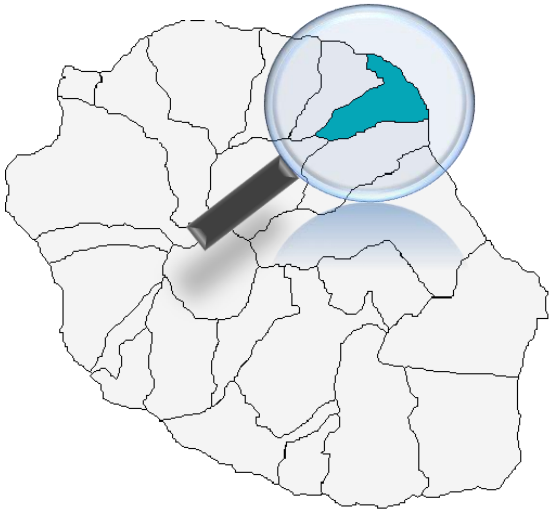
Diagnostic local de santé

de la ville de Saint-André

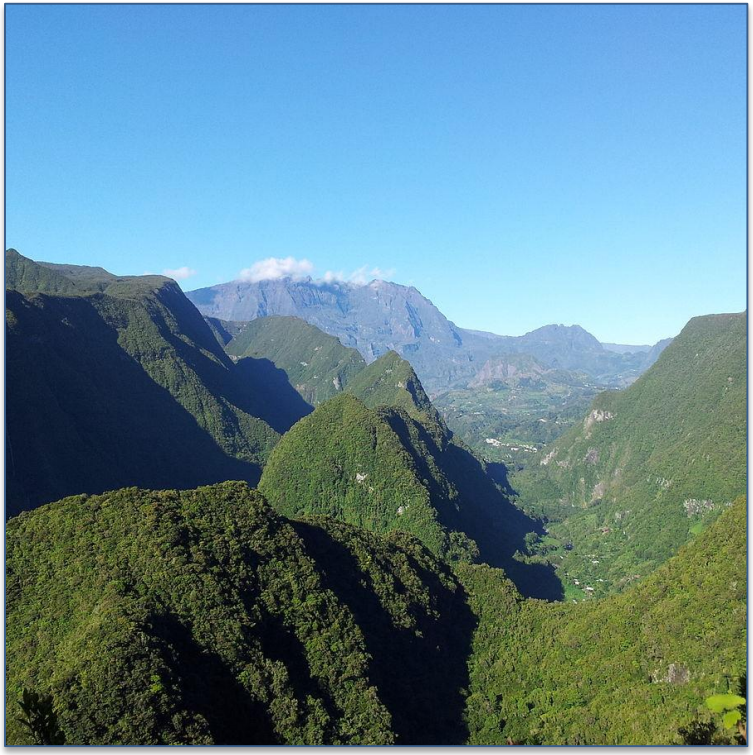
Restitution des principaux résultats de l'état des lieux des données disponibles



Observatoire Régional de la Santé
Hélène DOUGIN
Camélia LOUACHENI

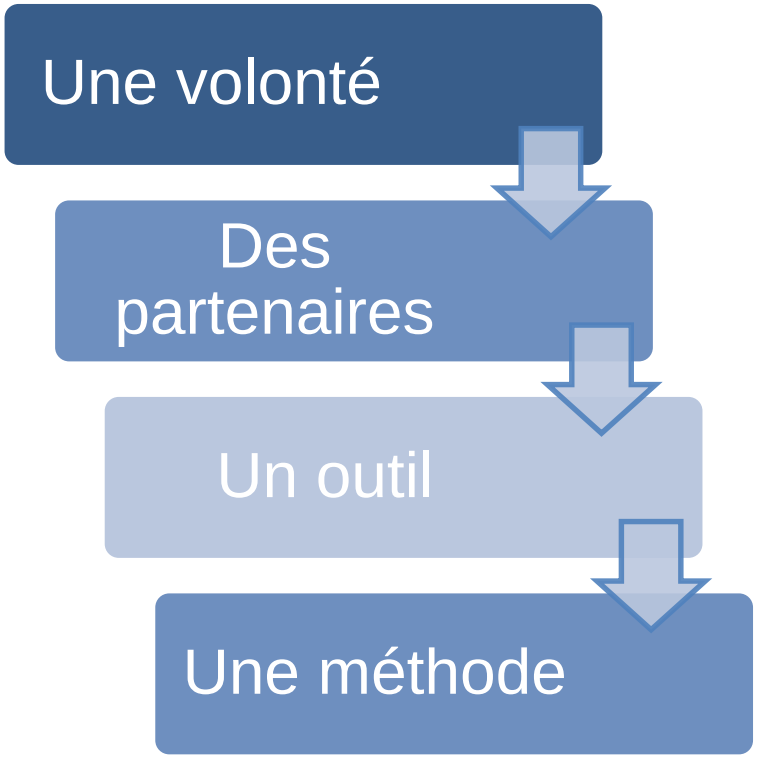
Introduction

- Contexte
- Objectifs
- Méthodes



Introduction : Contexte

DIAGNOSTIC LOCAL DE SANTE (DLS) SAINT-ANDRE



S'investir davantage dans le secteur de la santé dans sa globalité

La commune, L' ARS OI

Le Contrat local de santé

Le diagnostic local partagé

- *Un regard sur la santé, envisagée dans sa globalité et de manière territoriale*

Objectifs et méthodes

Objectif : Faire un état des lieux des données en matière de santé

Démarche : Quantitative et qualitative

5 Focus group
(60 professionnels interrogées)

- Addictions
- Santé mentale adultes
- Santé mentale enfants
- Personnes âgées
- Sport-nutrition

Constats transversaux

Constats par thématique prioritaire

- Données socio-économico-démographiques
- Données conditions de vie et ressources
- Perceptions et données sanitaires

Recherche documentaire, consultation de documents : CCAS, PLU, CIREST, CLSPD…

Résultats

Partie 1 : Constats transversaux

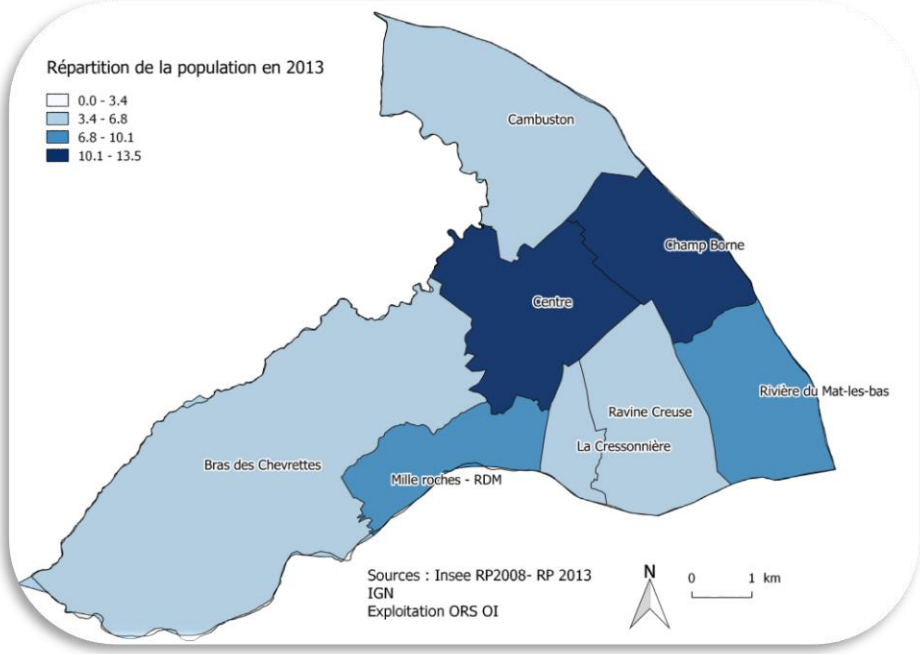
Portrait global de la commune de Saint-André

- Repères géographiques et peuplement
- Eléments sociodémographiques
- Conditions de vie
- Environnement

Repères géographiques et peuplement

Le territoire

- ❑ **53,07 km²**
- ❑ **1058,14 hab/km²**
- ❑ **15 IRIS**
- ❑ **8 grands quartiers**
- ❑ **Intercommunalité de la CIREST**



La population

- ❑ **55 900** habitants en 2014
- ❑ Croissance démographique un peu plus rapide qu'au niveau régional (1,1% contre 0,7%)
- ❑ Répartition géographique inégale, quartier du centre ville très peuplé contrairement aux quartiers des écarts

Les quartiers prioritaires

- ❑ Cambuston Centre,
- ❑ Centre-Ville,
- ❑ Cressonnière - Manguiers,
- ❑ Petit Bazar - Chemin Du Centre - Fayard

Eléments sociodémographiques

❑ Une population plus jeune

- Les moins de 20 ans représentent 36% de la population (33% à La Réunion)
- Les 60 ans et + représentent 11% de la population (13% à La Réunion)

❑ Un indice de vieillissement inférieur (21% contre 29% à La Réunion)

- La part des 65 ans et plus sur celle des moins de 20 ans est élevée à Pont Auguste et à la Cressonnière nord
- Forte proportion de jeunes par rapport aux personnes âgées à Mille Roches

❑ 18 898 ménages en 2014

- dont 78% avec famille (Réunion : 71%)
- Modèle familial majoritaire : **couples avec enfants**
- Moins de personnes seules qu'au niveau régional
- Plus de familles monoparentales

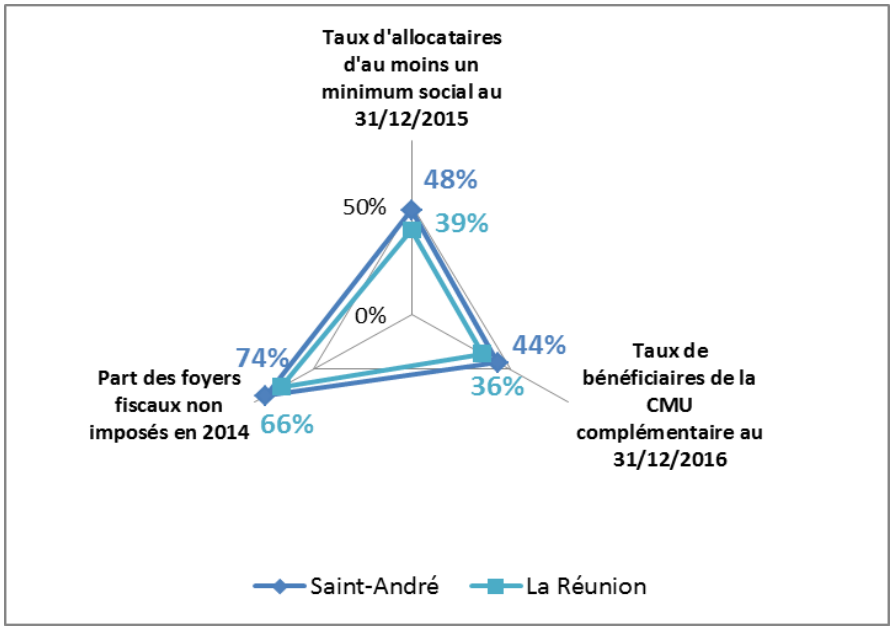
Source : INSEE (Etat civil, RP)

Conditions socio-économiques

Indicateurs sur la précarité financière et le chômage

Une situation socio-économique moins favorable sur la commune par rapport au niveau régional

Indicateurs sur la situation financière en 2014 (%)



Sources : Insee -DGIP –CGSS-Caf

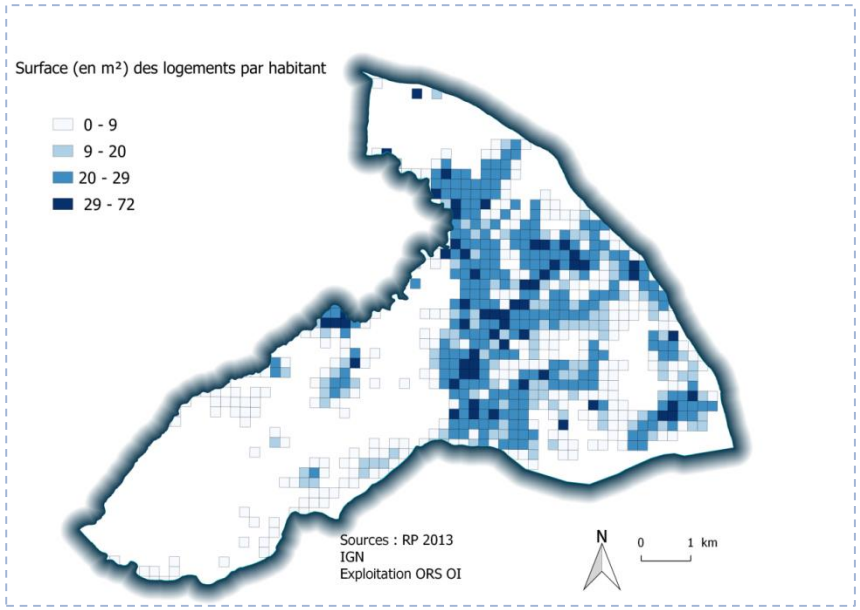
- ❑Taux d'activité de 66% (70% à La Réunion)
- ❑5 ouvriers pour un cadre (3 ouvriers pour un cadre au niveau régional)
- ❑Taux de chômage de 39% en 2014 (36% au niveau régional)
- ❑22% des revenus sont issus de prestations sociales (16% en Région)
- ❑En 2014, le taux de pauvreté à Saint-André est estimé à 48% contre 42% au niveau régional

