitants	180	105	1,0	7,2	3,7
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	205	80	0,0	8,0	3,2
Cadres et professions intellectuelles supérieures	146	130	1,0	8,9	2,0
Professions intermédiaires	300	401	8,4	22,9	3,9
Employés	251	681	16,8	26,8	7,2
Ouvriers	537	90	18,7	17,7	3,8
Retraités	940	1 094	0,0	0,4	67,5
Autres personnes sans activité professionnelle	291	422	54,1	8,2	8,8

➤ Chômage

En 2019, 385 habitants de la CC Gorges Causses Cévennes, âgés de 15-64 ans, déclarent être au chômage lors du recensement de population ; leur part dans la population active est de 12,7%, plus élevée que celle observée dans le département (10%), moins élevée qu'en Occitanie (15%) mais proche du niveau national (13%).

Par ailleurs, on compte plus de 710 personnes occupant des emplois dits « précaires » (c'est-à-dire autres qu'en CDI à temps plein), soit 34,8% des personnes en emploi ; cette part est supérieure à ce qui est observé dans le département et la région (30%) et au niveau national (28%). En cinq ans, elle a diminué de -3,5% dans la communauté de communes.

5.2.3 Précarité

En 2019, le revenu net mensuel moyen par foyer fiscal est de 1702 € dans la CC Gorges Causses Cévennes. Il est 9% moins élevé que celui des Lozériens (1866 €) et le différentiel est encore plus important avec celui des Occitans (-18% : 2070 €) et celui des métropolitains (-27% : 2337 €). Par ailleurs, près de 2 900 foyers fiscaux ne sont pas imposés en 2019 dans cette intercommunalité, soit 64,9% des foyers fiscaux.

Le revenu disponible médian par unité de consommation (UC) est de 1621 € par mois, inférieur à la valeur départementale (1713 € par mois et UC), régionale (1748 € par mois et par UC) et nationale (1828 € par mois et par UC). Ainsi, 18,4% des ménages du territoire vivent sous le seuil de pauvreté, soit plus qu'au niveau départemental (8%), en Occitanie (17%) ou en France métropolitaine (15%).

En 2020, la part de personnes couvertes par le RSA (le bénéficiaire et ses ayants-droits) est de 6,1%. La CC Gorges Causses Cévennes et la deuxième communauté de communes en Lozère avec un taux de bénéficiaires de RSA le plus élevé.

En 2020, 14,5% des allocataires dépendent à 100% des prestations versées par la CAF et la MSA.

En 2020, 7,9% de la population communautaire consommant des soins a des droits ouverts à la complémentaire santé solidaire (CSS ou C2S) contre 7% en Lozère, 13% en région Occitanie et 10,9% en France métropolitaine.

5.2.4 Une forte progression du nombre et de la part des familles monoparentales

2019, autour de 740 personnes âgées de 75 ans ou plus vivent chez elles, et parmi elles, elles sont 300 à y vivre seules, soit 40,8% des personnes du même âge qui vivent à domicile.

810 familles vivent avec un ou plusieurs enfants dans la CC Gorges Causses Cévennes, soit 42,7% des familles. Parmi elles, 230 sont des familles monoparentales, soit 28,4% des familles avec enfant(s). Cette part est plus élevée qu'aux niveaux départemental, régional ou national (entre 20% et 27%). Parmi ces familles monoparentales, 15 (soit 6,5%) sont bénéficiaires du RSA majoré.

Depuis 2013, le nombre de familles monoparentales a fortement augmenté dans la CC Gorges Causses Cévennes. Leur part parmi les familles avec enfant(s) a elle aussi beaucoup progressé (+51,6%).

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

5.2.5 Adultes handicapés

En 2020, la CC Gorges Causses Cévennes présente un taux de 4,5% de bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH), soit 142 personnes concernées, contre 6,2% en département, 4,1% en région et 3,1% en France métropolitaine.

5.3 Cadre de vie et environnement

5.3.1 Logements

En 2019, près de 1100 logements de la CC Gorges Causses Cévennes avaient été construits avant 1971, antérieurement aux crises énergétiques, cela représente plus des deux cinquièmes des logements du territoire (43,4%).

Parmi les résidences principales de la CC Gorges Causses Cévennes, 70 sont des logements HLM, ce qui représente 2,8% des résidences principales du territoire. Ainsi, les logements sociaux sont proportionnellement 2,5 fois moins nombreux que dans le département (7% des résidences principales). Le différentiel avec la région (9%) et le niveau national (15%) est encore plus marqué.

La suroccupation des logements (2,4% des logements), dans ce territoire rural, est un peu plus fréquente que dans le département (2%) mais moins que dans la région (3%) ou au niveau national (5%).

L'habitat, un des principaux déterminants environnementaux

La qualité des logements ressort comme un enjeu important pour préserver la « qualité de l'environnement et le cadre de vie » et pour mieux vivre ensemble. C'est aussi un enjeu en termes de santé à la fois physique et mentale.

Le logement est aussi un facteur de prévention de certains risques ou pathologies.

5.3.2 Air

Il n'y a aucun épisode de pollution sur le territoire communautaire. Une bonne qualité de l'air dans l'ensemble ne présente que très peu de jours avec un indice "Médiocre". Pour l'ensemble des communes, près de 85% des jours présentent un indice "Bon" de la qualité de l'air, 11% un indice "Moyen" et moins de 1% des jours présentent un indice "Médiocre".

6. Éléments généraux d'état de santé

6. Éléments généraux d'état de santé^{6 7}

6.1 Espérance de vie en léger recul

En 2017, pour les habitants de la CC Gorges Causses Cévennes, l'espérance de vie à la naissance est de 82,9 ans. **En 5 ans, l'espérance de vie a diminué de 0,1 année dans la CC Gorges Causses Cévennes alors qu'elle a augmenté dans les territoires de comparaison (de +0,6 à +0,7 année).**

6.2 Surmortalité générale (toutes causes)

Sur la période 2013-2017, autour de 105 décès sont enregistrés en moyenne chaque année parmi les habitants de la CC Gorges Causses Cévennes. Parmi ces décès, 12 sont dits « prématurés » car ils concernent des personnes de moins de 65 ans, soit 11% des décès tous âges.

À structure par âge comparable, la mortalité générale des habitants de la CC est significativement plus élevée que celle observée en France métropolitaine, de la même manière que ce qui est observé en Lozère, alors que l'Occitanie est en situation de sous-mortalité.

En revanche, la mortalité prématurée ne diffère pas significativement de ce qui est observé sur l'ensemble de la France métropolitaine comme dans le département alors que la région est en sous-mortalité prématurée.

Deux principales causes représentent la moitié (51%) des décès : les tumeurs (26%) et les maladies cardiovasculaires (25%).

⁶ Source : Profil santé CC Gorges Causses Cévennes – CREA I ORS – juin 2023

⁷ Source : Portrait de territoire Lozère – CREA I ORS – décembre 2022

6.3 Mortalité prématurée et évitable par la prévention entre 2013 et 2017

Le taux comparatif de mortalité prématurée, c'est-à-dire la mortalité survenant avant 65 ans, est significativement plus élevée en Lozère dont la CC Gorges Causses Cévennes qu'en France métropolitaine, à structure par âge comparable, alors que la région est en sous-mortalité significative.

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

Tableau 26 : Taux comparatifs de mortalité prématurée et évitable par la prévention entre 2013 et 2017

	Mortalité prématurée (avant 75 ans)	Mortalité évitable par la prévention
CC Gorges Causses Cévennes	353	215
CC Mont Lozère*	334	184
CC Randon - Margeride	376	268
CC des Cévennes au Mont Lozère	359	206
CC des Hautes Terres de l'Aubrac	318	186
CC Aubrac Lot Causses Tarn	376	232
CC du Haut Allier	399	253
CC des Terres d'Apcher-Margeride-Aubrac	394	238
CC du Gévaudan	369	232
CC Cœur de Lozère	297	172
Lozère	355	218
Occitanie	302	180
France métropolitaine	319	194

Source : Inserm CepiDC 2013-2017, - Insee RP 2018
Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

* y compris la partie hors Lozère de cet EPCI. Les données concernant l'ensemble du département de la Lozère ne prennent en compte que la partie lozérienne de cet EPCI

6.4 Admissions en ALD et hospitalisations en MCO

En 2020, on compte 194 admissions en affection longue durée (ALD) au sein de la CC Gorges Causses Cévennes. Le taux d'incidence des ALD ne diffère pas significativement du taux national, alors qu'il est plus élevé sur l'ensemble de l'Occitanie.

La CC Gorges Causses Cévennes et la Lozère en général présentent un taux standardisé chirurgie et obstétrique (MCO) significativement plus faible que ce qui est relevé en France métropolitaine alors qu'en région, il est significativement supérieur à cette valeur métropolitaine.

6.5 Mortalité par cancer

Tableau 28 : Nombre annuel moyen de décès et taux comparatif de mortalité pour les cancers toutes causes et pour le cancer du poumon entre 2013 et 2017

	Cancer total		Cancer du poumon	
	Nombre annuel moyen	TCM	Nombre annuel moyen	TCM
CC Gorges Causses Cévennes	25	273,4	4	48,6

Première cause de décès et deuxième cause d'admission en ALD, les cancers sont à l'origine de 27 décès et 55 nouvelles admissions en ALD d'habitants du territoire en moyenne chaque année entre 2013 et 2017.

Parmi les localisations analysées, on dénombre dans la CC Gorges Causses Cévennes 4 décès par cancer du poumon en moyenne chaque année, 3 par cancer du côlon et 2 par cancer du sein.

À structure d'âge comparable, que ce soit pour la mortalité ou pour l'incidence des ALD du territoire, on n'observe pas de différence significative avec les taux nationaux pour ces localisations mais les effectifs étudiés sont très faibles.

En cinq ans, la mortalité par cancer est restée stable sur le territoire et dans le département alors qu'elle a baissé de façon significative dans la région comme au niveau national.

6.6 Mortalité par autres pathologies

Tableau 30 : Nombres annuels moyens de décès et taux comparatifs de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire et respiratoire entre 2013 et 2017

	Maladies de l'appareil circulatoire		Maladies de l'appareil respiratoire	
	Nombre annuel moyen	TCM	Nombre annuel moyen	TCM
CC Gorges Causses Cévennes	26	255,5	9	88,1

Deuxième cause de décès et première cause d'admission en ALD, les maladies cardiovasculaires sont à l'origine de 26 décès en moyenne chaque année d'habitants du territoire et de près de 81 nouvelles admissions en ALD en moyenne par an sur la période 2013-2017.

En cinq ans, la mortalité par maladies cardiovasculaires est restée stable dans la CC comme dans le département alors qu'elle a baissé de manière significative dans la région et en France métropolitaine. Sur la même période, l'incidence des ALD a augmenté sur le territoire comme dans les territoires de comparaison.

6.7 Un impact des comportements à risque sur la santé

Sur la période 2013-2017, avec 1 décès par accident de la circulation en moyenne chaque année, la mortalité par accident de la voie publique ne diffère pas significativement de celle observée au niveau national alors qu'une surmortalité est observée dans le département et la région.

La consommation d'alcool est un facteur de risque de pathologies à l'origine de 2 décès en moyenne chaque année sur le territoire ; à structure par âge comparable, cette mortalité ne diffère pas du taux national, comme dans le département, alors que dans la région elle est significativement plus faible que celle observée en France métropolitaine.