Conditions socio-économiques

Indicateurs sur les conditions de logements

Un parc de logements en progression et des indicateurs de confort améliorés

Surface de logements occupés en résidence principale par habitant en 2013 (%)



Sources : Insee –RP 2013

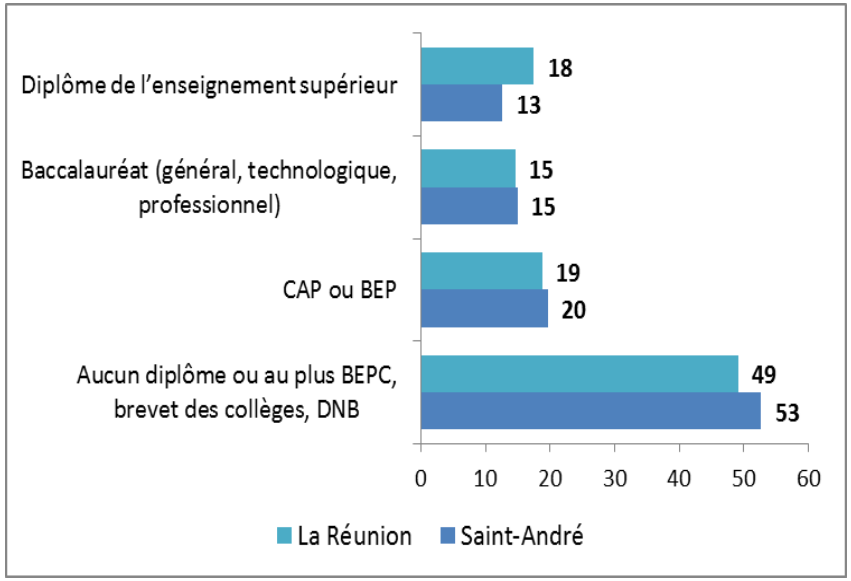
- ❑20469 logements en 2014,14% d'augmentation entre 2009 et 2014 (+11% en région)
- ❑Moins de logements collectifs (27% contre 31% à La Réunion)
- ❑8713 allocataires de l'aide au logement en 2015, soit un taux de 46% parmi les ménages (Réunion : 37%)
- ❑4641 logements sociaux en 2016, soit 25% parmi les résidences principales (22% en région)
- ❑1082 logements indignes repérés en 2012
- ❑Baisse de 8% de l'habitat insalubre entre 2006 et 2012

Conditions socio-économiques

Indicateurs sur la scolarisation et la formation

Un taux de scolarisation légèrement supérieur mais moins de diplômés sur la commune

Diplôme le plus élevé de la population de 15 ans et plus sortie du système scolaire en 2014 en (%)



Sources : Insee –RP 2014

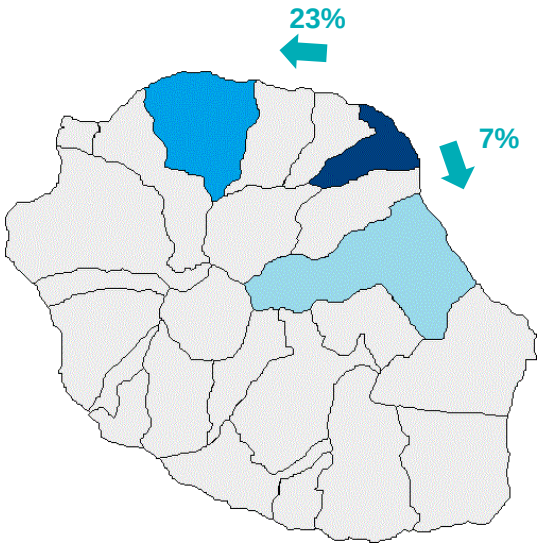
- ❑Un taux de scolarisation de 33%, légèrement supérieur au taux régional (29%)
- ❑Moins de diplômés sur la commune
- ❑Niveau de formation moins élevé
  - Diplômés du supérieur: 12% contre 17% au niveau régional
- ❑ Zoom sur les 18-24 ans
  - 37% des 18-24 ans scolarisés (38 % en région)
  - 37% des hommes (36% à La Réunion)
  - 36% des femmes (39% à La Réunion)

Conditions socio-économiques

Indicateurs sur le transport et la mobilité

Une forte mobilité liée au travail

Lieu de travail des actifs de Saint-André



Sources : Insee –RP 2011

Saint-André concentre 5% des emplois réunionnais

❑ Déplacements

- 52% des saint-andréens travaillent dans leur commune
- 23% travaillent à Saint-Denis
- 10% migrent dans une commune à l'Est (Principalement à Saint-Benoit)
- 4% migrent dans une commune à l'Ouest (Principalement à la Possession)

❑ Mode de transport

- 3% des travailleurs utilisent les transports en commun (5% à La Réunion)
- 3% des travailleurs utilisent un deux roues (3,8% en région

Conditions socio-économiques

Indicateurs sur les équipements sportifs, culturels et de loisirs

Des équipements variés à la dispositions des saint-andréens

❑ Equipements sportifs

- 11 stades
- 1 complexe sportif (Sarda Garriga)
- 4 gymnases
- 2 piscines

❑ Equipements socio-culturels

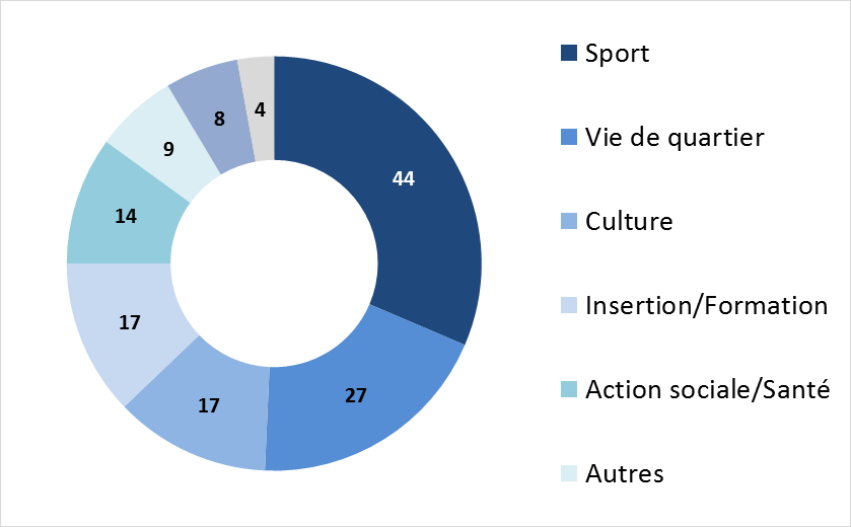
- Salle de spectacles, école de danse, 2 écoles de musique
- Médiathèque, bibliothèque
- Le Petit Théâtre de Champ-Borne
- Une salle concert et auditorium
- Lieux Art-Expo-Musée
- Une salle des fêtes

❑ Parc de loisirs

- Parc du Colosse : parc nautique aménagé d'aires de jeux, et accueille les grands événements de la ville (Dipavali, Fête des lanternes, Koloss Kestival, Festiplantes, Tropicadingue).

Conditions socio-économiques

Indicateurs sur le tissu associatif et économique



Tissu associatif

- 140 associations subventionnées par la commune en 2017
- Dont 14 associations subventionnées par la mairie sur la santé et l'action sociale

Tissu économique

- 4 356 établissements actifs en 2015 sur la commune
- 10 761 emplois salariés dont 45% dans le secteur « administration publique, enseignement, santé humaine et action sociale »
- Le secteur du commerce et transport regroupe 34% de l'emploi salarié
- Le secteur de l'agriculture est celui qui a connu la plus forte baisse entre 2011 et 2015
- En moyenne 2 salariés par établissement actif en 2015 à Saint-André

Délinquance

Constats sur l'état et l'évolution de la délinquance à Saint-André (2012-2014)

Constats positifs

- Diminution des faits constatés **(-6%)**
- Progression des faits élucidés **(+8%)**

Constats à améliorer

- **+10%** de faits impliquant des mineurs
- **+14%** de coups et blessures volontaires
- **+142%** de faits de violences sexuelles
- **+71%** d'accidents corporels (sécurité routière)
- **+60%** de blessés des accidents de la route

Problématique des addictions à Saint-André

L'alcoolisme et la consommation de Zamal problématiques importantes qui contribuent au **sentiment d'insécurité** sur le territoire

L'urbanisme de Saint-André considéré comme un facteur de développement de la délinquance

Sources : Mairie, CLSPD

Environnement

Indicateurs sur les risques environnementaux

Eau
Part importante de captages d'eau de surface

Nuisances

Bruit
Trafic routier Quartier Français, Pont Rivière du Mât

Déchets
Des incivilités constatées

Risques vectoriels

ORAGE
Déchets, véhicules hors d'usage et assainissements

Plan LAV
Bon niveau de salubrité grâce à l'action de la commune

Lepto-spirose
2 cas en 2016

Arbo-virose
5 cas en 2016

Sources : ORA, ARS OI, DEAL

Résultats

Partie 2 : Etat de santé

Portrait de la santé à Saint-André

- Etat de santé global
  - **Hospitalisation, ALD, mortalité**
  - Comportements et pratiques
- Offre de santé et acteurs locaux
  - Etablissements de soins
  - Professionnels de santé
  - Acteurs locaux

Etat de sante global

❑ Les hospitalisations

9 400 hospitalisations en 2016

- ❑Sur-recours hospitalier pour **maladies cardiovasculaires, cancers et diabète** chez les hommes
- ❑Sous-recours hospitalier pour **cancer** chez les femmes

❑ Les Affections de Longue Durée

≈ 860 admissions en ALD (moyenne 2012-2014)

- ❑ Sur-recours à Saint-André pour les hommes et pour les femmes …
- ❑ … Mais ne s'applique pas pour cause de cancer

❑ La mortalité

≈ 260 décès annuels commune (moyenne 2012-2014)

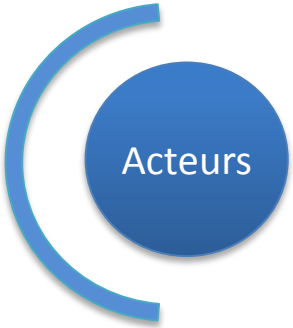
- ❑ **Cancer** : 1ère cause de décès à Saint-André (La Réunion : maladies cardiovasculaires)
- ❑ **Mortalité prématurée supérieure** au niveau régional (231 contre 203/100 000 habitants)

Sources : Inserm CepiDc, Insee

LE « MANGER – BOUGER » : LES ACTEURS SUR LE TERRITOIRE

❑ **Le CCAS :** Jardin solidaire (Maison Valliamé) : publics en précarité, extension aux PA ; Jardins familiaux en lien avec des associations (ACEPI, etc.); Activités sportives dans les CASES; Activités physique 3ème âge : 200 inscrits et 20/jour (marche, sorties, gym adaptée, piscine, aquabike, etc.)

❑ **Les associations :** De quartier : zumba, yoga, ateliers cuisine; Associations et partenaires spécialisés : ADICA, IREN, ADN974, , Maison du Diabète, la Réunion en Forme; Théâtrales



❑ **Le Service des Sports :** Associations sportives ; Educateurs sportifs ; Natation 3ème âge : aquagym, aquabike,..