De même, la consommation de tabac est un facteur de risque de pathologies à l'origine de 13 décès en moyenne chaque année sur le territoire (dont 4 par cancer du poumon) ; à structure par âge comparable, cette mortalité ne diffère pas du niveau

national alors qu'une surmortalité est observée dans le département et une sous-mortalité dans la région.

Le faible nombre d'évènements en lien avec ces trois comportements à risque (accidents de la circulation, consommation d'alcool ou consommation de tabac) rend difficile l'analyse des évolutions dans le temps.

6.8 Un taux de suivi ambulatoire en psychiatrie pour les adultes relativement important

En 2020, près de 190 habitants de la CC Gorges Causses Cévennes ont eu recours à un psychiatre libéral, soit 2,7% des habitants. Ce taux de recours à un psychiatre est, à structure d'âge comparable, intermédiaire entre les valeurs moins élevées observées en France métropolitaine et dans le département d'une part, et celle plus élevée dans la région d'autre part.

Sur la période 2013-2017, près d'une trentaine d'habitants de la CC Gorges Causses Cévennes ont été admis en ALD pour une affection psychiatrique en moyenne chaque année. Le taux d'incidence de ces ALD est significativement plus élevé sur le territoire qu'au niveau national, comme pour la région et le département.

En 2020, pour près de 1 150 habitants du territoire, soit 87,9% de ceux consommant des soins, des traitements médicamenteux incluant des psychotropes ont été prescrits et délivrés en pharmacie, ainsi, la population concernée par une consommation de psychotropes est moins importante de ce qui est observé dans le département (112%) la région (108%) ou au niveau national (110%). Cette consommation varie fortement avec l'âge ; elle est trop faible avant 18 ans pour pouvoir calculer cet indicateur, puis elle concerne un peu moins d'une personne sur dix parmi celles âgées de 18 à 64 ans et près d'un cinquième des habitants à 65 ans ou plus.

En 2021, 41 habitants du territoire, âgés de 16 ans ou plus, ont été hospitalisés en psychiatrie, rapporté à la population, cela correspond à un taux de 6,1 hospitalisations pour 1 000 habitants du même âge ; ce taux est à structure d'âge

comparable, similaire au taux départemental et plus élevé que ceux observés dans les deux autres territoires de comparaison (autour de 4 hospitalisations pour 1 000 habitants). Les suivis ambulatoires en psychiatrie ont concerné près de 290 habitants, soit un taux de 49,6 pour 1 000 habitants consommant des soins. À structure d'âge identique, ce taux est proche de la valeur départementale et nettement plus élevé que le taux régional ou métropolitain.

Parmi les habitants de la CC Gorges Causses Cévennes, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide et le nombre de décès par suicide sont trop faibles pour pouvoir être correctement interprétés et comparés avec les autres territoires.

6.9 Accès à la prévention et aux soins

Des habitudes de prévention à renforcer dans de nombreux domaines

Parmi les personnes âgées de 65 ans et plus de la CC Gorges Causses Cévennes, près de 900 ont bénéficié de la vaccination antigrippale pendant l'hiver 2021-2022, soit 46,6% de la population consommant des soins du même âge. Ce taux de couverture vaccinale est inférieur à ce qui est observé dans le département (51%) ou dans la région et au niveau national (55%).

425 habitantes du territoire âgées entre 50 et 74 ans ont effectué une mammographie dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein en 2020-2021, soit 34,8% des femmes de 50 à 74 ans consommant des soins ; ce taux est inférieur au taux départemental (43%), à celui de la région (41%) et à celui de la France métropolitaine (43%).

Sur la même période, une centaine de femmes de 50-74 ans ont effectué un dépistage individuel du cancer du sein, soit 8,8% des femmes de même âge ayant consommé des soins. Ce taux est d'environ la moitié des taux régional et national (respectivement 16% et 15%) et est identique au taux départemental (9%).

Le dépistage du cancer du col de l'utérus repose, au cours de la période étudiée, sur un frottis tous les 3 ans entre 25 et 65 ans. Au cours des années 2019-2021, près de 620 habitantes de la CC Gorges Causses Cévennes, âgées de 25 à 65 ans, ont bénéficié de ce dépistage, soit 36,1% des femmes consommant des soins du même âge, ainsi, ce dépistage est plus fréquent dans ce territoire qu'en France métropolitaine (35%) mais moins fréquent que dans le département ou la région où il a concerné respectivement 39% et 38% des femmes.

7. Offre de soins

7. Offre de soins ^{8 9}

7.1 Accessibilité potentielle localisée

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

En 2021 et compte tenu de la structure par âge de la population, les habitants de la CC Gorges Causses Cévennes ont accès en moyenne à 2,7 consultations ou visites de médecins généralistes. Cet accès est plus faible que celui de l'ensemble des habitants en Lozère (3,1), en Occitanie (4,3) ou en France métropolitaine (3,8).

L'analyse de l'accès aux chirurgiens-dentistes, aux infirmiers libéraux et aux masseurs kinésithérapeutes aboutit à des conclusions similaires : un moindre accès à ces trois catégories de professionnels de santé dans la CC Gorges Causses Cévennes qu'en Lozère, Occitanie ou France métropolitaine.

⁸ Source : Profil santé CC Gorges Causses Cévennes – CREA I ORS – juin 2023

⁹ <https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/accueil.htm>

7.2 Densité des professionnels de santé¹⁰

Nombre de professionnels de premiers recours et part des professionnels âgés de 60 ans ou plus en 2022								
INDICATEURS	GORGES CAUSSES CÉVENNES		LOZÈRE		OCCITANIE		FRANCE METROP.	
	Effectif	% 60 ans +	% 60 ans +		% 60 ans +		% 60 ans +	
Offre de soins de premier recours								
Médecin généraliste libéral ⁽¹⁾	4	50,0	40,6		37,7		35,2	
Chirurgien- dentiste libéral ⁽¹⁾	3	66,7	36,7		20,7		21,5	
Infirmier libéral ⁽²⁾	20	0,0	7,2		14,2		12,9	
Masseur-kinésithérapeute libéral ⁽²⁾	8	12,5	13,7		9,8		10,5	

(1) Professionnels en activité libérale et mixte au 1^{er} janvier 2022
(2) Professionnels en activité libérale - données au 1^{er} janvier 2021 pour les infirmiers libéraux et au 1^{er} janvier 2020 pour les masseurs-kinésithérapeutes
Sources : RPPS, ADELI (hors remplaçants et en activité non médicale) - Exploitation CREA-ORS Occitanie

Densité des différents professionnels en 2022 et % d'évolution entre 2017 et 2022								
INDICATEURS	GORGES CAUSSES CÉVENNES		LOZÈRE		OCCITANIE		FRANCE METROP.	
	Densité*	% Evol.	Densité	% Evol.	Densité	% Evol.	Densité	% Evol.
Médecins généralistes libéraux ⁽¹⁾	57,7	-19,0	83,5	-7,3	95,1	-5,6	83,9	-6,1
<i>dont âgés de moins de 60 ans</i>	28,9	-59,5	49,6	-7,3	59,3	-11,8	54,4	-9,7
Dentistes libéraux ⁽¹⁾	43,3	51,8	39,2	-16,7	66,9	-1,2	55,1	-1,3
Infirmiers libéraux ⁽²⁾	288,6	6,5	218,0	10,6	289,3	3,5	180,3	6,7
Masseurs-Kinésithérapeutes libéraux ⁽²⁾	115,5	15,7	95,3	14,1	155,5	13,2	108,1	9,3

*Nombre de praticiens pour 100 000 habitants
(1) Professionnels en activité libérale et mixte au 1^{er} janvier 2022
(2) Professionnels en activité libérale - données au 1^{er} janvier 2021 pour les infirmiers libéraux et au 1^{er} janvier 2020 pour les masseurs-kinésithérapeutes - évolution 2017-2021 pour les infirmiers et 2017-2020 pour les masseurs-kinésithérapeutes
Sources : RPPS, ADELI (hors remplaçants et en activité non médicale) - Exploitation CREA-ORS Occitanie

En 2022, la CC Gorges Causses Cévennes compte 4 médecins généralistes en temps plein, 2 chirurgiens-dentistes (en 2023), 20 infirmiers et 8 masseurs-kinésithérapeutes en activité libérale (ou mixte). Les densités des infirmiers comme celle des kinésithérapeutes sont relativement élevées comparées aux densités nationale et départementale, mais voisines ou plus faibles que celles observées dans la région.

En cinq ans, la densité des médecins généralistes a diminué dans la CC comme en Lozère, en Occitanie ou en France métropolitaine. La baisse est plus marquée dans la CC Gorges Causses Cévennes que dans ces territoires.

¹⁰ La densité de professionnels de santé est ici le rapport entre le nombre de professionnels de santé recensés et le nombre d'habitants sur un territoire donné (au dernier recensement). Le chiffre est donné pour 100 000 habitants.

7.3 Organisation des soins au sein de la Communauté de communes Gorges Causses Cévennes

Nombre de structure(s)	Commune(s)
1 hôpital	Florac-Trois-Rivières
2 Maisons de santé pluridisciplinaires (MSP)	Florac-Trois-Rivières et Meyrueis
3 EHPAD	Florac-Trois-Rivières, Meyrueis et Ispagnac
1 Maison d'accueil spécialisée	Florac-Trois-Rivières
1 Foyer de vie	Meyrueis
2 Centres médico-psychologiques (CMP)	Florac-Trois-Rivières (enfants et adultes)
5 pharmacies	Florac-Trois-Rivières (2), Meyrueis, Ispagnac, Sainte Enimie

CPTS : Des professionnels de santé et particulièrement ceux de ville peuvent décider de se constituer en Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) dans une logique de projet populationnel. L'objectif est de travailler ensemble au sein d'un territoire donné en assurant une meilleure coordination dans les actions et en structurant des parcours de santé.

Le territoire lozérien est divisé en deux CPTS, la CC Gorges Causses Cévennes fait partie de la CPTS Terre des Sources Lozèr'Est.

Précisions concernant la démographie médicale

Des histoires de villages et de villes se retrouvant privées d'offre de soins se comptent par centaines dans toute la France. D'après la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, DREES, cette situation concerne 11 329 communes, soit près d'un tiers des communes françaises.¹¹

¹¹ Portela M., 2021, "Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques", DREES / SEEE

Contrairement aux idées reçues, ces « déserts » et leurs petites sœurs, les « zones en voie de désertification médicale » ne se localisent pas seulement dans les zones rurales ou faiblement peuplées de l'Hexagone. Le sud de la France et l'île de France connaissent plus d'implantations de généralistes creusant l'écart avec le reste du pays.

Depuis de nombreuses années, la pénurie en professionnels de santé et plus particulièrement en médecins généralistes et chirurgiens-dentistes dans les départements ruraux comme la Lozère suscite de grandes inquiétudes. Le département est mobilisé sur ce sujet et y travaille avec beaucoup d'attention en mettant en place de nombreux dispositifs pour lutter contre la désertification médicale : aide à la création des maisons de santé, bourses financières (installations) attribuées aux internes de médecine générale et étudiants de 5ème et 6ème année de chirurgie dentaire, campagne d'informations auprès des étudiants et des enseignants des facultés de médecine et de chirurgie dentaire et sur les différents sites internet. En Lozère, la démographie médicale est un enjeu majeur partagé par différents acteurs de santé et politique.