❑ **Les activité périscolaires (TAP) pour les 3-11 ans :** 8 associations proposant 8 disciplines → 900 bénéficiaires (2016) ; 5 éducateurs du service des sports : 3 disciplines → 240 bénéficiaires (2016) ; Association ADICA alimentation/santé → 300 bénéficiaires (2016)

❑ **Le Contrat de ville (4 quartiers prioritaires) :** Village Santé ; Forum alimentation/Sport avec IDE scolaires ; Séances d'activités ludiques et sportives pour les adultes avec associations de quartier ; Partenaire du café des parents (Bédier)

❑ **Le Conseil Départemental :**

- Point Info Santé :
  - actions de prévention « manger-bouger » dans les écoles dans le cadre du plan départemental de prévention de l'obésité
  - sur sollicitation, mise en place d'activités physiques pour adultes par les éducateurs sportifs du PIS (1er temps) puis relais associatif
- Maison Départementale : Café des parents en partenariat avec l'IDE du Collège de Cambuston et le Contrat de Ville

❑ **Education Nationale :** Promotion des dispenses partielles de sport (ordre médecins EN); Bilans de santé; Bilans infirmiers : gde section, CE2, 6ème orientation si besoin ; Au collège de Cambuston : Café des parents en partenariat avec le Maison Départementale et le Contrat de Ville

« Manger-Bouger » : paroles de professionnels

❑ Constats pour les enfants de maternelle et primaire

- Le surpoids augmente avec l'âge : *« en 2015, on a observé 8% en grande section. En CE2 on était passés à 17% et arrivés en 6ème ils sont à 30% » (IDE scolaire)*
- L'activité physique est réduite et les enfants marchent peu même sur de courtes distances
- Le petit déjeuner à la maison est en net recul et de nombreux enfants mangent sur le trajet de l'école : *« ce qui s'emporte facilement sachet de chips et Caprisone » (IDE scolaire).* Pour les goûters aussi, les parents optent pour la facilité et la rapidité
- Les prises alimentaires se multiplient à chaque récréation et tout au long de la journée. A la cantine, les enfants n'ont pas faim et gaspillent, alors que 90% y sont inscrits.
- Pour les parents comme les enfants, la nourriture dépasse une simple fonction physiologique *: « quand le marmaille il a une bouteille d'eau, il a honte, s'il a du pain avec du Nutella, il est tout fier de dire « maman elle a pensé à moi » (IDE scolaire)*

❑ Constats pour les adolescents et les jeunes

- La fréquentation de la cantine décroit fortement dans le 2ème degré : *« en 6ème c'est 90%, en 3ème il doit y avoir 40% des gamins qui mangent à la cantine et au lycée ça diminue encore » (IDE scolaire).* Pour les familles à revenus modestes, le coût peut être un frein mais le fonds social cantine est largement sous utilisé
- Au fur et à mesure que l'enfant grandit, les parents se désengagent de l'alimentation *:« ils se disent c'est bon, il n'a plus besoin de nous» (IDE scolaire)* et les jeunes privilégient les sandwichs et les boissons sucrées
- Le surpoids et l'obésité restent stables au collège et lycée mais *f*illes et garçons sont inégaux devant le surpoids : *« en 3ème on est toujours à 30% mais les garçons ont perdu du poids parce qu'ils font du sport. Les filles, avec la puberté, elles prennent du poids » (IDE scolaire).* Les filles sont davantage stigmatisées et les dispenses totales se multiplient alors que des dispenses partielles seraient plus judicieuse
- Nombre de ces jeunes ont la volonté de s'en sortir mais ils ont besoin d'être accompagnés. Pour les plus de 16 ans, il y a peu de possibilité de suivi médical de proximité

« Manger-Bouger » : paroles de professionnels

❑ Les constats pour les adultes

- Le cari traditionnel est bien présent mais perd progressivement du terrain, car l'alimentation a tendance à se diversifier, surtout en ville.
- Les familles achètent encore majoritairement les produits frais en proximité mais les foyers sont fortement influencés par les prospectus publicitaires et les « promotions » : *« en plus ils sont distribués juste au moment où les gens reçoivent leurs sous » (MD)*
- Les messages de santé publique sont connus mais par forcément compris. Toutefois, on note un intérêt croissant des familles au fil des années : *« les gens s'intéressent à cette thématique du manger-bouger » (Point Info Santé MD)*
- Les habitants expriment des demandes *: « sur Cambuston c'est très développé sur la thématique santé. Sur la Cressonnière et le Centre-ville, on a des mamans qui souhaiteraient travailler avec nous sur le bien manger, sur le bien être » (Contrat de Ville)* mais ne savent pas toujours ce qui est proposé dans leur quartier
- La population masculine en surpoids est moins visible et moins connue des professionnels

❑ Retour d'expérience : le café des parents du Collège de Cambuston

2011 : mise en place conjointement par la Maison Départementale, et CGSS en partenariat avec le Contrat de Ville et l'Education Nationale
2014 : début des thématiques santé
Extension progressive aux école du secteur

→ **Identification de leviers de réussite en « manger-bouger »**

Le « café des parents » : retour d'expérience

❑ Quelques leviers de la réussite

- Partir d'une demande des parents : *« avec les parents, systématiquement, on parlait équilibre alimentaire, le bien manger, le petit déjeuner » (MD)* et de leurs centres d'intérêts tout en gardant un fil rouge
- Valoriser les parents et le « manger péi : *« on les valorise, on n'est pas donneurs de leçons » (IDE scolaire)*
- Proposer aux parents et aller vers eux : *« à chaque fois qu'on leur propose un professionnel extérieur, ils viennent parce que c'est pas eux qui ont fait la démarche, c'est le professionnel qui vient » (MD)*
- Procéder par étapes et sur la durée avec approche ludique et pratique : *« le nutritionniste de l'IREN a proposé un petit déjeuner autrement….. ils pouvaient mettre des carottes, des concombres et ça a très bien marché » (MD)* en impliquant directement les parents *« ils préparaient les brochettes de fruits pour leurs enfants pour la récré au collège » (IDE scolaire).*
- S'appuyer sur l'engouement des émissions de cuisine pour proposer des changements *« mettre des légumes dans la viande, ça fait du poulet chouchou, pomme de terre, carotte et au final ça fonctionne » (MD)*
- Multiplier les supports : *« on avait travaillé avec la compagnie Baba Siffon, ils avaient crée une pièce « la folle journée de Stéphanie Payet » c'était sur l'alimentation et aussi avec la compagnie Ibao » - « après il y avait eu la préparation d'un cari et des échanges avec les marmailles de CE2 et de 6ème » (ID scolaire)*
- Ne pas se décourager *« pendant 2 ans ½ on a galéré »* et s'appuyer sur un noyau dur de familles pour faire venir d'autres parents : *« quand ça marche, on se rend bien compte que c'est parce que effectivement au départ il y a un noyau dur » - au fur et à mesure on alimente avec d'autres parents » (MD)*
- Un résultat visible aujourd'hui : *« L'année dernière, j'avais dit on va leur faire plaisir pour la collation du BDC on va leur faire un petit déjeuner « déséquilibré » avec des gâteaux, des briques de jus et les gamins ils ont dit « mais madame, où sont les fruits ». Cette année on s'est dit, ce sera des brochettes de fruits et les gamins venaient et revenaient… » (IDE scolaire)*

« Manger-Bouger » : paroles de professionnels

Propositions concrètes

- Renforcer la prévention à tous les âges de la vie
- Recenser les associations et leurs actions dans les différents quartiers et diffuser l'information à tous
- Encourager et favoriser le parrainage entre pairs
- Etendre les actions de « manger-bouger » à l'ensemble de la commune et aux jeunes de lycée
- Mieux sensibiliser les médecins libéraux à l'importance de :
  - maintenir une activité physique pour les enfants et jeunes en surpoids et de privilégier les dispenses partielles de sport
  - remplir les carnets de santé papier pour permettre aux IDE scolaires de suivre la courbe de poids
- Installer des espaces sécurisés pour ranger les vélos dans les collèges et lycées
- Proposer que les inscriptions aux « vacances sportives » puissent se faire directement dans les établissements scolaires

- Proposer, comme du temps de l'ASV, des cours de gym/fitness collectifs 1 fois /mois dans chaque quartier
- Mieux repérer les pratiques des hommes en surpoids pour proposer des actions adaptées
- Renforcer l'attractivité du Colosse en y aménageant des aires spécifiques : espace nautique de natation, espace de Street Art, un parcours de santé avec machines
- Aménager un sentier littoral prolongeant celui qui va de St Denis à Ste Suzanne et prévoir un parking
- Promouvoir les déplacements doux (vélos, rollers, patinettes) lors d'évènements ponctuels, de type « vélo nocturne »
- Mettre en œuvre les coulées vertes et les aménagements urbains (trottoirs, parkings pour voitures)
- Favoriser le déplacement des personnes âgées et à mobilité réduite avec des pentes douces, des bancs pour se reposer et des arbres

Comportements à risque : Les addictions

Consultations au CSAPA Est en 2016

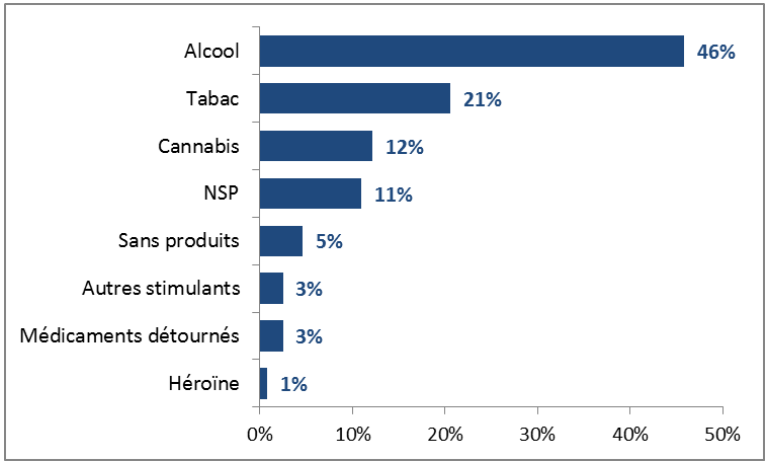
Profil

- ❑ **238 personnes** ont consulté en 2016
- ❑ Un public **largement masculin**
- ❑ Les 31-50 ans sont ceux qui consultent le plus. Le plus jeune, homme, a 13 ans et le plus âgé, 74 ans.

Motifs de consultation

- ❑ **46% des patients** ont consulté en lien avec l'alcool
- ❑ Les consultations en lien avec **l'alcool** et le cannabis concernent **majoritairement les hommes**
- ❑ Les consultations pour consommation de tabac concernent 57% des hommes et 43% des femmes

Répartition des patients par produits en 2016



La Mortalité

- ❑ **15 personnes** sont décédées en 2014 des suites de pathologies liées à l'alcool
- ❑ Dont **11** (73%) **décès prématurés** (avant 65 ans), 64% en Région.

Sources : CSAPA, PMSI

Les addictions

❑ Les acteurs de Saint-André

Structures d'accueil, d'accompagnement et de soins en addictologie

Unité d'addictologie + Elsa

- GHER

- Csapa
- Réseau Oté

Etablissements de soins

Centres médico-sociaux

Associations d'entraide

Autres structures

Antenne de Saint-André

- Alcooliques Anonymes

- Point Info Santé Est

❑ Les portes d'entrées sont multiples dans le champs des addictions

- Etablissements scolaires
- CCAS
- Aide sociale à l'enfance
- CMP
- Médecins généralistes
- Police-gendarmerie

Sources : PEIDD (Saome)

Les addictions

❑ Les actions à Saint-André

Point Info Santé

- Intervention dans les classes de primaire, collèges et lycées
- Actions collectives dans les collèges sur les addictions avec des thématiques spécifiques selon les niveaux:
  - ✓ 6ème connaissance de soi;
  - ✓ 5ème zoom sur les écrans;
  - ✓ 4ème et 3ème zoom sur l'alcool, zamal et cigarettes
- Ateliers de sensibilisation lors de forums dans les lycées
- Intervention avec jeunes en ML « santé – addictions ».
- SOS Zamal, dispositif d'information, de sensibilisation et d'accompagnement sur les addictions mis en place en 2012.

Anpaa-Csapa Est

- Intervention dans des établissements déjà repérés (liste établie par le rectorat)
- Le service intervient dans les ML et écoles de la 2ème chance, CEF (centre éducatif fermé)
- Intervention à la maison d'arrêt de piton Ste Rose
- Actions en lien avec le SPIP pour les personnes en obligation de soins
- Accompagnement des personnes ayant une problématique d'addiction mais également leur famille.

Les addictions

❑ Les actions à Saint-André

Maison départementale

- 2 éducateurs interviennent sur le territoire.
- Actions mise en place auprès des jeunes et des parents dans le cadre des cafés des parents.
- Actions en partenariat avec la police nationale, PIS, les AS, IDE, le CPE etc
- Travail sur la parentalité sur tout le territoire de Saint-André, approche globale incluant la thématique des addictions

CLSPD

- Opération ville-vacances pour les 13-18 ans, Les porteurs de projets sont incités à faire des actions de prévention sur l'addiction.