8. Présentation et analyse des résultats du diagnostic qualitatif

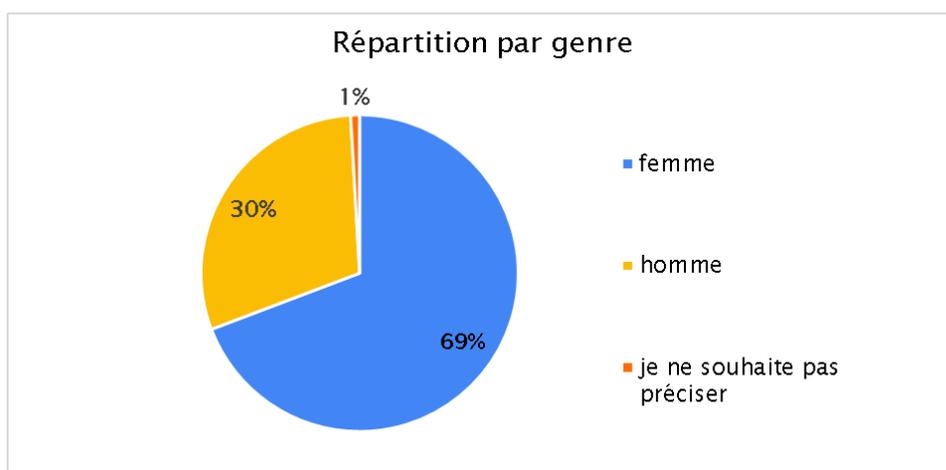
8. Présentation et analyse des résultats du diagnostic qualitatif

8.1 Présentation des caractéristiques de la population rencontrée

Afin d'avoir des résultats pertinents venant directement du terrain, quatre groupes de la population du territoire ont été consultés : les habitants, les professionnels de santé, les élus et les associations / structures.

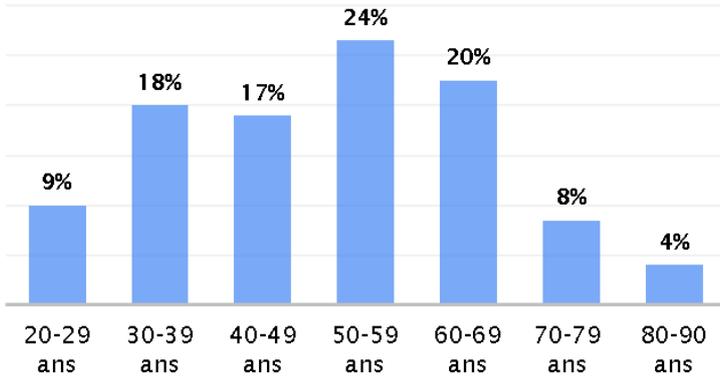
8.1.1 Habitants : questionnaire

221 habitants ont répondu au questionnaire soit 3,1% de la population globale. Il s'agit d'un taux de réponse statistiquement significatif, autrement dit, la participation des habitants est très satisfaisante et montre qu'ils portent de l'intérêt à la mise en place d'un Contrat Local de Santé sur le territoire.



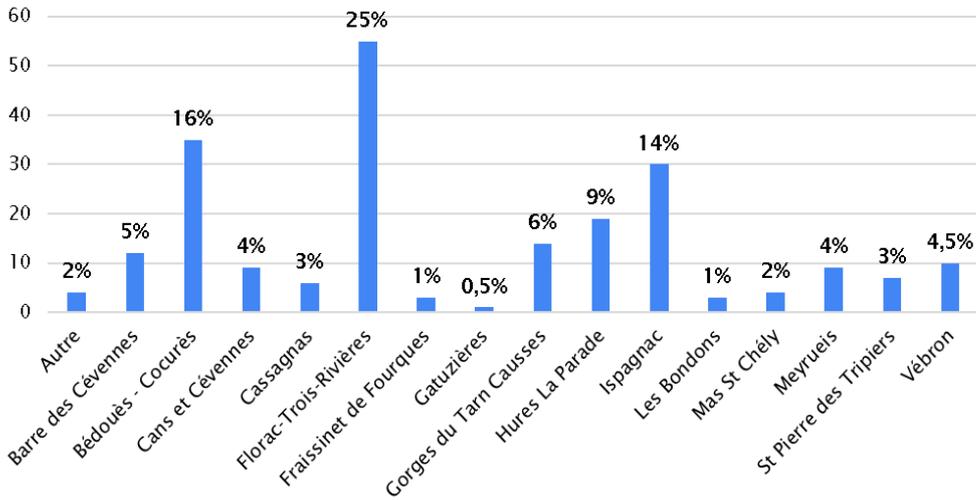
Les répondants au questionnaire, comme dans la plupart des enquêtes, sont majoritairement des femmes.

Répartition par âge



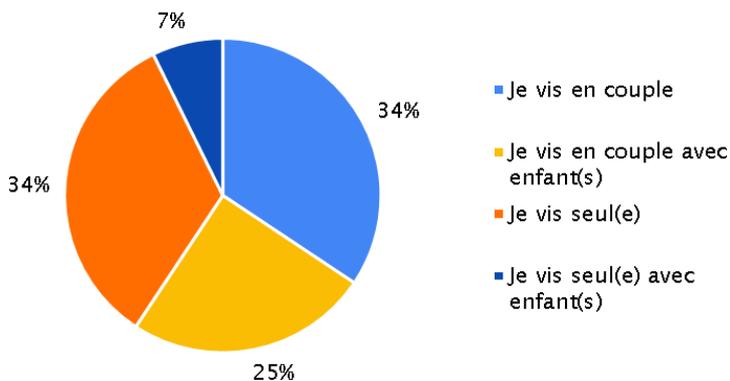
Le plus jeune participant a 20 ans et le plus âgé a 90 ans.

Répartition par commune



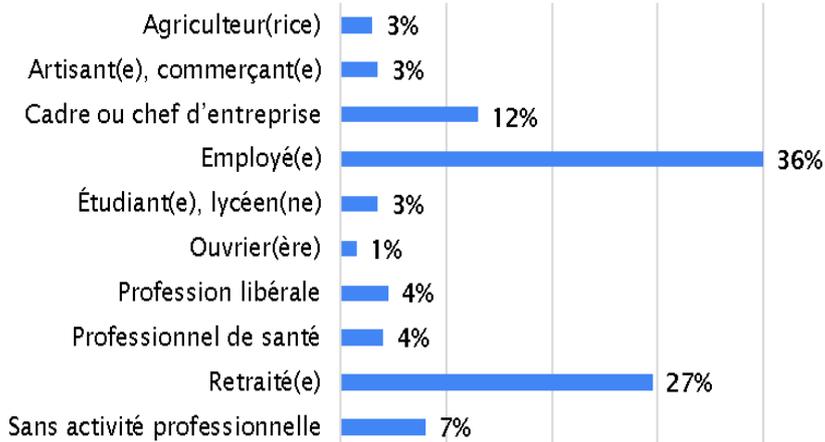
L'enquête a été un véritable succès (221 réponses collectées). Les habitants de 15 communes sur les 17 que comprend la CCGCC y ont répondu. Ce panel prend en compte la diversité démographique du territoire.

Répartition par situation matrimoniale



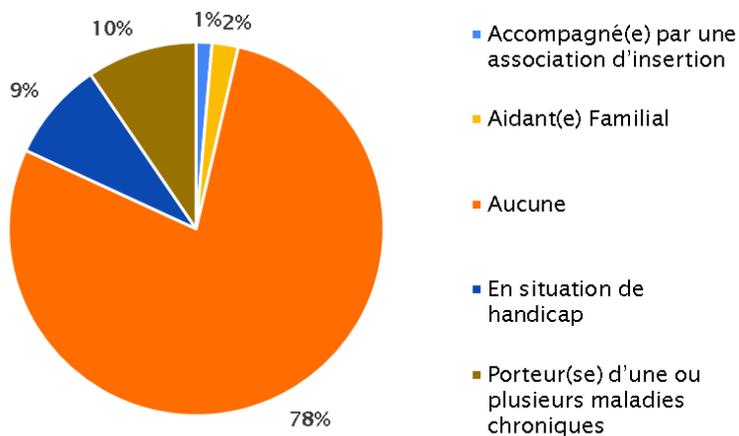
La majorité des participants, (soit 59%) vis en couple avec ou sans enfants.

Prépartition par catégorie socio-professionnelle



La majorité des participants exercent une activité professionnelle (soit 63%), contre 27% des retraités, 3% des étudiants / lycéens et 7% des personnes sans activité professionnelle.

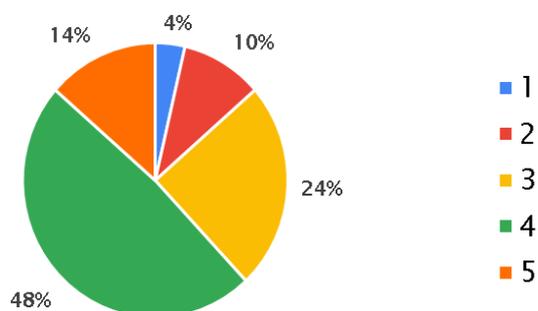
Précisions demandées aux répondants



22% des répondants sont dans une de ces 4 situations :

- Accompagné(e) par une association d'insertion
- Aidant(e) familial
- En situation de handicap
- Porteur(se) d'une ou plusieurs maladies chroniques

Définition de l'état de santé : sur une échelle de 1 (mauvais) à 5 (excellent)



86% des répondants ont jugé leur état de santé entre 3 (bon) et 5 (excellent).

Parmi les répondants, 96% ont jugé leur cadre de vie agréable à vivre contre 4% qui ne sont pas d'accord avec cette affirmation.

8.1.2 Professionnels de santé : entretiens individuels et collectifs

La consultation des professionnels de santé du territoire :

- 4 entretiens individuels
- 4 entretiens collectifs : 18 personnes
- 22 professionnels de santé au total

Chaque rencontre a débuté avec une présentation du CLS, ses missions et la phase du diagnostic. Ensuite, chaque professionnel de santé se présente et explique son activité, décrit sa patientèle, ses conditions de travail et son cadre.

Le but est de prendre connaissance de l'existant, définir les difficultés et les solutions existantes ou souhaitées et afin définir les priorités du territoire en matière de santé.

Les professionnels de santé interviewés exercent différentes professions : médecin généraliste, médecin pédopsychiatre, infirmier, psychomotricien, orthophoniste, psychologue, kinésithérapeute, diététicien mais également cadre de santé, assistant social, éducateur spécialisé et secrétaire.

Concernant la médecine douce : ostéo-énergétique, masseur et naturopathe.

Comme nous l'avons abordé avant, le territoire souffre d'une pénurie de professionnels de santé. En raison de la surcharge liée à leur activité professionnelle, une grande partie des professionnels de santé du territoire doivent répondre à la demande des patients et ils n'ont pas pu participer au diagnostic.

8.1.3 Elus : entretiens individuels

Parmi les 17 communes qui font partie de la Communauté de communes Gorges Causses Cévennes, les Maires et/ou adjoint Maires de 15 communes ont été consultés.