Education Nationale

- Action de l'école ouverte, proposition d'étendre l'école pendant les vacances dans les collèges. Démarche qui dépend de la volonté des collèges et des élèves.
- Le rectorat intervient annuellement par le biais de l'équipe mobile de sécurité, 1h d'intervention sur tous les niveaux de la 6ème à la 3ème concernant les risques et dangers d'internet.

Le lycée Sarda

- sensibilisation aux addictions, drogues, alcool, tabac, en direction de toutes les classes de seconde, donc 400 élèves touchés chaque année.

Les actions et projets décrits ne prétendent pas à l'exhaustivité

« Les addictions » : paroles de professionnels

❑ Les constats à Saint-André

- La banalisation de la consommation « une banalisation du zamal, même dans les familles, l'alcool aussi » *(IDE Lycée)* et les produits sont bien connus des jeunes même si la consommation n'est pas avérée
- La consommation touche tous les types de profils *« c'est tout public, que ce soit des parents, des enfants, hommes et femmes également » (MD)* et l'ensemble des catégories sociales *« du plus jeunes au plus âgé, celui qui travaille et celui qui ne travaille pas, celui qui est inséré ou pas » (CSAPA)*
- Les femmes sont moins visibles dans les structures d'accompagnement et de prise en charge du fait d'une plus forte stigmatisation des addictions et de représentations sociales défavorables *« elles ont peut-être plus de mal à venir sur le centre parce que ca reste quand même une question tabou » (CSAPA).*
- Les filles consultent moins que les garçons et le font plus tardivement : *« elles sont dans des situations ou vraiment la dépendance s'est installée » (CSAPA)* avec une rivalité garçons-filles *« vers 15-16 ans « mon organisme il peut suivre comme le tien, je peux boire plus que toi », les filles se font avoir parce qu'elles ont plus à prouver aux garçons » (CSAPA).* Cette consommation leur confère une réputation : *« elles sont populaires, pour elles associer l'alcool et le zamal c'est avoir une réputation » (AssFam)*

❑ Les évolutions

❑ **Les écrans sont de plus en plus présents**

- Une consommation qui s'installe très jeune : *« le téléphone portable, commence dès le CE2 » (MD)* et va en s'accentuant en grandissant : *« le téléphone c'est leur greffe, c'est la 3ème oreille » (IDE Lycée)*
- Avec des répercussions sur les rythmes de vie, l'investissement scolaire : *« c'est quelque chose d'exponentiel, c'est assez inquiétant, il y a des taux d'absentéisme scolaires conséquent (..) cette addiction (…) entraîne un décrochage dès tout petit » (CSAPA)* et des difficultés à gérer la frustration : *« le danger c'est surtout cette notion d'immédiateté qu'on induit, ils vont être frustrés facilement (CSAPA)* ce qui peut générer tensions et conflits *« ça arrive chez nous avec beaucoup de violence » (IDE Primaire et collège)*
- Il y a peu de contrôle de la part de parents souvent dépassés par l'usage d'internet et des nouvelles technologies

« Les addictions » : paroles de professionnels

❑ L'évolution la plus évolution préoccupante : la consommation des jeunes

- Augmentation de la polyconsommation, le plus souvent alcool-zamal : *« ça fait 27 ans que je travaille à St-André et dans le public que nous connaissons assez bien (l'aide sociale à l'enfance) on note une évolution incroyable de la consommation des jeunes, population adolescente et pré-ado avec multiples addictions, des médicaments, cannabis, zamal, avec aussi des accoutumances à l'internet donc qui contribuent à la complexité des situations » (Maison Départementale)*
- Augmentation du Binge Drinking **«** boire le plus possible en un minimum de temps » avec des conséquences:
  - à court terme sur la santé des jeunes, notamment en termes d'effet sur le cerveau avec des performances cognitives dégradées *: « ça a un retentissement énorme alors que la construction du cerveau n'est pas finie jusqu'à 25 ans » (CSAPA).*
  - mais aussi à plus long terme à l'âge adulte avec des séquelles au niveau des capacités intellectuelles, sociales et émotionnelles *: « ils consomment sans savoir que les dégâts ils les verront dans 15 -20 ans » (CSAPA).*
  - sans que les jeunes en aient conscience : *« leur faire prendre conscience que c'est un problème de leur santé à eux, de leur intégrité psychique, physique et sociale, ça ils sont hermétiques à cause de leur âge. » (CSAPA)* ce qui rend la prise en charge beaucoup plus difficile *: « ça contribue à la complexité des situations et donc aussi un travail d'accompagnement qui va être très compliqué également » (MD)*
- Des réseaux et trafics près des établissements scolaires : *« au collège Bédier, il y a un trafic depuis quelques années, il y a eu des collégiens pris en charge par des pompiers suite à une surconsommation (à l'extérieur)…les vendeurs de zamal s'enrichissent grâce aux collégiens et lycéens , c'est une économie souterraine phénoménale » (Police municipale)*

« Les addictions » : produits, lieux et modes de consommation

Les principales addictions suivant l'âge

Primaires Collégiens

1. Ecrans
2. Cigarette
3. Alcool

Lycéens

1. Zamal
2. Tabac
3. Alcool

Adultes

1. Alcool
2. Tabac
3. Zamal
4. Autres stimulants

« en CM2, 6eme beaucoup ont déjà fait l'expérience de l'alcool et de la cigarette…» (IDE collège)

« L'alcool, c'est la première quinzaine, surtout les hommes (Police municipale)

Les lieux de consommation des jeunes

- Aux abords des établissements scolaires
- Les points chauds :
  - Collège Bédier et Terre rouge
  - Immeuble APAVOU
  - Ecole Soba
  - Cyprés
  - La Poste, Kiabi

« les filles trainent moins en bas des immeubles mais elles se regroupent entre elles. Les garçons consomment les cachets avec l'alcool et les filles c'est plus l'alcool » (Police municipale) - « Les filles ont une consommations plus sournoise, plus cachée, socialement parlant » (IDE lycée)

La consommation des jeunes selon le sexe

Des différences entre garçons et filles

« Les addictions » : paroles de professionnels

❑ Perceptions et représentations concernant les produits

- Les professionnels font état d'une banalisation de la consommation de tous les produits et écrans quels que soient le sexe ou l'âge et particulièrement du zamal
- Cette banalisation de la consommation de zamal, y compris chez les adultes, s'inscrit dans la tradition qui considère le cannabis comme une plante médicinale *: « s'ils fument le joint ou le prennent en tisane, c'est parce que ça aide l'organisme, ça apaise les douleurs et ils ne voient pas le mal là-dedans » (PIS)*
- Son usage est également justifié et toléré dans un contexte social et /ou familial difficile : *« c'est parfois une béquille pour ce qu'il y a autour et tout le contexte familial et le mal-être qui va avec » (CSAPA)*
- Avec une forte méconnaissance de ses effets nocifs « *Tous les jeunes et même les parents disent ça peut pas faire de mal parce que de toutes façons c'est toléré aux USA, et dans certains pays. Quand on leur apprend les effets néfastes, ils tombent de haut » (Point Info Santé)*

❑ Les déterminants de la consommation

- **Le contexte familial :** quand l'environnement familial ou des membres de l'entourage sont consommateurs, quand l'environnement est marqué par la violence *: « quand les jeunes viennent parler, ils vont tout de suite faire référence au fonctionnement familial (…) c'est un fonctionnement où la violence est devenue une norme » (CSAPA)* ou quand les deux types de facteurs se cumulent avec un risque d'autant plus élevé pour les jeunes de développer des comportements à risque
- **La santé mentale** : addictions et problèmes de santé mentale sont souvent associés sans qu'il soit possible de déterminer qui est le déterminant de l'autre : *« on a énormément de profils où il y a les deux domaines qui s'entremêlent et qui nécessitent des interventions en réseau » (CSAPA)*
- **Le contexte social :** l'isolement relationnel, l'absence de soutien social de la part de l'entourage, les expériences de vie négatives, etc. peuvent avoir un impact et augmenter le risque dans tous les milieux sociaux. Toutefois, la pauvreté et la précarité, très présents dans la commune, sont identifiés par l'ensemble des professionnels comme des facteurs aggravants et discriminants

« Les addictions » : les principaux risques santé

❑ La violence

- C'est un comportement qui se banalise autant chez les jeunes que chez les parents. Elle peut être un facteur déclenchant d'une consommation mais aussi une conséquence directe d'un usage à risque des produits ou des écrans.

  « il y a des ados (…) dans leur milieu familial il y a de la violence et il y a un gros mal-être et plus ils vont grandir, plus ils vont consommer, il y aura du zamal, du rivotril de l'artane et d'autres drogues plus dures…du crystal et cette concentration de consommation de produits toxiques va amener de la violence » (MD)

  « le jeune est en échec scolaire, il s'isole, à la maison il est très violent, il tape dans les murs…il agresse ses frères et sœurs et derrière ça il y a souvent une consommation de zamal qui est présente. Ce sont plus les garçons » (CSAPA)

« c'est un élément extrêmement difficile à prendre en charge par la suite avec beaucoup de manques (…) et avec des conséquences et pathologies lourdes pour les enfants et pour lesquelles personne n'est formé… je pense qu'on est très démunis par rapport à ça » (MD)

❑ Le SAF

- Ce syndrome met en lumière les enjeux de la prévention de l'alcoolisation auprès du public féminin qu'il apparaît difficile de repérer compte tenu du tabou lié à la problématique
- Les difficultés mises en avant concernent surtout la prise en charge des enfants qui présentent des tableaux sanitaires parfois lourds

❑ Risques liés aux écrans

- Absentéisme scolaire, problèmes alimentaires et isolement familial *« Les jeunes vont s'isoler, donc les familles disent ils ne sont plus avec nous, ça joue sur l'alimentation, sur la concentration, et ça génère des problèmes d'absentéisme scolaire qui rendent le climat familial difficile « » (MD)*

« Les addictions » : paroles de professionnels

❑ Situations complexes et approche partenariale

- L'ensemble des professionnels souligne la grande complexité des cas auxquels ils sont confrontés dans leurs champs de compétence respectifs et qui font appel à des compétences multiples : santé mentale, prévention, soin, social, pénal, etc..: *« l'accompagnement qu'on faisait il y a quelques années ne peut plus être le même » (MD)*
- Cette complexité rend nécessaire un travail partenarial et en réseau *: «l'accompagnement individualisé il est nécessaire, mais vu la complexité des problématiques aujourd'hui, il faut qu'il y ait un maillage » (MD)*
- Tous soulignent l'importance de connaître les différents acteurs et leurs missions : *« c'est important pour nous de connaître le tissu, parce que ça permet de mailler, de mutualiser ou de couvrir des secteurs qui n'ont pas bénéficié d'interventions, ça peut être le type de public mais ça peut aussi être géographique « (Point Info Santé)* afin que chacun puisse orienter vers le bon partenaire ou l'interpeler à bon escient.
- Tous reconnaissent l'intérêt de partager les pratiques et les savoirs pour mieux appréhender les problématiques d'addiction dans leur globalité
- Et tous sont demandeurs de travail en complémentarité autour de situations complexes.
- Mais cela ne va pas forcément de soi *« ça reste très compliqué, ça ne veut pas dire qu'on ne peut pas travailler ensemble » - « On doit travailler la relation de confiance, se dire que chacun est utile mais pas isolément » (CD)*
- Car chacun peut avoir une vision différente des priorités d'actions dans chaque situation et/ou de ce qui est du ressort de chacun : *« ce qui est complexe dans une prise en charge globale, c'est qu'on puisse s'entendre sur ce qui relève de l'éducatif, ce qui relève de la santé, souvent quand il y a une prise en charge chacun va se renvoyer la balle » (MD)*

Les addictions : coordination et partenariat

Les atouts de la commune

- Des partenariats déjà bien établis
- Une forte volonté de travailler ensemble malgré les obstacles
- Des outils et/ou instances de coordination déjà en place :
  - Les synthèses (ASE)
  - Les rencontres CSAPA et partenaires pour partager sur missions et fonctionnement
  - La CTG convention territoriale globale (CCAS – CAF)
  - L'ISIC : instance de concertation (CAF, services sociaux, mission locale, AS hôpitaux, bailleurs sociaux..)
- Les sessions de formations gratuites « addictions » proposées par ANPAA aux partenaires
- Les groupes de travail thématiques du CLSPD ouverts aux partenaires avec charte déontologique permettant le secret partagé sur des situations. Proposition d'ouvrir aux addictions

Ce qu'il manque

- Une instance de coordination pour organiser des rencontres régulières de l'ensemble des partenaires :
  - autour de situations
  - sur des thématiques afin de pouvoir échanger sur les pratiques et les positionnements