Chaque rencontre a débuté avec une présentation du CLS, ses missions et la phase du diagnostic. Ensuite, une présentation du fonctionnement et les services au sein de chaque commune, une description de la population qui habite sur le territoire communal et leur cadre de vie, également une présentation du tissu associatif et l'offre médicale. Enfin, les actions et les projets mises en place (ou souhaités) sur le territoire dans le domaine de santé et notamment autour de la prévention et promotion de la santé, ont été discutés, tout comme les besoins les plus prioritaires et importants sur le territoire communal et communautaire.

8.1.4 Associations et structures : entretiens individuels et collectifs

Le territoire de la Communauté de communes Gorges Causses Cévennes dispose d'un tissu associatif très riche, il n'a pas été possible pour l'instant rencontrer toutes les associations du territoire, des rencontres a posteriori du diagnostic sont envisagées pour permettre une interconnaissance et inclure un maximum d'associations dans le CLS.

En total, 44 associations et structures ont participé au diagnostic.

Les associations consultées sont dans les domaines suivantes : santé, social, solidarité, handicap, animation, sport, loisirs, jeunesse, environnement, développement local, culture, événementiel.

Différents types de structures ont participé au diagnostic : établissements de santé, établissements médico-sociaux, services publics, département, MSA (Mutualité sociale agricole), CCSS (Caisse commune de sécurité sociale).

Ces rencontres ont permis d'appréhender les ressentis ainsi que les expériences des associations et de différentes structures sur les problématiques de santé du territoire, d'identifier les enjeux de proximité et aussi de réfléchir ensemble sur leur future implication dans le cadre du CLS et la participation au différents groupes de travail.

8.2 Analyse des résultats du diagnostic qualitatif

L'enquête quantitative et qualitative met en évidence plusieurs problématiques jugées prioritaires par la totalité (ou la grande majorité) des personnes interviewées : habitants, professionnels de santé, élus, associations et différentes structures.

8.2.1 Thématiques prioritaires identifiées

Démographie médicale, accès à la santé, mobilité
<ul style="list-style-type: none">• Manque de médecins généralistes et spécialistes, le plus compliqué pour les maladies chroniques car besoin de consultations fréquentes
<ul style="list-style-type: none">• Obligation de se déplacer dans les grandes villes autour pour les consultations complexes
<ul style="list-style-type: none">• Absence de transports en commun et manque de TAD (transport à la demande) pour des raisons médicales ou des actions de prévention
<ul style="list-style-type: none">• Délais d'attente trop longs, prise en charge médiocre et de faible qualité de certains professionnels de santé
<ul style="list-style-type: none">• Manque de services à la personne

Animation du territoire vers une meilleure coordination en santé
<ul style="list-style-type: none">• Manque de communication ou l'information ne circule pas assez, notamment les habitants qui sont intéressés pour participer aux différents ateliers santé ne sont pas toujours informés
<ul style="list-style-type: none">• Méconnaissance des missions des certaines associations

Prévention, promotion et éducation pour la santé
<ul style="list-style-type: none">• Manque d'actions et même les très peu d'actions qui existent ne sont pas connues : gros travail autour de la communication peut-être via le CLS ou un guichet unique qui doit être assez connu et vite repéré par les habitants
<ul style="list-style-type: none">• <i>La prévention, promotion et éducation pour la santé sont présentes dans chaque axe du CLS Gorges Causes Cévennes</i>

Addictions

- Absence de dépistage précoce et d'accompagnement précoce du public en situation d'addictions
- Besoin de plus d'éducation approfondie de tous les types d'addiction
- *Tous les types d'addiction sont liés (très) souvent aux isolement social malgré l'entraide mutuelle existante sur le territoire et un tissu riche associatif*

Santé environnementale

- Besoin des citoyens d'avoir des connaissances sur la santé de la population et la qualité de l'environnement
- Répondre au besoin de concertation et de médiation (échange entre acteurs sur les thématiques santé-environnement)

Alimentation

- Besoin d'une éducation autour de l'alimentation saine avec un petit budget et en milieu rural tout en favorisant les produits locaux

Activités physiques

- Ressorti notamment par les suggestions d'amélioration l'état de santé de chacun, souvent argumenté par le fait qu'on est entouré d'une nature magnifique et les activités physiques en plein air sont à favoriser
- L'offre sportive sur le territoire est peu variée

Santé mentale

- Isolement social très important notamment pour les personnes âgées, les personnes handicapées, les aidants
- Très souvent la souffrance psychologique est associée aux différents types d'addiction
- Absence d'actions autour de la santé mentale, sujet qui reste complètement tabou pour le territoire

8.2.2 Limites méthodologiques et biais du diagnostic

Le diagnostic est une photographie d'un territoire à un instant donné qui peut très bien changer au fur et à mesure.

Il existe une absence de point de comparaison pour les inégalités sociales et territoriales de santé : les diagnostics faits sur d'autres CLS n'utilisent pas une méthodologie commune ce qui limite les possibilités de comparaison.

Limites méthodologies du diagnostic :

- Le diagnostic CLS n'est pas exhaustif
- Il n'était pas possible de consulter toutes les 17 communes, absence de réponse / informations sur deux communes
- Comme mentionné précédemment, la plupart des professionnels de santé n'ont pas eu le temps de participer au diagnostic en raison de la surcharge liée à leur activité professionnelle

Biais du diagnostic :

- Biais de mesure, d'analyse, d'interprétation : les réponses qualitatives ont été soumises à une certaine subjectivité de la coordinatrice dans leur interprétation
- Biais lié au contexte du territoire : premier CLS mis en place en 2015 qui n'a pas pu aboutir, difficultés pour les acteurs de comprendre l'utilité de ce contrat et mettent des doutes du succès potentiel une deuxième fois
- Biais de confusion d'un facteur tiers non-pris en compte par les interviewés

9. Axes du CLS, objectifs et perspectives

9. Axes du CLS, objectifs et perspectives

L'ambition du Contrat Local de Santé est d'agir sur les inégalités sociales et territoriales de santé. C'est pourquoi la prise en compte de ces dernières dans les actions déployées dans le cadre du Contrat Local de Santé est importante.

Une attention particulière sera portée au principe « d'universalisme proportionné » qui consiste à développer des actions auprès de l'ensemble de la population, c'est-à-dire sous forme des axes de travail thématiques : en revanche la forme et l'intensité seront adaptée selon les catégories de populations. Dans chaque axe thématique aura tout le type de public. **Une place particulière sera accordée aux publics vulnérables.**

9.1 Axes du CLS

9.1.1 Axe 1 : Accès à la santé et mobilité

L'accès à la santé peut être défini comme la facilité plus ou moins grande avec laquelle une population peut s'adresser aux services de santé dont elle a besoin. L'accès est lié à la présence (ou l'absence) potentielle de barrières économiques, physiques, culturelles, géographique ou autres lors de l'utilisation de ces services.

Avant d'aborder la thématique de la démographie médicale et mobilité, il est utile de se rappeler qu'un nombre élevé de médecin par habitant ne garantit pas forcément un meilleur accès aux soins. La qualité des soins, de la prise en charge des patients, la qualité des services, les critères de moyens et de fonction entrant aussi en compte.

En termes d'accès à la santé, les difficultés identifiées par les acteurs interviewés sont :

- L'absence de professionnels à proximité
- L'absence de moyen de transport
- Les délais d'attente trop longs

La problématique de la démographie médicale des médecins généralistes et spécialistes est très largement citée par tous les acteurs interrogés dans le cadre de l'enquête. Elle apparaît donc comme une question centrale sur l'ensemble du territoire. L'absence d'un service d'urgences à proximité et la question de l'organisation des gardes (soir, week-end, jours fériés) font également partie des préoccupations principales.

La mobilité pour accéder aux soins et aux actions de prévention est perçue par tous les acteurs interrogés comme étant un enjeu majeur pour les habitants du territoire. Les deux principaux problèmes sont l'enclavement et le manque d'alternatives à la voiture individuelle. Les publics les plus concernés sont les personnes âgées, en premier lieu, puis les personnes précaires et enfin les personnes en incapacité de conduire permanente ou temporaire (pas ou plus de permis, handicap permanent ou temporaire, etc.).

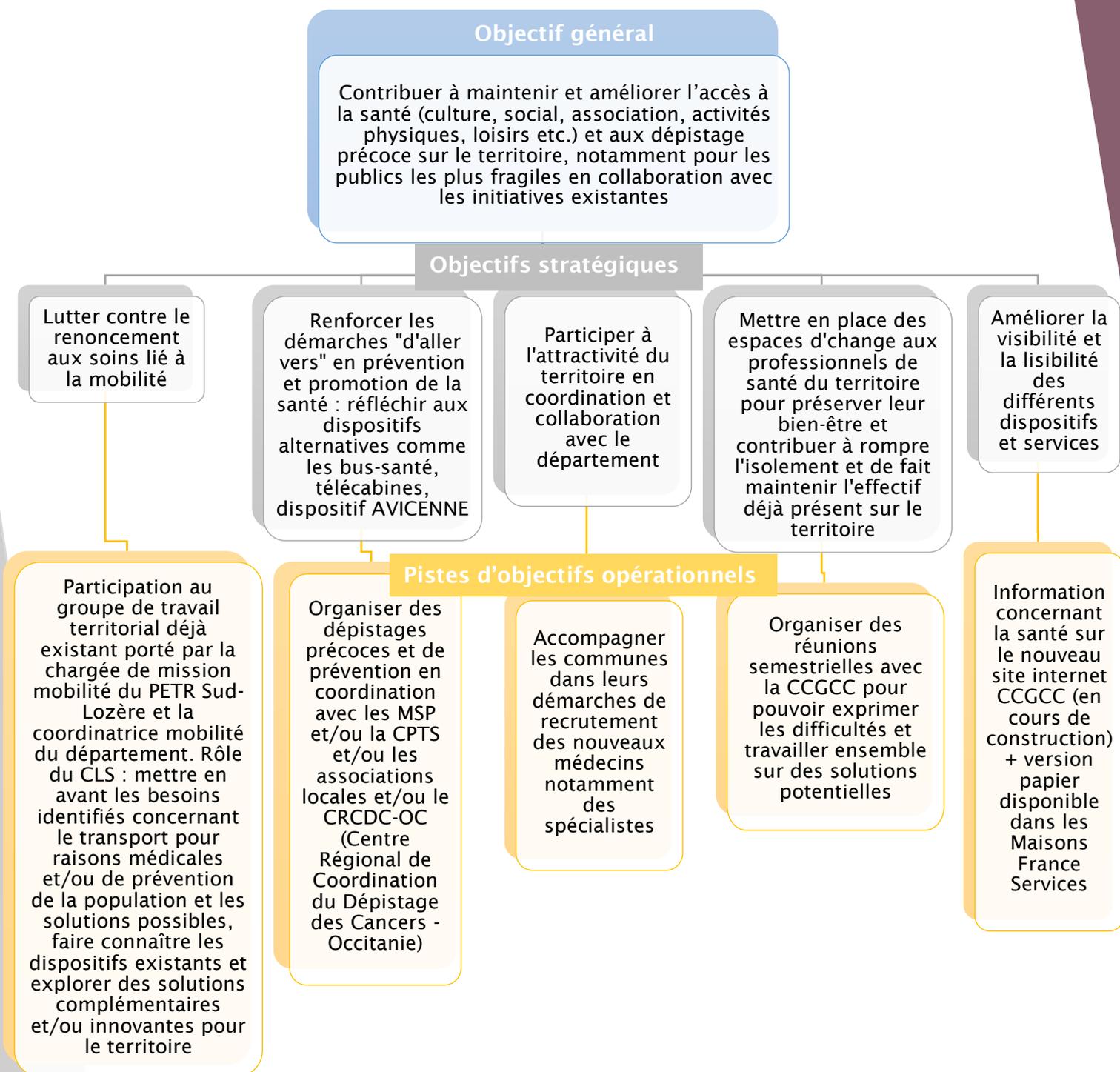
Le problème de la mobilité pour accéder aux soins a été largement citée par les habitants du territoire.



Parmi les habitants qui ont répondu « oui » :

- 44% ont répondu que c'est à cause d'absence de professionnels de santé (généralistes et spécialistes) à proximité
- 39% ont répondu que c'est à cause d'absence de moyen de transport
- 14% ont répondu que c'est à cause de délais d'attente trop longs
- 3% ont répondu que c'est à cause du coût important

L'absence de logement est aussi un problème pour la mobilité. En effet, une proportion importante des logements sont à vocation touristique ou des résidences secondaires, de fait, les habitants à l'année trouvent des difficultés à trouver des logements permanents. Certains doivent s'éloigner de leur emploi, ce qui provoque des frais importants pour se déplacer.



Certains dispositifs et services en matière de santé, d'accès à la santé et de prévention restent méconnus, tant du côté des professionnels, des élus que de la population. S'attacher à rendre cette offre de services visible et lisible pour l'ensemble des acteurs du territoire contribue à les rendre accessibles.

9.1.2 Axe 2 : Santé mentale

La situation des personnes souffrant de troubles psychiques est une véritable préoccupation. Or, la santé mentale participe d'une large part à la santé globale et constitue une ressource essentielle au quotidien. Aux problématiques de mal-être et de souffrance psychologique s'ajoute la question de **l'isolement social lié au territoire, qui a été cité par tous les acteurs consultés.**

La santé mentale reste un sujet de tabou sur le territoire. Les acteurs témoignent d'un manque de ressources dans le champ de la santé mentale, en matière de diagnostic, de repérage et de prise en charge. Cependant, le délai de réponse du CMP pour les adultes Le Ferradou à Florac est assez court et il n'y a pas de liste d'attente.

Plusieurs pistes ont été proposées par les acteurs interviewés : le développement de groupes d'entraide, l'information des acteurs en matière de santé mentale.

Mise en place d'un Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) ¹²

L'ARS Occitanie souhaite soutenir la mise en place des conseils locaux en santé mentale (CLSM) dans le cadre des contrats locaux de santé (CLS). En effet, les CLS constituent un cadre d'action privilégié pour construire des stratégies partagées entre l'ARS et les collectivités territoriales permettant de soutenir des dynamiques locales. Incarnant le volet santé mentale des CLS, les CLSM constituent des espaces de concertation locale associant les élus locaux, la psychiatrie, les représentants d'usagers et les aidants, acteurs médico-sociaux et sociaux pour co-construire des réponses aux besoins locaux en santé mentale. Il a pour objectif de définir et mettre en œuvre des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale des populations concernées.

¹² <https://ressources-clsm.org/les-conseils-locaux-de-sante-mentale/>

Le CLSM permet une approche locale et participative concernant la prévention et le parcours de soins, il associe les acteurs sanitaires et sociaux et toute personne intéressée du territoire et définit des objectifs stratégiques et opérationnels.

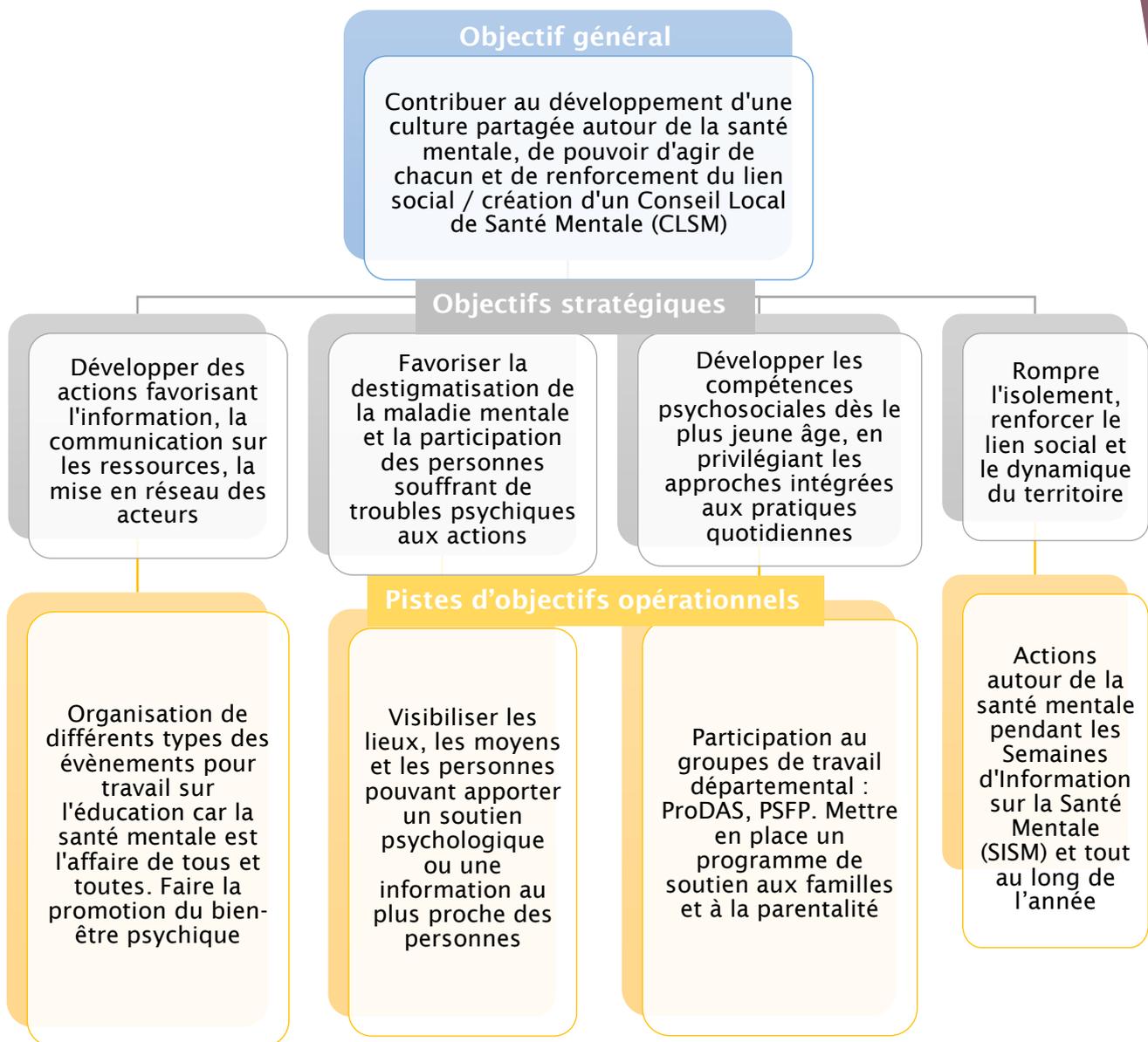
Ce soutien de l'ARS Occitanie fait l'objet du cahier des charges de labellisation ARS des CLSM existants et à venir en Occitanie.

La thématique des addictions sera traitée dans le cadre du Conseil Local de Santé Mentale (CLSM).

Les addictions, qu'elles soient liées ou non à des substances, constituent un problème de santé majeur. Un repérage précoce d'une conduite addictive peut permettre de réduire les conséquences néfastes. L'enjeu de l'accompagnement des personnes ayant des conduites addictives réside dans une approche pluridisciplinaire.

La thématique des addictions a été mentionnée comme une préoccupation pour les habitants de la communauté de communes Gorges Causses Cévennes. La consommation d'alcool, de tabac, de cannabis et de drogues illicites sont citées comme des problématiques sur le territoire.

Certains acteurs soulignent le manque de ressources type groupes de parole permettant aux personnes d'échanger et de partager leur expérience, représente un réel problème. Ces mêmes acteurs se retrouvent démunis lorsqu'ils sont confrontés à ce type de problématique du fait de l'absence de structure ou de services de prévention des addictions.



*Les SISM sont l'occasion de réfléchir collectivement sur des actions départementales pour informer et sensibiliser le public aux questions de santé mentale, rassembler les acteurs et partenaires territoriaux et faire connaître les lieux, les moyens et les personnes pouvant apporter un soutien ou une information de proximité.

9.1.3 Axe 3 : Santé environnementale

La promotion d'un environnement favorable à la santé est perçue comme un enjeu important dans le cadre du Contrat Local de Santé Gorges Causses Cévennes. Santé et environnement sont deux domaines étroitement liés. L'environnement qui nous entoure agit quotidiennement sur notre santé.

Les projets d'aménagement du territoire conditionnent les principaux déterminants environnementaux pouvant avoir un impact sur la santé des habitants. La prise en compte des facteurs environnementaux apparaît donc comme un élément majeur d'amélioration du cadre de vie et de la santé des habitants.

Les acteurs recherchent notamment un aménagement urbain favorable aux mobilités douces et aux déplacements actifs (pistes cyclables, liaisons piétonnes, parcours santé, chemins de randonnée...), un modèle agricole respectueux de l'environnement et de la santé à travers la réduction de l'usage de produits phytosanitaires et une éducation autour des perturbateurs endocriniens. L'information et la sensibilisation des différents acteurs sur ces questions de santé environnementale sont des perspectives évoquées par les enquêtés.

Plus largement, les acteurs interrogés constatent une méconnaissance de l'impact des risques environnementaux sur la santé et une exposition des habitants à ces risques.

Dans le cadre du Plan régional santé environnement Occitanie (PRSE 4), promouvoir l'intégration d'une dimension "santé" (dont la lutte contre les inégalités sociales de santé) aux documents de planification territoriale et projets d'aménagement, le CLS et les conseils de développement pourraient être des vecteurs pour acculturer les acteurs à ces outils.