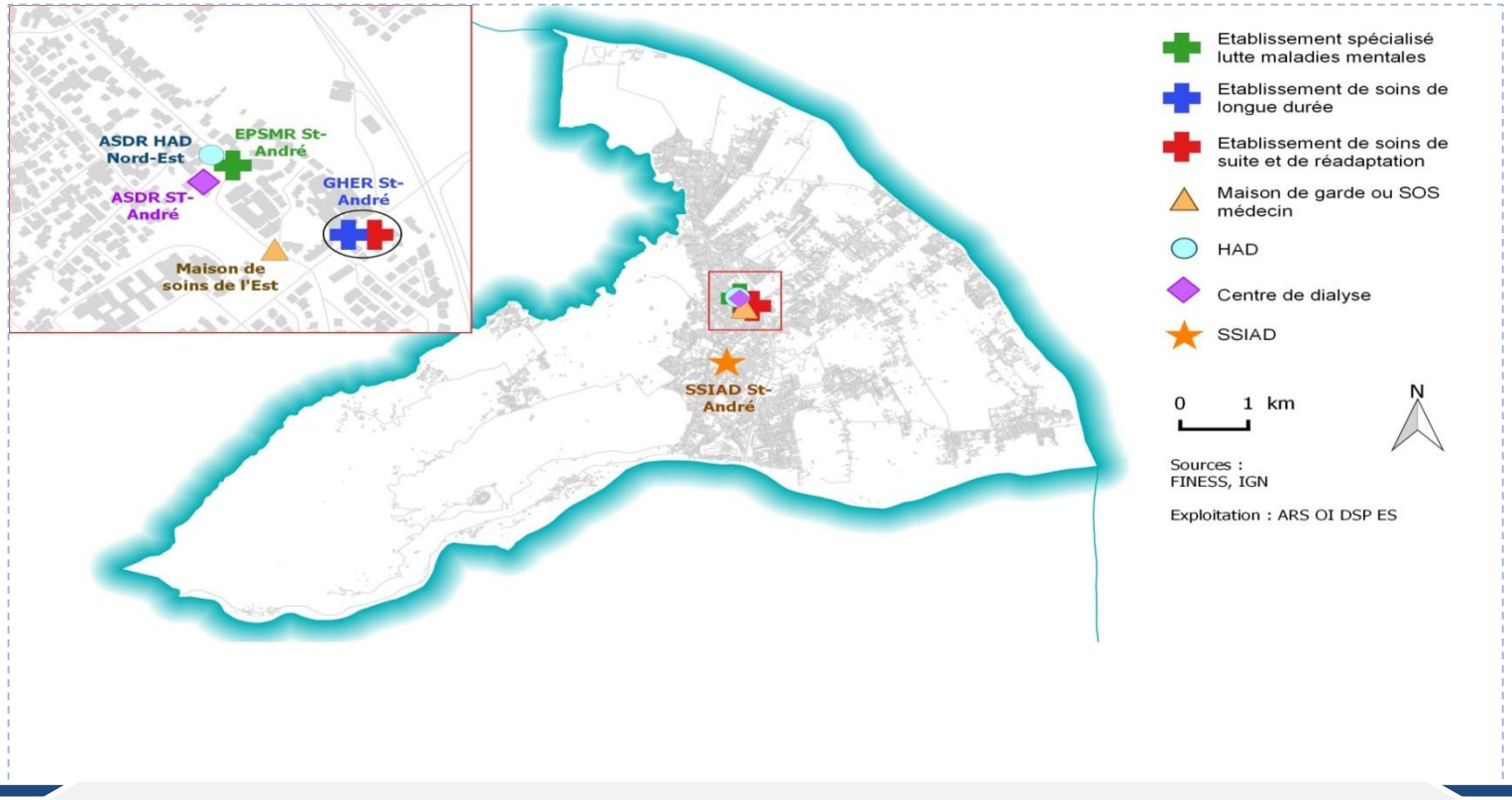
Résultats

Partie 2 : Etat de santé

Portrait de la santé à Saint-André

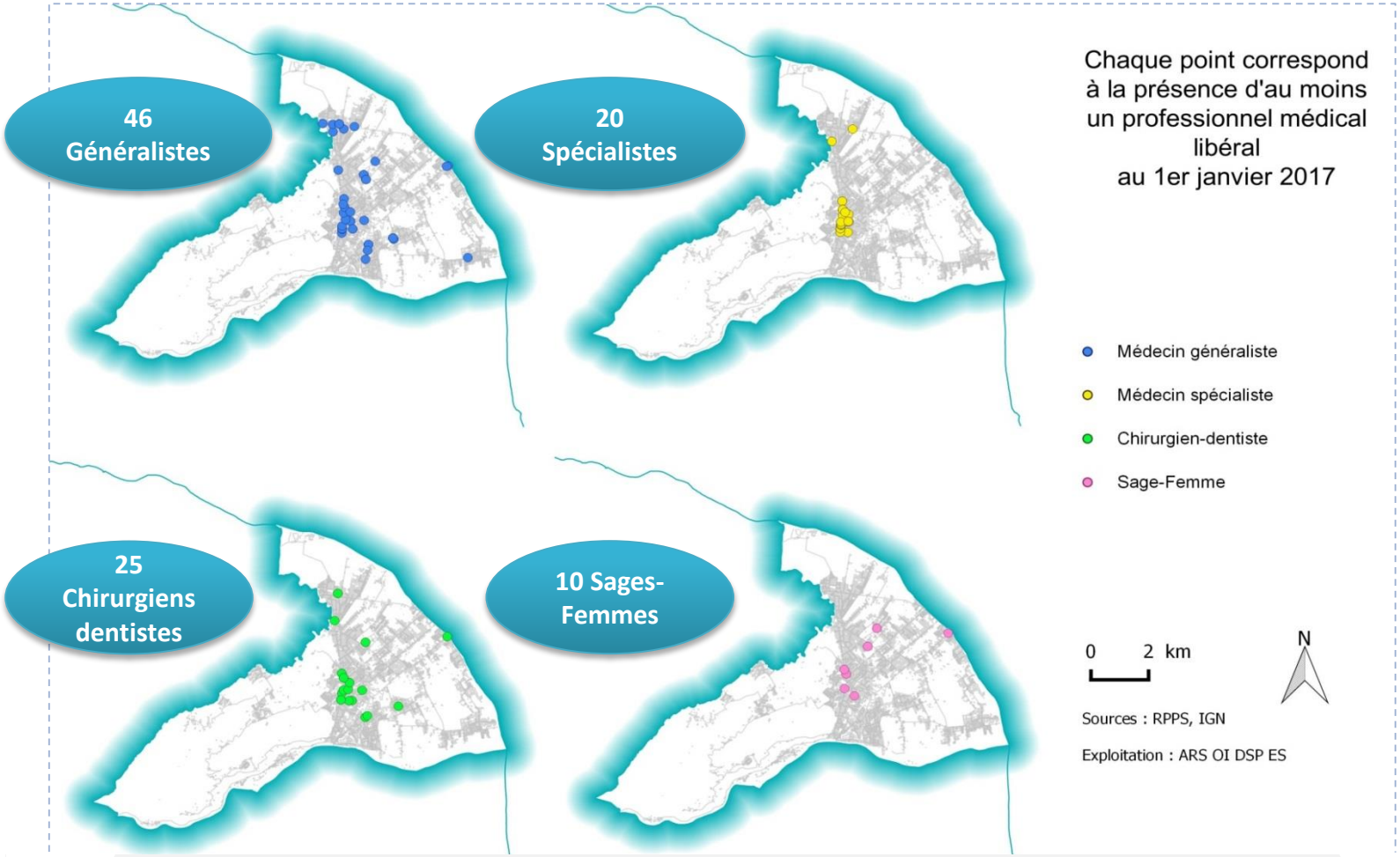
- Etat de santé global
- **Offre de santé et acteurs locaux**
  - Etablissements de soins
  - Professionnels de santé
  - Acteurs locaux
  - Parcours de santé

Les établissements de soins



- Une offre en établissements de soins localisée dans le centre ville de la commune au 1er janvier 2016
- Au total 15 pharmacies et 3 laboratoires…
- … mais manque de pharmacie de garde et de laboratoires sur le littoral

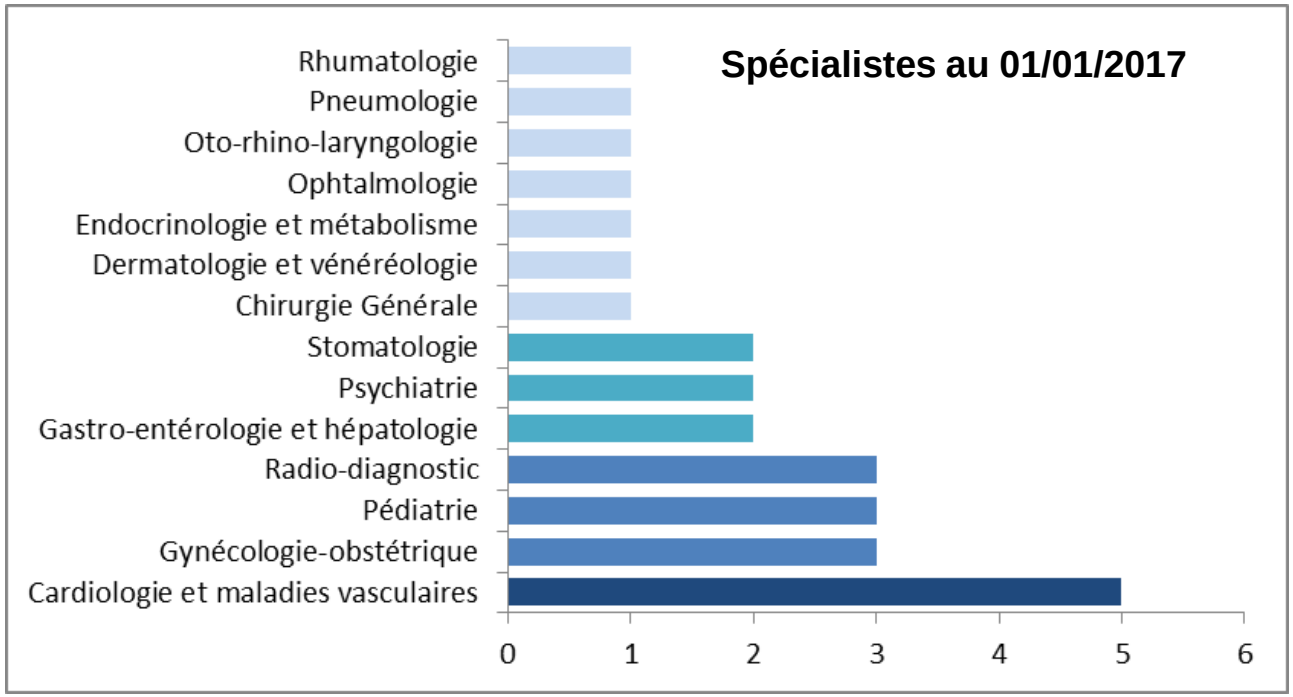
Les professionnels de santé



- ❑Une densité moindre en spécialistes, chirurgiens-dentistes, sages-femmes
- ❑Pas de professionnels de santé libéraux dans les hauts (bras des chevrettes et Dioré)
- ❑154 infirmiers libéraux et une densité supérieure à la moyenne régionale

Les professionnels de santé : les installations

Profil des professionnels installés sur la commune



- ❑ Plus d'un tiers des médecins a 60 ans et plus, les moins de 40 ans représentent 7% de l'ensemble des médecins.
- ❑ Accélération des installations ces 5 dernières années : 16 généralistes et 14 spécialistes installés
- ❑ De nouvelles spécialités disponibles sur le territoire: psychiatrie, pneumologie, stomatologie

Zoom sur l'attractivité médicale du territoire

Les atouts de la commune

- **Pour les généralistes: l'organisation des soins**
  - La Maison Médicale de Garde qui permet de traiter sur place les petites urgences
  - La proximité des soins hospitaliers et des plateaux techniques
  - Les équipements médicotechniques existants (cabinets de radiologie et laboratoires d'analyses médicales) et futurs (autorisation de l'ARS pour IRM et scanner).
- **Pour les spécialistes : l'emplacement**
  - Ni trop loin, ni trop près des hôpitaux qui pourraient capter la clientèle
- **Pour tous : la zone franche**

Les leviers pour renforcer l'attractivité médicale

- Faire une maison des spécialistes avec un grand parking pour permettre aux patients d'aller facilement d'une spécialité à l'autre
- Remettre en place la cantine des libéraux (anciennement dans un restaurant du Petit Bazar) pour répondre aux besoins des différents professionnels de santé de se retrouver et d'échanger entre eux
- Multiplier les stages d'internats en médecine libérale

RESSOURCES EN SANTE- LES ACTEURS LOCAUX

Les services communaux

Le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS)

ACTIONS 2016

- Portage des repas (**55** demandes, 44 dossiers retenus)
- Environ 500 repas /mois
- Aide à domicile (**158** bénéficiaires)

Pôle «des prestations aux Personnes âgées et Handicapées »

- Aide pour l'ouverture de droits (CMU, APA,AAH, etc.)
- **5631** Interventions en 2016
  - Constitution dossier
  - Accompagnements administratifs/sociaux

Service aide légale

Service actions collectives

- Aide à l'amélioration de l'habitat en partenariat avec la CAF
- **42 familles** bénéficiaires

service Aide facultative

- Aides financières pour l'insertion, le secours d'urgence, l'alimentation, etc.
- **5295** interventions 2016

RESSOURCES EN SANTE - LES ACTEURS LOCAUX

La Mairie Sociale

ZOOM

La mairie de Saint-André a mis en œuvre le premier lieu de l'île (domaine de la Vanille) où toutes les administrations sont regroupées au même endroit pour offrir plus de facilités dans les démarches administratives des administrés.

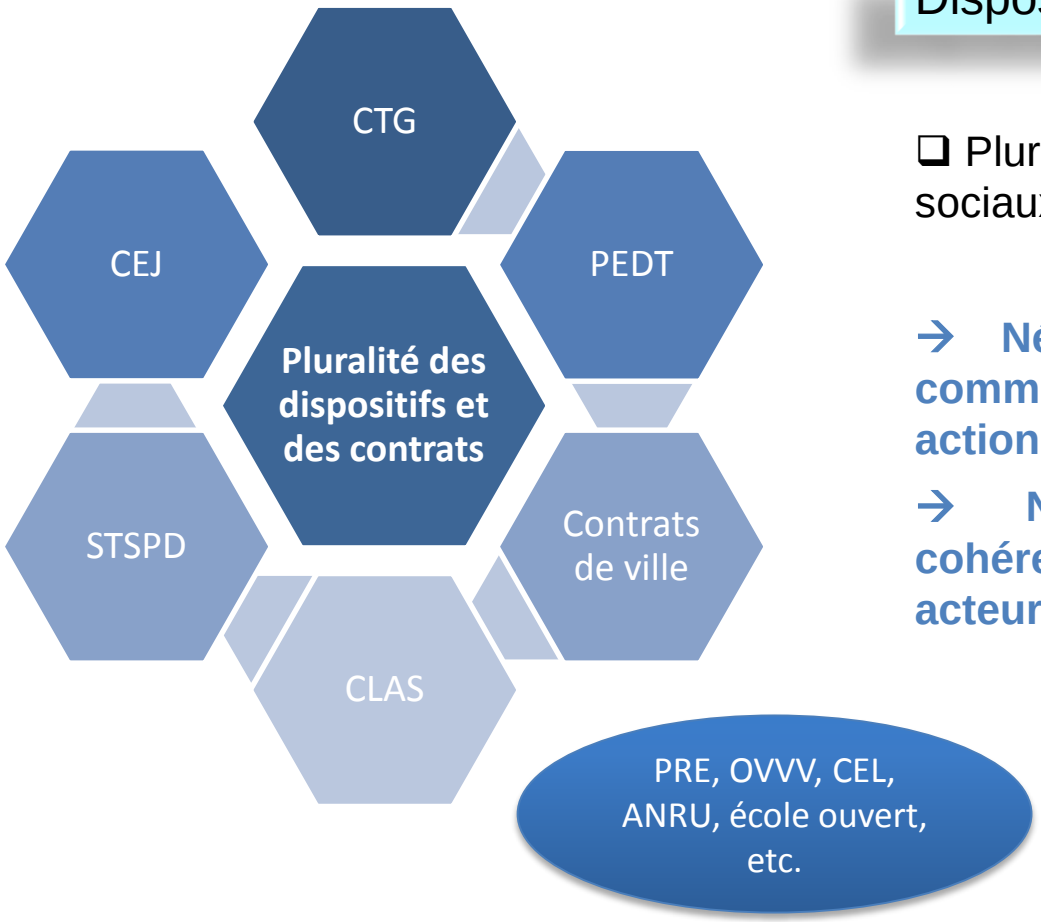
- La Mairie Sociale est composée de :
  - La Caisse d'allocations familiales;
  - La maison départementale;
  - La CGSS.

- Avantage:
  - Un guichet unique d'orientation et d'accompagnement;
  - Des bornes Caf et CGSS à disposition;
  - Présence d'un écrivain public.

Accueil tout public jusqu'à 300 personnes / jour

RESSOURCES EN SANTE – LES DISPOSITIFS

Contrats et dispositifs mobilisés sur la commune



Dispositifs communaux

❑ Pluralité des dispositifs locaux sociaux, et socio-éducatifs

→ **Nécessité d'information et de communication sur les acteurs et les actions**

→ **Nécessité d'articulation, de cohérence et de coordination des acteurs et des dispositifs**

Source : Mairie, PEDT
CTG : Convention Territoriale Globale
OVVV: Opération Ville Vie Vacances
CEJ : Contrat Enfance Jeunesse
STSPD : Stratégie Territoriale de Sécurité et de Prévention de la Délinquance

PEDT : Projet Educatif de Territoire
PRE : Projet de Réussite Educative
CLAS :Contrat Local d'Accompagnement à la Scolarité

RESSOURCES - LES ACTEURS LOCAUX

La PMI : des missions au service des familles

❑Missions

- Des actions de prévention
  - Consultations pour les bébés et enfants jusqu'à 6 ans avec vaccinations
  - Planification familiale
  - Surveillance de la grossesse
  - Bilans de santé à l'école maternelle
  - Suivi médical des enfants < 6 ans porteurs de handicaps ou des enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance (ASE
- Des actions de proximité
  - Visites à domicile
  - Conseils personnalisés pour le mode de garde
- Des actions d'éducation
  - Activités d'éveil pour le jeune enfant
  - Informations pour les femmes enceintes
  - Education à la vie, information sur la contraception

Equipes pluridisciplinaires: médecins, sages-femmes, puéricultrices, infirmières, conseillère conjugale (PF) éducatrices de jeunes enfants, auxiliaires de puériculture, auxiliaires de puéricultrices, secrétaires

2 centres de PMI

Saint-André ville -Salazie

Cambuston-Cressonnière

Et un centre de planification familiale à Saint-André

Source : Conseil Général

Parcours des personnes âgées

Indicateurs sur les personnes âgées

Profil des personnes âgées

6 400 personnes âgées de 60 ans et + en 2014

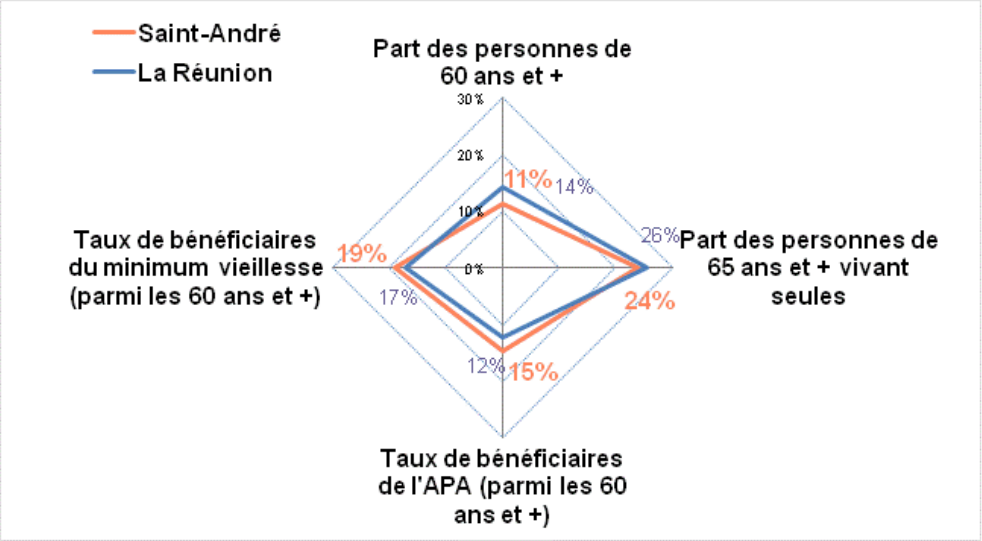
❑**Un peu plus d'un habitant sur 10 (2014)**

❑ **24%** des personnes de 65 ans et + vivent seules

❑ Un peu plus de personnes âgées avec de faibles ressources financières (2015)

❑ Plus de personnes dépendantes qu'au niveau régional (2015)

7 centenaires en 2017



Besoins croissants de services à la personne en raison du vieillissement de la population

❑ les projections de population à l'horizon estiment le nombre de personnes de 60 ans et + à 9 000 en 2020, et plus de 14000 à l'horizon 2030

RESSOURCES – LES DISPOSITIFS

LE CONTRAT DE VILLE

❑ **Axe principal développé par la municipalité :** Le développement économique

- 2 volets déclinés

❑ Saint-André plus humain

- Proximité et solidarité
- Politique solidaire de l'emploi
- L'école comme tremplin de la réussite
- Le **développement du sport**, de la culture et des loisirs
- Une nouvelle politique en faveur de **la petite enfance**
- Une action forte en direction des **personnes âgées** et des personnes porteuses de **handicaps**
- La prévention et **la sécurité** au cœur de la ville

❑ Saint-André plus dynamique

- Le développement de la zone industrielle de Bois-Rouge intégrant un « port bicéphale »,
- Le déploiement de l'activité touristique du battant des lames au sommet des montagnes avec Le Colosse sur le littoral, la maison Valliamé en ville et Dioré dans les hauts
- La création d'un parc technologique
- La **redynamisation du Centre-Ville** et de son pôle commercial
- La création de zones économiques et artisanales

Source : Mairie, contrat de ville 2015-2020

Les personnes âgées : dispositifs et ressources à Saint-André

❑ **Pôle «des prestations aux PA/PH du CCAS :**
- Services portage de repas,
- Aide ménagère et soins à domicile
- Faciliter a prévention

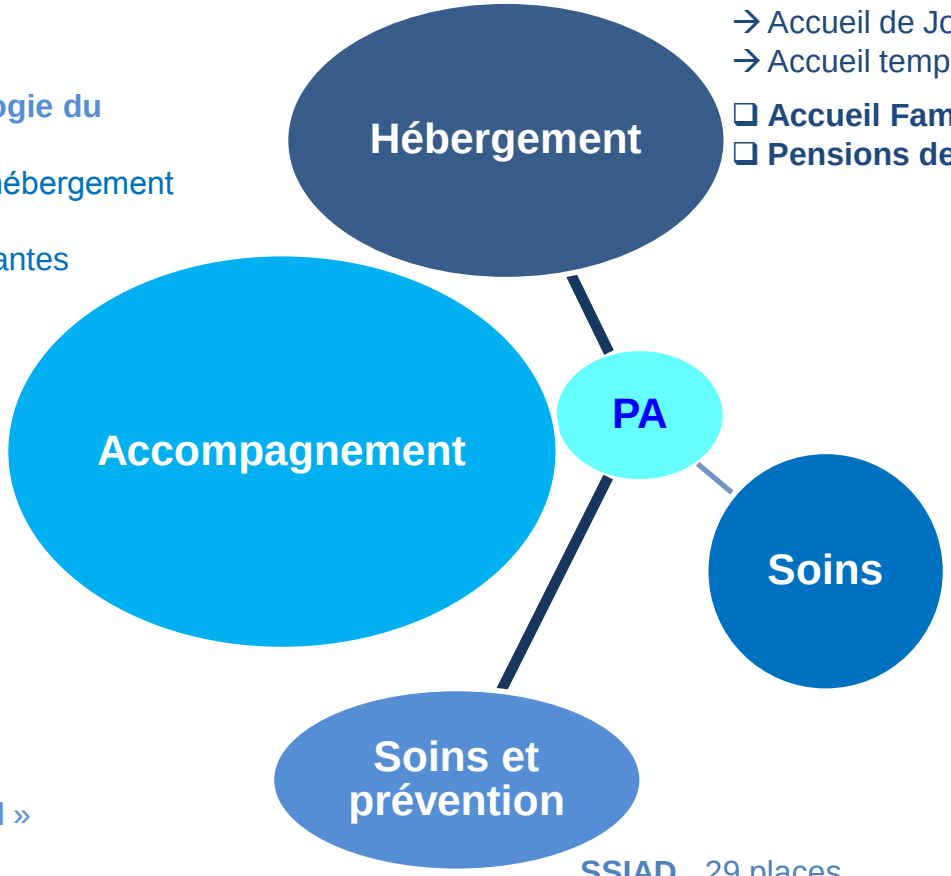
❑ **Actions de Santé : Service Gérontologie du Département**
- APA, Aide ménagère, aide sociale à l'hébergement
- Pass Loisirs, chèque santé
- Traitement des informations préoccupantes
- Accueil de jour (Alzheimer)

❑ **Services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) :** SIR et Korbey d'Or
- Soutien à domicile, préservation de l'autonomie, maintien du lien social.