Objectif général

Impulser et renforcer une politique territoriale en matière de santé environnementale

Objectifs stratégiques

Appuyer la collectivité et les acteurs du territoire pour s'approprier les liens entre santé et environnement et initier des actions en s'appuyant sur les ressources existantes

Contribuer à la prise en compte de la santé dans les projets et documents d'urbanisme

Impulser une dynamique autour de la prise en compte de la santé environnementale dès le plus jeune âge

Pistes d'objectifs opérationnels

Accompagner le territoire vers une meilleure connaissance des perturbateurs endocriniens et de leurs conséquences sur la santé puis un plan d'action partagé vers leur contrôle/réduction

Alimenter, lorsque pertinent et possible, les réflexions en amenant le prisme de la santé autour des projets en lien avec le logement et/ou la mobilité et/ou l'urbanisme en général

Déployer des actions en périnatalité et santé environnementale

9.1.4 Axe 4 : Alimentation et activités physiques

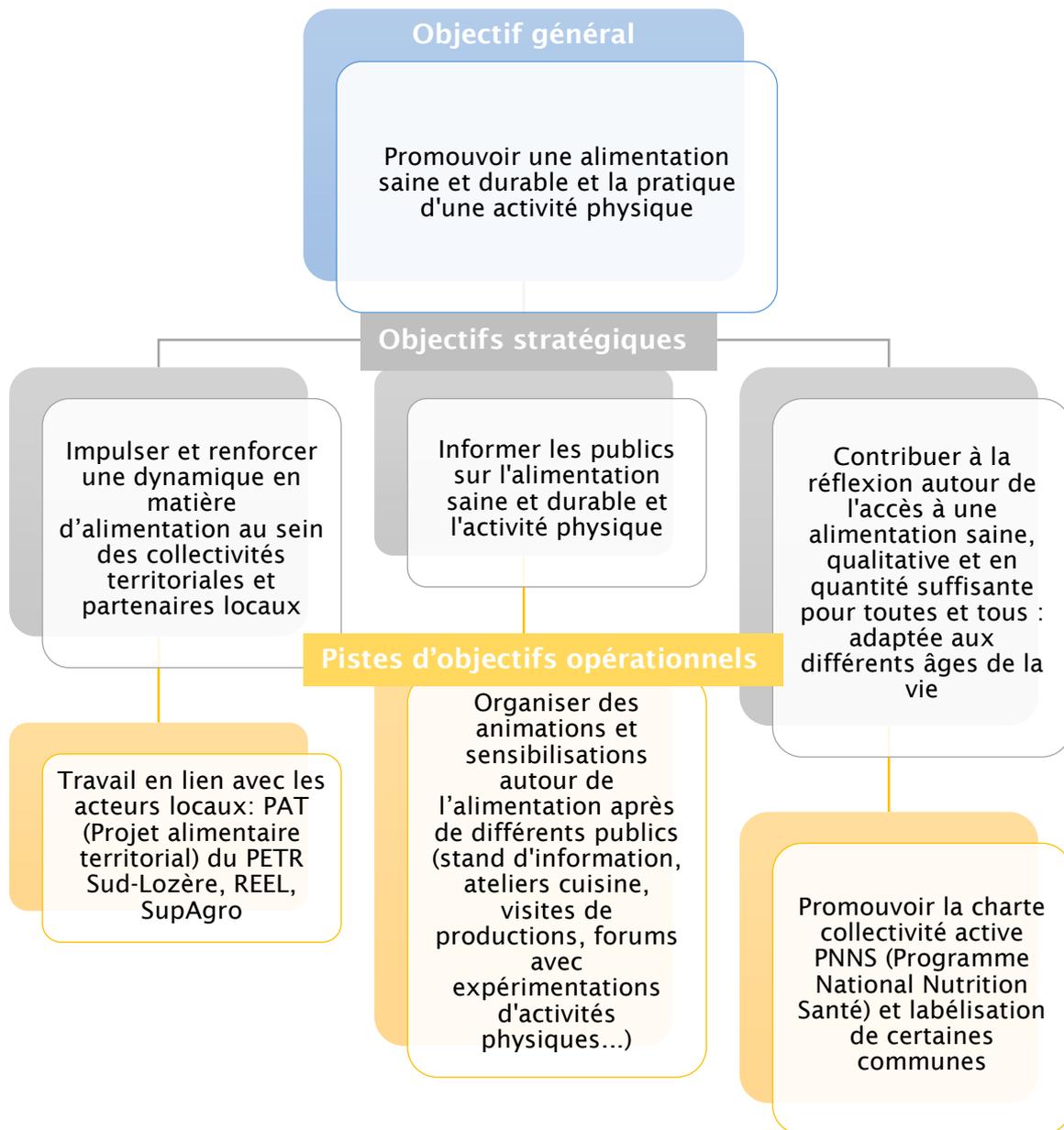
L'alimentation et l'activité physique sont deux déterminants de santé majeurs d'amélioration de l'état de santé de la population et des enjeux essentiels des politiques de santé publique.

Le terme « alimentation » est considéré dans une acception qui comprend tant les apports nutritionnels et donc l'alimentation, que les dépenses énergétiques via l'activité physique, dont l'augmentation est un objectif à part entière du Programme National Nutrition Santé (PNNS). Comme le définit l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'alimentation correspond à « l'apport alimentaire qui répond aux besoins de l'organisme. Une bonne alimentation, c'est-à-dire un régime adapté et équilibré, et la pratique régulière d'exercice physique, sont autant de gages de bonne santé ». L'alimentation est un facteur comportemental sur lequel il est possible d'agir pour la prévention des maladies.

Une alimentation inadéquate associée à une activité physique insuffisante est un déterminant majeur des principales maladies chroniques telles que les maladies cardio-vasculaires, le diabète de type 2, l'obésité, l'hypertension artérielle et certains types de cancer.

Les acteurs qui ont participé au diagnostic et notamment les habitants jugent qu'il n'y a pas suffisamment des actions globales autour de l'alimentation équilibrée. L'offre sportive est assez limitée pour les jeunes et pour les adultes.

75% des habitants qui ont répondu au questionnaire considèrent que des actions autour de l'alimentation et l'activité physique vont considérablement améliorer leur santé.



9.2 Gouvernance du CLS

9.2.1 Comité de pilotage (COPIL)

Instance stratégique et décisionnelle du Contrat Local de Santé, le Comité de pilotage a pour missions de :

- Déterminer les grandes orientations stratégiques du CLS et procéder le cas échéant, à des réorientations
- S'assurer de la mise en œuvre des priorités et objectifs du CLS
- Veiller à la bonne articulation entre le CLS et les autres politiques publiques
- Valider le bilan de l'année écoulée et les perspectives/orientations de l'année suivante

Le comité de pilotage est constitué des signataires du CLS :

- Les représentants de la Communauté de communes Gorges Causses Cévennes (17 Maires, directeur général des services, chef de service solidarités)
- Les deux référents santé
- Les représentants de l'ARS Occitanie DD48

Il se réunit une à deux fois par an, selon les besoins.

9.2.2 Comité technique (COTECH)

Constitué de porteurs de projets, des acteurs du territoire (possiblement d'habitants du territoire) et d'autres institutions porteuses d'actions, d'initiatives ou de politiques de santé sur le territoire. Son objectif lors du CLS sera d'identifier les opportunités et dynamiques du territoire que le CLS pourrait appuyer et vice versa.

Le Comité technique a pour missions de :

- Réunir l'ensemble des acteurs qui sont investis dans le CLS et échanger sur les orientations du CLS (interconnaissance)

- Apporter l'expertise sur la faisabilité réglementaire, technique, financière des actions proposées par les groupes de travail
- Faire émerger de nouveaux besoins et proposer, le cas échéant, de nouvelles actions à soumettre pour validation au Comité de pilotage
- Veiller à la cohérence entre les actions du Contrat Local de Santé et les dispositifs présents sur le territoire
- Faire également des propositions d'actions pour les différents axes du CLS

Il se réunit une fois par an. La composition du COTECH arrivera en automne 2023 et évoluera au fur et à mesure de l'avancée du CLS.

9.2.3 Groupes de travail thématiques

Les groupes de travail ont pour mission de :

- Déterminer précisément les actions à mettre en œuvre
- Contribuer à la mise en œuvre du plan d'actions
- Assurer le suivi des actions
- Participer à l'évaluation des actions

Les groupes de travail sont composés des pilotes des actions et des partenaires identifiés pour chacune des axes. Si nécessaires, ils pourront associer tout autre partenaire qu'il jugera pertinent.

Ils se réunissent autant de fois que nécessaire.

Le CLS prévoit la mise en place d'un Conseil Local en Santé Mentale (CLSM). Ce Conseil Local en Santé Mentale constitue la gouvernance de l'axe santé mentale. Il sera piloté selon les mêmes modalités que le CLS.

10. Conclusion

10. Conclusion

Si le CLS doit permettre de définir un projet pilote et expérimental en santé, novateur et dynamique sur la Communauté de communes Gorges Causse Cévennes avec des actions concrètes et transversales, multi partenariales, il doit être en priorité un outil collectif. C'est un outil repère, une référence porteuse d'orientations ambitieuses, claires et partagées.

Le CLS est aussi un outil au service d'une meilleure coordination des acteurs et actrices et de leurs actions, il doit mettre en place et animer la mise en réseau au service de l'interconnaissance, de la fluidité des orientations afin de lever les freins à l'accès aux soins.

La santé renvoyant à de multiples dimensions et de nombreux facteurs, le travail en réseau apparaît comme un indispensable pour appréhender l'individu et sa santé dans sa globalité. Ce travail en réseau permet également de développer l'interconnaissance et faciliter le travail par une collaboration.

Afin de permettre aux populations de mieux identifier les acteurs et actrices et les actions, le CLS pourrait accompagner le développement d'une communication pertinente. Cela doit également permettre d'identifier et de mobiliser plus rapidement les ressources et les compétences du territoire.

Il s'agit d'un outil au service du terrain, le CLS devra s'appuyer sur l'existant, le développer et contribuer à un meilleur maillage territorial des actions mises en place. Il pourrait favoriser la mobilisation des populations autour d'actions d'éducation mais aussi de prévention afin de contribuer à les rendre acteurs et actrices de leur santé.

Suite au diagnostic territorial, quatre axes stratégiques ont été déterminés pour le CLS 2023/2028 :

Axe 1 : Accès à la santé et mobilité

- Contribuer à maintenir et améliorer l'accès à la santé (culture, social, association, activités physiques, loisirs etc.) et aux dépistage précoce sur le territoire, notamment pour les publics les plus fragiles en collaboration avec les initiatives existantes

Axe 2 : Santé mentale

- Contribuer au développement d'une culture partagée autour de la santé mentale, de pouvoir d'agir de chacun et de renforcement du lien social / création d'un Conseil Local de Santé Mentale (CLSM)

Axe 3 : Santé environnementale

- Impulser et renforcer une politique territoriale en matière de santé environnementale

Axe 4 : Alimentation et activités physiques

- Promouvoir une alimentation saine et durable et la pratique d'une activité physique

L'objectif spécifique du CLS est de contribuer à améliorer la santé de tous les habitants et habitantes du territoire de la communauté de communes Gorges Causses Cévennes d'ici à 5 ans.

Une approche populationnelle sera adoptée sur tous les axes afin d'adresser aux mieux les enjeux et veillant à ne pas stigmatiser ni réduire certains groupes et/ou individus. La méthode de mise en œuvre privilégiée visera la participation, la co construction et la synergie avec les autres dispositifs.

11. Annexes

11. Annexes

11.1 Population et territoire Gorges Causses Cévennes

INDICATEURS	GORGES CAUSSES CÉVENNES			LOZÈRE		OCCITANIE		FRANCE METROP.	
	Effectif	Taux	Évol*	Taux	Évol*	Taux	Évol*	Taux	Évol*
Population									
1- Population	6 929	-	↘	-	↘	-	↗	-	↗
2- Densité	-	7,6	=	14,8	=	81,6	↗	119,7	↗
3- Accroissement annuel	-26	-0,3	-	0,0	-	0,9	-	0,4	-
4- Naissances	51	7,4	↘	7,6	↘	9,8	↘	11,1	↘
5- Décès	76	11,0	↗	12,9	↗	10,1	↗	9,2	↗
6- Population de nationalité étrangère	341	4,9	=	3,9	↗	6,1	↗	7,1	↗
Profil d'âge									
7- Indice de vieillissement	-	148,3	↗	121,0	↗	100,0	↗	83,8	↗
8- Moins de 15 ans	1 063	15,3	↘	15,4	↘	16,5	↘	17,8	↘
9- 15 à 29 ans	771	11,1	↘	14,3	↘	16,8	↘	17,5	↘
10- 65-74 ans	1 027	14,8	↗	13,0	↗	11,7	↗	10,6	↗
11- 75 ans ou plus	927	13,4	↗	12,3	=	10,8	=	9,5	↗

* Évolution observée sur six ans.

DÉFINITIONS DES INDICATEURS

1- Population totale (Insee RP2019) | 2- Densité de population (Insee RP2019) | 3- Nombre annuel moyen d'habitants supplémentaires et taux d'accroissement annuel moyen (%) entre 2013 et 2019 (Insee RP2013 RP2019) | 4- Nombre de naissances et taux de natalité pour 1 000 habitants (Insee, État civil 2019, RP2019) | 5- Nombre de décès et taux brut de mortalité pour 1 000 habitants (Insee, État civil 2019, RP2019) | 6- Nombre et % de personnes de nationalité étrangère (Insee RP2019) | 7- Nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans (Insee RP2019) | 8- Nombre et % de jeunes de moins de 15 ans dans la population (Insee RP2019) | 9- Nombre et % d'habitants âgés de 15-29 ans dans la population (Insee RP2019) | 10- Nombre et % d'habitants âgés de 65-74 ans dans la population (Insee RP2019) | 11- Nombre et % d'habitants âgés de 75 ans ou plus dans la population (Insee RP2019).

Commune	Population tous âges	< 15 ans		15-74 ans		75 ans ou plus	
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
48019 Barre-des-Cévennes	203	32	15,8	149	73,4	22	10,8
48028 Les Bondons	144	13	9,0	110	76,4	21	14,6
48036 Cassagnas	127	18	14,2	96	75,6	13	10,2
48050 Bédouès-Cocurès	451	80	17,7	332	73,6	39	8,6
48061 Florac Trois Rivières	2 067	344	16,6	1 437	69,5	286	13,8
48065 Fraissinet-de-Fourques	80	11	13,8	55	68,8	14	17,5
48069 Gatuzières	53	13	24,5	37	69,8	3	5,7
48074 Hures-la-Parade	231	42	18,2	166	71,9	23	10,0
48075 Ispagnac	897	150	16,7	604	67,3	142	15,8
48088 La Malène	136	18	13,2	103	75,7	15	11,0
48096 Meyrueis	807	101	12,5	554	68,6	153	19,0
48130 Rousses	124	23	18,5	87	70,2	14	11,3
48141 Mas-Saint-Chély	107	9	8,4	81	75,7	17	15,9
48146 Gorges du Tarn Causses	909	131	14,4	680	74,8	98	10,8
48166 Cans et Cévennes	289	33	11,4	221	76,5	35	12,1
48176 Saint-Pierre-des-Tripiers	90	12	13,3	71	78,9	7	7,8
48193 Vebron	214	33	15,4	156	72,9	25	11,7
CC Gorges Causse et Cévennes	6 929	1 063	15,3	4 939	71,3	927	13,4

11.2 Déterminants sociaux de santé

INDICATEURS	GORGES CAUSSES CÉVENNES			LOZÈRE		OCCITANIE		FRANCE METROP.	
	Effectif	Taux	Évol*	Taux	Évol*	Taux	Évol*	Taux	Évol*
Niveau d'études									
1- 15 ans ou plus peu ou pas diplômés	1 614	29,1	↘	28,7	↘	26,6	↘	27,0	↘
2- 25-34 ans sans diplôme	67	10,6	↘	11,2	↘	12,7	↘	12,4	↘
Catégories sociales									
3- Personnes actives de 15-64 ans	3 028	77,4	↗	74,4	↗	73,0	↗	74,3	↗
dont hommes actifs de 15-64 ans	1 563	78,2	↗	75,1	↗	75,6	↗	77,1	↗
dont femmes actives de 15-64 ans	1 466	76,6	↗	73,6	↗	70,4	↗	71,6	↗
4- Population active ayant un emploi dont :									
Agriculteurs	285	10,5	↗	9,9	↘	2,5	↘	1,5	=
Artisans- commerçants	270	10,0	↘	8,8	↘	8,6	↗	6,7	↗
Cadres	256	9,5	↘	9,0	↗	17,2	↗	18,6	↗
Professions intermédiaires	611	22,6	↗	24,1	↗	26,5	↗	26,1	↗
Employés	787	29,1	↗	29,4	↗	27,9	↘	27,3	↘
Ouvriers	492	18,2	↘	18,8	↘	17,4	↘	19,9	↘
5- Chômeurs de 15-64 ans	385	12,7	=	9,5	↗	14,6	=	12,9	=
6- Chômeurs de 15-24 ans	72	31,9	↘	22,6	↘	30,0	↘	26,4	↘
7- Emplois précaires	711	34,8	↘	30,0	↘	30,1	=	27,5	=
Revenus									
8- Revenu mensuel moyen par FF (en euros)	1702	-	↗	1866	↗	2 070	↗	2 337	↗
9- Foyers fiscaux non imposés	2 858	64,9	↘	61,5	↘	58,9	↘	54,3	↘
10- Niveau de vie mensuel médian (en euros)	1 621	-	↗	1 713	↗	1 748	↗	1 828	↗
11- Taux de pauvreté	-	18,4	nd	14,7	↘	16,8	↘	14,5	=
Situations de précarité financière									
12- Personnes couvertes par le RSA	324	6,5	↗	4,0	↗	8,3	↘	6,6	↘
13- Allocataires dépendants à 100% des prestations sociales	182	13,6	↘	12,8	↘	16,6	↘	14,7	↘
14- Bénéficiaires de la C2S	561	8,0	↗	7,9	↗	13,1	↗	11,0	↗
Modes de vie et situations à risque de fragilité ou d'isolement									
15- PA 75+ à domicile	736	79,4	↘	83,4	↗	90,6	=	90,3	=
16- PA 75+ seules à domicile	300	40,8	↘	41,2	↘	39,7	↗	42,7	=
17- Familles avec enfant(s)	810	42,7	↗	43,8	=	47,8	↘	50,5	↘
18- Familles monoparentales	230	28,4	↗	19,8	↗	27,4	↗	24,9	↗
19- Familles monop. bénéficiaires du RSA majoré	15	6,5	↗	5,7	↘	9,7	↘	8,4	↘

* Évolution observée sur six ans.

11.3 Etat de santé et problèmes de santé

INDICATEURS	GORGES CAUSSES CÉVENNES			LOZÈRE		OCCITANIE		FRANCE METROP.	
		années	Évol*	années	Évol*	années	Évol*	années	Évol*
Espérances de vie									
Espérance de vie à la naissance		82,9	↘	81,4	↘	82,9	↗	82,6	↗
Espérance de vie à 60 ans		24,3	↘	24,6	↘	26,0	↗	25,6	↗
État général de santé	Effectif	TxStd	Évol*	TxStd	Évol*	TxStd	Évol*	TxStd	Évol*
1- Mortalité générale	105	<u>1068,7</u>	=	<u>1022,4</u>	=	<u>889,1</u>	↘	914,8	↘
2- Mortalité prématurée	12	197,9	=	211,5	=	<u>185,6</u>	↘	191,4	↘
3- Admissions en ALD	260	<u>3169,0</u>	↗	<u>3035,4</u>	↗	<u>2779,3</u>	↗	2726,7	↗
Cancers									
4- Ensemble des cancers : Mortalité	27	287,2	=	273,5	=	<u>249,1</u>	↘	263,4	↘
5- Admissions en ALD	55	664,5	=	<u>651,1</u>	=	<u>588,6</u>	↗	592,0	↗
6- Cancer du poumon : mortalité	4	48,3	=	45,8	=	49,5	=	49,7	↘
7- Admissions en ALD	4	50,5	=	47,8	=	<u>54,3</u>	↗	51,3	↗
8- Cancer du côlon : mortalité	3	36,0	↗	29,5	↗	<u>27,0</u>	↘	27,7	↘
9- Admissions en ALD	6	76,9	=	70,2	=	<u>65,0</u>	↗	63,8	↗
10- Cancer du sein : mortalité	2	37,2	=	34,4	=	<u>31,2</u>	↘	33,9	↘
11- Admissions en ALD	7	167,4	=	200,4	=	<u>198,0</u>	↗	194,5	↗
Maladies Cardio-Vasculaires									
12- Ensemble des maladies cardio-vasculaires : mortalité	26	252,8	=	<u>265,4</u>	=	<u>221,8</u>	↘	225,5	↘
13- Admissions en ALD	81	938,6	↗	860,5	↗	<u>861,4</u>	↗	848,5	↗
Diabète									
14- Patients diabétiques traités	673	4,8	=	4,7	=	5,3	=	5,7	↗
15- Admissions en ALD	36	437,3	↗	<u>367,1</u>	↗	<u>406,7</u>	↗	427,4	↗
Conséquences sanitaires des comportements à risque									
16- Accidents de la circulation	1	10,0	=	<u>7,7</u>	=	<u>5,7</u>	↘	4,4	↘
17- Alcool	2	27,1	=	29,5	=	<u>22,0</u>	↘	28,2	↘
18- Tabac	13	136,8	=	<u>156,6</u>	=	<u>130,9</u>	↘	134,2	↘

Note : les taux standardisés (TxStd) soulignés diffèrent significativement du taux de la France métropolitaine

* Évolution observée sur cinq ans. Seules les évolutions significatives sont représentées par des flèches

** Effectifs trop faibles pour le calcul des taux standardisés

11.4 Santé mentale

INDICATEURS	GORGES CAUSSES CÉVENNES		LOZÈRE	OCCITANIE	Fr. M.
	Effectif	TxStd	TxStd	TxStd	TxStd
Santé mentale					
1- Recours à un psychiatre libéral	189	27,3	20,7	31,6	26,3
2- Admissions en ALD pour affection psychiatrique	27	<u>380,6</u>	<u>423,6</u>	<u>298,4</u>	246,6
3- Consommation de psychotropes :	1 143	87,9	111,6	108,4	110,2
à 0-17 ans	nd**	nd	5,3	4,9	5,2
à 18-64 ans	543	82,3	103,4	99,1	100,2
à 65 ans ou plus	597	197,5	250,6	247,3	252,7
4- Suivi ambulatoire en psychiatrie adulte	283	49,6	46,9	23,6	24,2
5- Hospitalisation en psychiatrie adulte	41	6,2	6,4	4,1	3,7
6- Hospitalisation pour tentative de suicide	nd**	nd**	0,9	0,9	1,0
7- Mortalité par suicide	1	nd**	14,6	<u>12,7</u>	13,8

Note : les taux standardisés (TxStd) soulignés diffèrent significativement du taux de la France métropolitaine
 ** Effectifs trop faibles pour le calcul des taux standardisés