❑ **9 clubs de 3ème âge** :
- 50 à 70 PA / club
- 1 club avec 150 personnes.

❑ Dispositifs CIREST : **Pass gratuit** « Réunipass » et « Pass activ annuel »

❑ **Evénements dédiés** : journées PA et rencontres intergénérationnelles



❑ **1 EHPAD « Village 3ème âge» : 109 places**
→ PASA
→ Accueil de Jour
→ Accueil temporaire

❑ **Accueil Familial Social**
❑ **Pensions de familles**

❑ **GHER**
→ USLD
→ SSR

❑ Santé mentale EPSMR
→CMP
→Equipe mobile géronto psy

SSIAD , 29 places
ARAR-HAD
Siège et antenne localisés sur Saint-Denis

Sources : ARS OI, CAF, INSEE, Conseil Général

Les personnes âgées

❑ Zoom sur 2 acteurs à Saint-André

LE SSIAD

- Service de soins infirmiers à domicile
- Un des service du CCAS
- Le SSIAD est une structure médico-sociale, publique, qui assure, sur prescription médicale, des prestations de soins infirmiers sous la forme de soins techniques, de soins de base et de soins relationnels
- Intervient au domicile de la PA, dans les établissements non médicalisés pour personnes âgées et pour personnes adultes handicapées F
- ile active : 29 patients
- Le SSIAD peut intervenir pour reculer la restriction ou la perte d'autonomie pour les débuts d'Alzheimer, quand il commence à y avoir des problèmes à domicile ou qu'il y a des oublis de traitement.

L'Equipe mobile de géronto-psychiatrie (UMG)

- Ouverture en 2016
- Intervient sur demande d'un médecin traitant ou autre
- Auprès de PA >70 ans (domicile et hébergement sur convention)
- File active 2016 : 398 patients
- Missions :
  - évaluation : contexte, anamnèse, nature des troubles et des besoins , y compris traitement
  - proposition d'accompagnement adressée au médecin traitant qui prend contact avec les partenaires
  - proposition d'orientation
  - Information à la PA et entourage sur les ressources de proximité
  - suivi de l'évolution
- .

« Parcours des personnes âgées» : paroles de professionnels

❑ Les évolutions et grande tendances

- **Des pathologies plus lourdes :**

- D'avantage de maladies neurodégénératives, de pathologies psychiatriques *«surtout les troubles comportementaux aigus et chroniques » (UMG)* et des situations de santé plus dégradées en SSR
- Ce qui génère de l'épuisement pour les familles : *« il y a beaucoup d'épuisement des aidants » (MD)*

- **Des situations sociales précaires et des aides plus difficilement accessibles du fait de l'informatisation des procédures**

- **Des mutations sociales et familiales qui impactent la place des aînés** :

- la précarité augmente chez les enfants *« ils comptent sur l'APA pour vivre » (AS CD)* ; la décohabitation se généralise : *« ils se retrouvent souvent seuls dans un grand logement » (SEDRE) ;* L'isolement est en forte hausse et la **solidarité** familiale en baisse : *« il y a un désengagement de plus en plus de la part des familles » (Actions santé MD)*
- Le nombre d'informations préoccupantes pour maltraitance physique, psychologique ou spoliation augmente

- **Des difficultés de logement qui freinent le maintien au domicile**

- Des logements privés souvent vétustes alors que 90% des PA sont propriétaires : avec des procédures de rénovation longues : *« au service habitat, c'est extrêmement long et c'est pour ça que la PA dit « moi mi quitte ma maison, moi mi habite SHLMR » (CCAS)* que les personnes âgées ne sont souvent plus capables de porter avec un risque de spoliation par les enfants *« On a été obligés de rajouter dans le contrat que l'enfant s'engage à garder ses parents » (SEDRE)*
- Des logements sociaux trop coûteux pour beaucoup, trop grands : « les bailleurs construisent très peu de petits logements » *(SEDRE)* - inadaptés sur le long terme quand la mobilité se restreint. Les demandes de relogement ont du mal à aboutir : *« Quelqu'un de 82 ans, il faut monter l'escalier, comment faire ? Mais pour la commission, il est pas prioritaire » (Pst Club 3ème âge)*

« Parcours des personnes âgées» : paroles de professionnels

- **Les pensions de famille en recrudescence**

  - Très nombreuses à Saint-André **:** *« on en compte au moins une trentaine et peut-être encore plus avec les accueils marrons » (Actions de Santé MD)*
  - De qualité très inégale *: « certains professionnels de santé ont signalé des conditions indignes il y en a aussi ou les gens sont vraiment investis, avec une volonté de bien faire »*
  - Qui constituent souvent une solution :

- pour des familles : qui travaillent *« ils ne savent pas quoi en faire » (Médecin libéral)-* dont le parent ne peut plus rester seul à domicile *« on m'appelle, on me dit « mon papa i vit tout seul, qui sa regarde à lui la nuit » (CCAS)* ou qui ont besoin d'une solution d'accueil temporaire souple et rapide, notamment pour du répit ou des vacances
- parce qu'elles sont moins chères qu'un EHPAD ou qu'une famille d'accueil sociale.

  - Mais qui posent problème quand elles sont signalées et qu'elles sont toujours en activité : *« on est intervenus dans 2 pensions de familles pour des faits de maltraitance et de sécurité (…) mais les deux fonctionnent toujours » (Actions de Santé MD)*
  - Quand le lien est perdu avec les professionnels de santé habituels : « *souvent les pensions travaillent avec un médecin et avec un kiné et ils rompent le lien qui existait avec le médecin traitant » (Médecin libéral)*
  - Et dans tous les cas, parce que le Département ne peut plus faire de suivi de la personne âgée en perte d'autonomie : *« quand on fait une évaluation APA à domicile et après la famille nous dit « voilà elle est en pension ». On ne peut plus intervenir et la personne âgée ne peut plus avoir d'APA » (Actions de Santé MD)*

« Parcours des personnes âgées» : paroles de professionnels

❑ Les atouts de la commune

- **Une pluralité de dispositifs et ressources** en proximité permettant de répondre à de nombreux besoins
- **Une dynamique de partenariat** ancienne et amplifiée par l'arrivée de la MAIA dans l'Est
- **Une politique volontariste de la commune** vis-à-vis des personnes âgées avec la création d'un Pôle Séniors en 2017
- **Un CCAS très présent sur le territoire** :

- qui connaît bien la population et l'accompagne tout au long de son parcours de vie : *« le CCAS et les mairies annexes, ils y sont tous allés pour des aides » (Médecin libéral) -*
- *qui accompagne la personne âgée dans de nombreux domaines : « on la voit au niveau de l'aide ménagère, au niveau du logement, de la précarité, elle vient chercher un colis alimentaire, on la voit pour tout. On la voit aussi au niveau de l'isolement et après il y a la maltraitance » (CCAS)*
- qui détecte les signaux faibles de la perte d'autonomie : *« On détecte le 1er besoin, on analyse les besoins les plus importants et puis on va vers les acteurs qui peuvent apporter un bien-être à la personne » (CCAS)*
- qui peut assurer un accompagnement dans la continuité en cas de restriction ou de perte d'autonomie : *« c'est une rupture en moins pour les PA, ça reste le même service » (SSIAD)*
- qui est facilitateur pour un passage de relais à d'autres partenaires *« on prend le téléphone, on dit à la PA « il y a quelqu'un qui vient chez vous ». Comme c'est moi qui a appelé, la porte est ouverte pour cette personne » (CCAS)* alors que les personnes âgées sont peu enclines à laisser entrer des étrangers chez elles : *« elles sont déjà très réticentes à avoir quelqu'un chez eux pour des tâches ménagères» (Actions de santé MD)*

Le parcours des personnes âgées : une pluralité d'acteurs

❑ Les acteurs suivant le lieu de vie et le niveau d'autonomie physique et psychique

A DOMICILE ET EN FAMILLE D'ACCUEIL SOCIALE

AUTONOMIE

- Clubs 3ème âge
- Associations
- CCAS
- SSIAD
- Bailleurs sociaux
- EPSMR (CMP)
- EPSMR (équipe mobile)
- Médecin traitant
- Prof. de santé libéraux

RESTRICTION AUTONOMIE

- CCAS
- **SAAD**
- Bailleurs sociaux
- Département (actions santé)
- SSIAD
- EPSMR (équipe mobile)
- EPSMR (CMP)
- Médecin traitant
- Prof. de santé libéraux

PERTE AUTONOMIE

- CCAS
- SAAD
- Bailleurs sociaux
- **Département (action santé)**
- SSIAD
- **HAD**
- EPSMR (équipe mobile)
- **MAIA**
- Médecin traitant
- Prof. de santé libéraux

PENSION FAMILLE

- Médecin
- EPSMR
- PS libéraux
- **Pas d'institutionnels**

EHPAD

- HAD
- EPSMR (équipe mobile)
- ORIAPA

GHER - USLD

- EPSMR (équipe mobile)
- MAIA

« Parcours des personnes âgées» : la coordination des acteurs

❑ La coordination des acteurs du parcours de la personne âgée

- **Plusieurs acteurs font de la coordination** :
  - **Le médecin traitant** (MT) avec les libéraux et les partenaires : c'est le pivot de la prise en charge
  - **Le CCAS** quand autonomie et problèmes sociaux : c'est le partenaire de proximité de la PA
  - **HAD** : Hospitalisation à domicile
  - **Le SSIAD** avec les soignants qui interviennent au domicile
  - **L'Equipe mobile de géronto psychiatrie** : avec le médecin prescripteur, le MT, le et les libéraux
  - **La MAIA** avec l'ensemble des acteurs pour les situations complexes

- **Mais qui coordonne les coordinateurs ?** Il n'y a pas forcément de vision globale de l'ensemble des partenaires : *« tout le monde constate mais personne ne dit rien à personne » - « On dit à qui ? Et on dit quoi ? » (Médecin libéral)*

- **Pour optimiser la coordination du parcours de la personne âgée un certain nombre de leviers sont identifiés :**
  - Définir des règles communes pour savoir qui est le coordinateur le plus approprié dans chaque situation : par exemple le CCAS quand il y a détection de signaux faibles en amont du parcours
  - Mettre en place les communautés professionnelles de territoire de santé*: « ça entraine qu'on peut faire de l'échange d'informations entre professionnels du champ sanitaire, social et médico-social. Et c'est ça le plus important » (Médecin libéral)*
  - Définir en concertation les informations indispensables à transmettre à tous
  - Créer un outil commun car aujourd'hui tout le monde a son propre cahier de liaison
  - Faire le lien avec les outils numériques développés pas TESIS (OIIS)

Parcours des personnes âgées : atouts et facteurs de rupture

Les atouts pour le parcours

- Le maintien du lien social
- Le suivi de la santé
- Des activités de loisirs, de convivialité et le transport pour aller aux activités
- Des activités de prévention de la perte d'autonomie
- Un logement accessible et adapté
- De l'aide et une interface pour les démarches (internet)
- La détection des signaux faibles de diminution de l'autonomie et l'activation des aides dès que nécessaire
- Un lien de confiance entre la PA et les professionnels qui l'entourent
- Le partage d'informations avec la famille et entre acteurs (feed-back) pour une orientation adéquate
- L'aide aux aidants et des dispositifs de répit qui permettent que « ça tienne »
- Les solutions adaptées d'hébergement

Les facteurs de ruptures

- Quand la personne est isolée
- La non détection des signaux faibles
- Quand les informations ne sont pas suffisamment partagées
- La dégradation brutale de la santé
- Les situations d'urgence et les hospitalisations
- Quand il manque de la coordination entre acteurs
- Quand le logement n'est plus adapté et que la personne ne peut plus rester à domicile
- Quand la personne âgée change d'interlocuteur
- Quand la PA entre en pension de famille : rupture du lien avec le MT et les libéraux. Pas de suivi possible par le Département (actions santé)
- Quand la famille « craque » et n'en peut plus

Parcours des personnes âgées : projets et perspectives

Les projets

A court terme (2017 - 2018)

- Bistrot social (kiosque EHPAD) pour PA isolées du quartier
- CCAS : ouverture du SAAD et création du Pôle Séniors
- GHER : 5 places d'accueil temporaire pour PA très dépendantes en SSR qui vont glisser à l'USLD pour du répit familial (2018)

A moyen terme (2024)

- Logements spécifiques pour PA autonomes isolés :