11.5 Accès à la prévention et aux soins

INDICATEURS	GORGES CAUSSES CÉVENNES		LOZÈRE	OCCITANIE	FRANCE METRO.
	Effectif	Taux	Taux	Taux	Taux
Recours à la prévention					
1- Vaccination antigrippale remboursée	889	46,6	50,7	55,2	55,1
2- Dépistage organisé du cancer du sein	425	34,8	42,9	40,8	42,8
3- Dépistage individuel du cancer du sein	107	8,8	8,8	15,7	15,1
4- Dépistage total du cancer du sein	522	42,8	49,8	54,8	55,7
5- Dépistage du cancer du col de l'utérus	619	36,1	39,0	37,7	34,6
6- Bilan bucco-dentaire 5-19 ans	98	9,3	11,8	10,0	9,6
Suivi médical du diabète :					
7- Dosage de l'hémoglobine glyquée	71	5,1	9,6	12,3	10,3
8- Dosage de la microalbuminurie et de la créatininémie	103	9,8	13,6	31,1	27,5
Recours à l'IVG					
9- IVG des 15-49 ans	18	15,5	12,5	14,2	13,0
10- dont IVG médicamenteuses	15	81,8	85,3	77,3	73,1
11- IVG des 15-24 ans	5	21,5	16,1	16,0	14,7

11.6 Liste des structures et associations du territoire rencontrées

- Agence Régionale de Santé DD48
- Instance Régionale d'Education et de Promotion Santé (IREPS)
- CPTS Lozer'Est
- CLS du Haut Allier
- Service solidarités CC Gorges Causses Cévennes
- La Genette Verte
- PETR Sud-Lozère
- SupAgro
- Département de la Lozère
- Education Nationale
- MAS Les Bancelles
- Hôpital de Florac
- MSP de Florac
- EHPAD de Meyrueis
- Gendarmerie de Florac
- CCSS
- MSA
- SIAO 48
- Addictions France
- Quoi de 9
- AVICENNE
- Croix Rouge de Florac
- Croix Rouge de Meyrueis
- ALOES Florac
- Garage Solidaire
- REEL 48
- CRIA 48
- GEM de Florac
- Parent'aises
- Planning Familial 48
- Mission Locale
- Secours populaire
- Restos du cœur
- CIDFF
- ADMR 48
- Feldenkrais
- France Alzheimer
- L'ancrier
- Centre Imala
- La source des femmes
- La Carline
- Sports pour tous
- Judo club Floracois
- AIRDIE
- Association sportive malénaise
- Chez moi
- 2PAO

11.7 Liste des communes du territoire rencontrées

- Barre des Cévennes
- Bédouès-Cocurès
- Cans et Cévennes
- Cassagnas
- Florac-Trois-Rivières
- Fraissinet de Fourques
- Gatuzières
- Gorges-du-Tarn-Causse
- Hures-La-Parade
- Ispagnac
- Mas Saint Chély
- Meyrueis
- Rousses
- Saint Pierre des Tripiers
- Vébron

11.8 Questionnaire habitants



Communauté de communes Gorges Causses Cévennes
Contrat Local de santé

Questionnaire à destination des habitants du territoire

La Communauté de communes Gorges Causses Cévennes et l'Agence Régionale de Santé Occitanie s'associent pour coordonner des actions en faveur de la santé des habitants par la mise en place d'un Contrat Local de Santé - CLS. Les futures actions portées par le Contrat Local de Santé auront pour objectif de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé sur le territoire.

Actuellement, le CLS est dans la phase du diagnostic qui vise à rassembler les points de vue des habitants, des acteurs du territoire (professionnels de santé, professionnels du secteur associatif etc.) et des élus.

Afin de pouvoir fixer les priorités de travail du CLS, nous vous proposons à ce titre, de renseigner le questionnaire qui est anonyme. Les réponses obtenues seront analysées dans le cadre d'un diagnostic plus large afin de venir enrichir la réflexion collective.

Nous vous remercions par avance pour le temps que vous pourrez consacrer à ce questionnaire et nous vous invitons à le diffuser largement auprès de votre entourage.

Vous êtes :

- Une femme
- Un homme
- Je ne souhaite pas le préciser

Quel âge avez-vous : _____

Quelles sont vos principales préoccupations en matière de santé ?

Quelles actions dans le domaine de la santé déjà existantes connaissez-vous sur le territoire de la Communauté de commune Gorges Causses Cévennes ?

Sur une échelle de 1 (mauvais) à 5 (excellent), comment qualifieriez-vous votre état de santé global ?

1 2 3 4 5

Quelle(s) suggestion(s) feriez-vous pour l'améliorer

Votre cadre de vie / environnement vous paraît-il agréable à vivre ?

Oui, tout-à-fait Oui, plutôt Non, pas trop Non, pas du tout

Avez-vous déjà rencontré des difficultés d'accès aux soins ?

- Oui
- Non

Si oui, le(s)quelle(s) ?

- Absence de professionnels de santé (généralistes et spécialistes) à proximité
- Délais d'attente trop longs
- Absence de moyen de transport
- Coût
- Autre (veuillez préciser) : _____

Quelle est votre commune de résidence principale :

- Barre des Cévennes
- Bédouès - Cocurès
- Cans et Cévennes
- Cassagnas
- Florac-Trois-Rivières
- Fraissinet de Fourques
- Gatuzières
- Gorges du Tarn Causses
- Hures La Parade
- Ispagnac
- La Malène
- Les Bondons
- Mas St Chély
- Meyrueis
- Rousses
- St Pierre des Tripiers
- Vébron

*Autre car résidence secondaire (veuillez préciser votre commune de résidence principale) : _____

Quelle est votre catégorie socio-professionnelle ?

- Employé(e)
- Ouvrier(ère)
- Agriculteur(rice) ou aide familial(e)
- Artisan(e), commerçant(e)
- Cadre ou chef d'entreprise
- Profession libérale
- Sans activité professionnelle
- Étudiant(e), lycéen(ne)
- Retraité(e)
- Autre (veuillez préciser) : _____

Quelle est votre situation matrimoniale ?

- Je vis seul(e)
- Je vis seul(e) avec enfant(s)
- Je vis en couple
- Je vis en couple avec enfant(s)

Êtes-vous :

- Aidant(e) Familial
- En situation de handicap
- Porteur(se) d'une ou plusieurs maladies chroniques
- Accompagné(e) par une association d'accueil / hébergement / insertion
- Aucun

Quelles sont les thématiques et problématiques de santé qui vous semblent prioritaires à traiter dans le cadre du Contrat Local de Santé ? (maximum 3)

- Les questions en lien avec l'accès aux soins et la mobilité
- La prévention et la promotion santé
- L'animation du territoire vers une meilleure coordination en santé
- Les questions de santé en lien avec l'environnement
- Les addictions
- La nutrition, les questions alimentaires (accès, qualité)
- Les questions en lien avec la santé mentale
- Handicap
- Pathologies chroniques
- Santé sexuelle (contraception, éducation à la vie affective, IVG etc.)
- Autre (veuillez préciser) : _____

A la suite de cette période de diagnostic, les priorités de travail du CLS de la Communauté de communes Gorges Causses Cévennes vont être déterminées. Afin de les décliner en actions concrètes, des groupes de travail seront mis en place.

Seriez-vous intéressé pour travailler avec des habitants, des acteurs du territoire et des élus sur les thèmes de santé en 2023 ?

- Oui
- Non

Si oui, merci de laisser vos coordonnées (nom, prénom et e-mail ou téléphone) sur lequel vous souhaitez être joint :

Commentaire :

Merci pour le temps que vous avez consacré à répondre à ce questionnaire !

Martina TEMELKOVSKA - Coordinatrice du Contrat Local de Santé
martina.temelkovska@ccg48.fr - 07 56 10 69 89

11.9 Résultats qualitatifs du questionnaire habitants

- A la question : « Quelles actions dans le domaine de la santé déjà existantes connaissez-vous sur le territoire de la Communauté de commune Gorges Causses Cévennes ? », 43% des participants ont répondu qu'ils ne connaissent aucune action sur le territoire.
- A la même question, 28% ont répondu qu'ils connaissent les MSP comme « actions dans le domaine de la santé sur le territoire ».
- 87% des participants ont répondu que les principales préoccupations en matière de santé sont liées aux soins (manque de professionnels de santé, qualité de soins médiocre etc.).
- 73% des participants ont cité différents exemples de prévention comme des suggestions pour améliorer leur santé.
- 35% des participants distinguent la création des urgences sur le territoire comme un vrai besoin.
- 26% des participants souhaitent s'investir au CLS et travailler avec des acteurs du territoire sur les thèmes de santé en 2023.

11.10 Trame d'entretien pour le diagnostic du CLS Gorges Causses Cévennes

Identification :

- Nom du (des) répondant(s)
- Structure
- Fonction
- Coordonnées
- Date de l'entretien
- Informations complémentaires

Introduction :

Le Contrat Local de Santé :

- Réduction des inégalités territoriales et sociales de santé
- Cadre de l'ARS : Promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins, l'accompagnement médico-social, les déterminants de la santé
- Thèmes ARS Occitanie : Promotion de la santé et prévention, Accès aux soins, Santé environnement, santé mentale
- Outil de territorialisation de la politique de santé
- Ressource pour les collectivités dans les projets de santé
- Coordination et travail en synergie des professionnels et partenaires institutionnels et associatif
- Porté par la CC Gorges Causses Cévennes

Présentation de l'objectif de l'entretien :

- Afin d'élaborer les priorités et le plan d'action du CLS, un diagnostic est réalisé avec pour objectif d'entendre le point de vue des élus des habitants et des acteurs du territoire. Ce travail doit permettre l'identification des problématiques de santé qui font consensus et qui alimenteront les premiers travaux du CLS.
- A travers les échanges/entretiens, les acteurs du territoire sont sollicités pour partager leur réflexion et apporter une contribution majeure à la photographie globale de la santé sur le territoire et à l'identification des inégalités sociales et territoriales sur le périmètre de la CC Gorges Causses Cévennes.
- La durée de l'entretien est approximativement estimée entre une à deux heures.

Structure :

- Présentation et fonctionnement de votre structure
- Description de la population / du public accueilli
- Personnes ressources, partenaires avec qui vous travaillez ?
- Qu'est-ce que vous envisagez dans le futur pour votre structure ?
- Est-ce que votre structure (la nommer) met ou envisage de mettre en place une action en santé (autre que les soins si PS) ? Pouvez-vous m'en dire plus (quoi, objectif, quand, avec qui, pour qui) ?

Territoire :

- Parlez-moi du territoire, comment vous pouvez le décrire ?
- En général, quelles sont les actions existantes sur le territoire qui fonctionnent bien dans le domaine de santé ? : des projets en lien avec un environnement favorable à la santé, des projets en lien avec l'accès aux soins, projets médicaux, projets sociaux, actions de prévention.
- Quels sont les besoins les plus urgents et importants sur le territoire dans le domaine de la santé ?
- Est-ce que certains publics sont plus concernés pour chacune de ces thématiques ?
- Des solutions ?

CLS :

- Comment peut-on travailler dans le cadre du CLS ?
- Peux-tu me contacter pour des renseignements dans le futur ?
- Êtes-vous d'accord de participer potentiellement au groupes de travail du CLS ?
- Diagnostics, rapports, données, documents en votre possession
- Pouvez-vous me citer des personnes ou structures que vous pensez importantes à associer dans le cadre du diagnostic en santé du CLS ?