- 1 MARPA de 24 places
- 2 Maisons d'accueil familial (28 places)
- 1 Maison pour personnes âgées en centre ville dans le cadre NPRU (80 T2) + espaces communs avec espaces communs et gardien

- Un SPASAD qui réunirait le SAAD et le SSIAD du CCAS

Ce qu'il manque

- Une consultation mémoire au GHER
- Des ateliers mémoires dans les quartiers
- Un système d'aide à domicile la nuit pour soulager les familles
- Un transport adapté de type Cityker, notamment pour les personnes âgées en fauteuil roulant qui ne peuvent pas sortir
- D'avantage de places en accueil temporaire et en séjour de répit
- Des logements en nombre et taille adaptés aux besoins des personnes âgées
- Davantage de familles d'accueil social

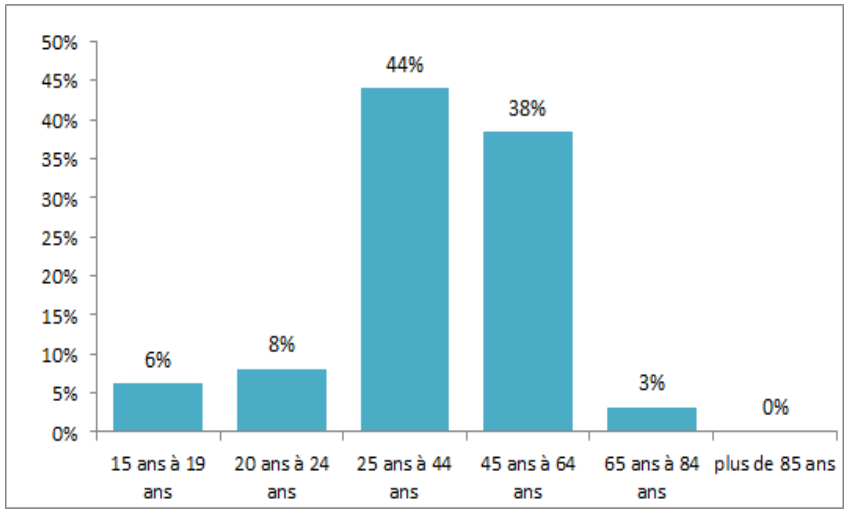
Santé mentale - Adultes

❑ Les constats chiffrés sur Saint-André

- Moins de 5 décès annuels par suicide sur la période 2012-2014 : 1,5% des décès sur la commune vs 2% au niveau régional.

❑ Le Pôle Est de l'EPSMR à Saint- André

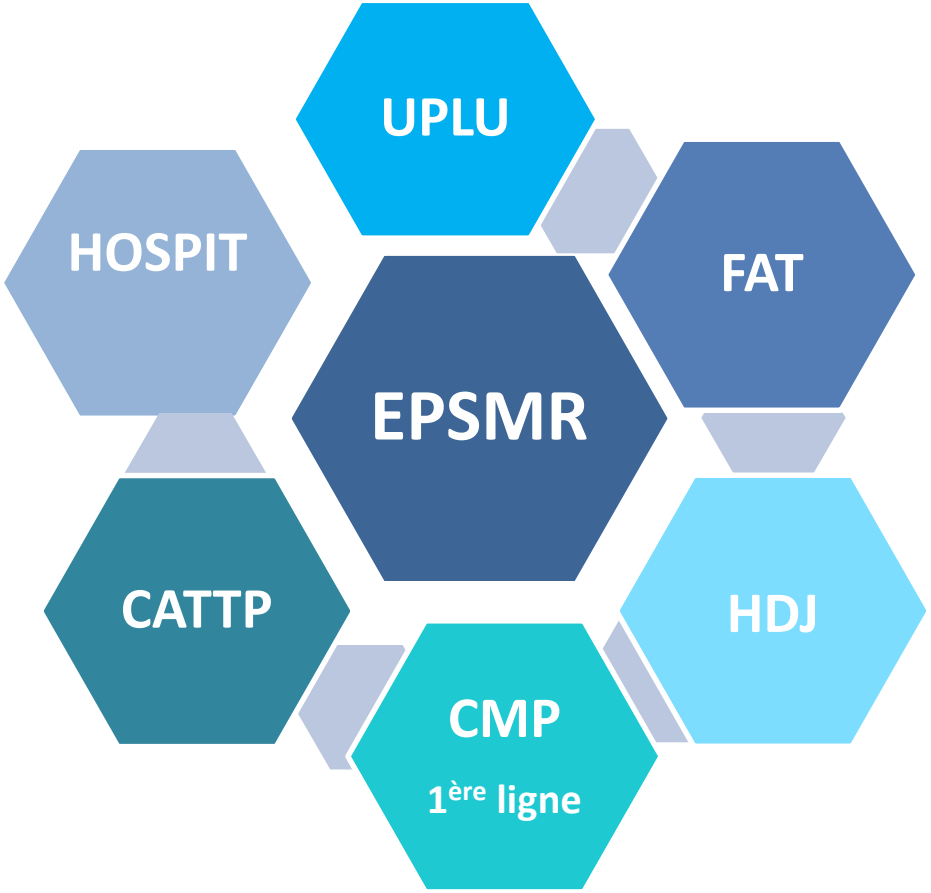
Répartition de la file active selon l'âge en 2016



Centre médico-psychologique

- **File active**: 1 126
- **Répartition par sexe**: 53% d'hommes et 47% de femmes
- **Moyenne d'âge** : 41 ans
- **Pathologies**:
  - Schizophrénie : 33%
  - Troubles/épisodes dépressifs : 13%
  - Réaction à un facteur de stress : 6%
- **Personnel de prise en charge** :
  - 40% par du personnel infirmier
  - 28% par des médecins
  - 19% par des psychologues
- **Nature de la prise en charge** :
  - Entretien individuels : 76%
  - Démarche : 22%

Santé mentale adulte : services et structures de l'EPSMR



Une diversité de services et de structures

- Hôpital de Jour - (HDJ)
- Consultations - (CMP)
- Activités thérapeutiques à temps partiel - (CATTP)
- Familles d'accueil thérapeutiques (11 places) – (FAT)
- Hospitalisation (Saint-Benoit)
- Unité de psychiatrie de liaison et d'urgence (16 à 65 ans) - UPLU

Tout le monde s'appuie beaucoup sur nous, mais aujourd'hui la maladie mentale n'est plus asilaire, c'est l'intégration dans la société »

Parcours en santé mentale adultes : les acteurs sur le territoire

Maison Départementale
- ASE
- Actions de Sante
- Familles d'accueil sociales

Médico-social
ADDICTOLOGIE
CSAPA

ALEFPA
- SAVS
- ESAT

Justice
- Procureur
- Tribunal Instance

Education Nationale
Lycées
- Infirmières
- AS

Santé
GHER
- Urgences
- PASS St André

LIBERAUX
- Médecin
- Infirmiers

(Familles)

Protection
- Tutelles
- Gendarmerie

Soins traditionnels
Guérisseurs

Aide à domicile
- CCAS
- SAAD

Entraide - Insertion
GEM (St Benoît)
Allons Déor

Santé Mentale
EPSMR

Logement
- Bailleurs sociaux
- Allons Déor
- Pensions de famille

Santé mentale adulte : zoom sur les associations à vocation d'insertion

Allons Déor

Association créée en 2005 à l'initiative de professionnels de l'EPSMR et des associations de familles

Accompagnement à l'**inclusion** et à la **participation sociale** des personnes en situation de troubles psychiques sévères et durables :

- ❑ Par l'emploi : prestations ponctuelles spécifiques
- ❑ Par le logement : appartements à visée thérapeutique, logement pour les plus démunis, Gagne 1 Kaz (SDF), médiation locative

A Saint-André : accompagnement de 9 personnes avec troubles psychiques sévères + addictions (dont 8 SDF) vers et dans le logement.

GEM Les Flamboyants

Groupe d'Entraide Mutuel pour personnes en souffrance psychique. Le CA et les usagers font fonctionner l'association par eux-mêmes pour :

- ❑ **Briser la solitude** et contribuer à une perspective **d'insertion** sociale et professionnelle
- ❑ Stimuler la prise d'initiatives et **d'autonomie**
- ❑ Favoriser l'**entraide**, la **solidarité** et le **partage** entre les membres.
- ❑ Faciliter les **relations** entre les participants et la communauté

Les objectifs se réalisent au travers d'activités collectives.

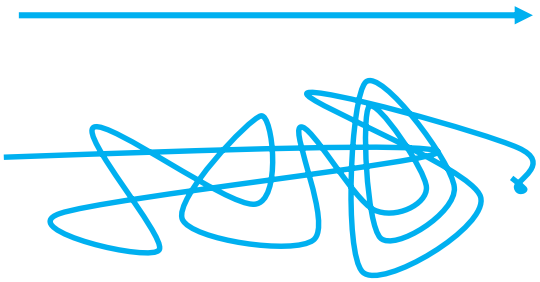
Créée en 2014 à Saint-Benoit, l'association couvre tout le secteur Est.

Parcours en santé mentale adultes

La notion de parcours en santé mentale

« La maladie n'est pas linéaire, c'est tout le problème » - « la maladie psychiatrique est très complexe » – « c'est un parcours informel, flexible »

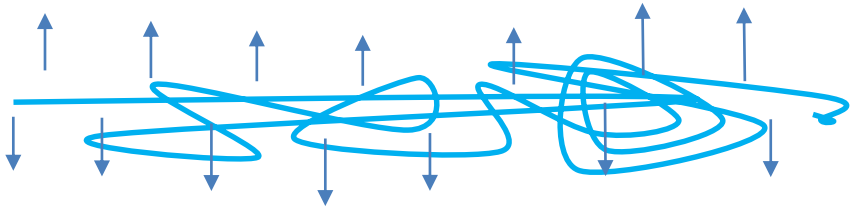
- Ce qu'il n'est pas :



- Ce qu'il est plutôt :

avec souvent des périodes de rupture
avec une évolution de la maladie et des besoins

- Avec une multitude d'acteurs qui le jalonnent :



- Il existe plusieurs types de parcours ou itinéraires :

- les parcours « de soins » de la personne entre les différentes structures et services de santé mentale
- les parcours « de vie » multidimensionnel de la personne dans lequel s'inscrit ponctuellement ou dans la durée le parcours de soins de la personne

Ces parcours s'entrecroisent sans toujours forcément se connaître ni se coordonner.

Parcours en santé mentale adultes : paroles de professionnels

Constats et évolutions pour les personnes avec troubles psychiques

- Les personnes ont souvent du mal à comprendre leur propre maladie ce qui peut générer des attitudes de déni ou de refus de traitement. De fait, l'adhésion de la personne à l'accompagnement ou au traitement est fluctuante : *« c'est compliqué et très long de faire l'accroche ».* Les troubles psychiques sont évolutifs et les parcours des personnes parfois chaotiques avec des ruptures.
- Les maladies psychiatriques apparaissent dès le lycée : *« des bouffées délirantes aigües, des psychoses avec des hallucinations auditives. Nous avons aussi des tentatives de suicide » (IDE Lycée)*
- Pathologies mentales, addictions et rupture de traitement sont souvent associées
- Les traumatismes liés à la migration peuvent entraîner des pathologies psychiatriques chez les parents

Constats et évolutions pour les dispositifs en santé mentale

- La demande de suivi en santé mentale est en augmentation *« il y a un repérage qui s'est amélioré. Les médecins traitants nous orientent et au CMP, on a des consultations gratuites ce qui facilite l'accès aux soins »* et les pathologies se diversifient : *« il y a des comorbidités psychiatriques et addictives beaucoup plus qu'avant. Souvent c'est alcool, zamal et cachets et aux jeux. » (CMP)*
- Le déficit de psychiatres libéraux à Saint-André entraîne un report des consultations sur le CMP : *« pour une population qui n'est pas dans la psychose mais plutôt dans des problèmes d'ordre personnel »*
- Il existe un partenariat étroit entre le CMP et les médecins généralistes *« les médecins traitant c'est le plan B. ils sont un fort lien avec les patients et ils nous dépannent beaucoup » (CMP)*
- Le nombre de places en familles d'accueil thérapeutique reste constant : *« on a 11 places depuis 20 ans »*
- Une unité de psychiatrie de liaison d'urgences (UPLU) créée en 2015 avec un rôle d'évaluation clinique, d'orientation et de coordination *« L'équipe se déplace dans les services du GHER » (UPLU)*
- Des initiatives partenariales existent sur le territoire : élaboration d'un protocole d'entrée en famille d'accueil social (EPSMR, MD), collaborations autour de situations (ALEFPA- Allons Déor, EPSMR), etc.

Parcours en santé mentale adultes : paroles de professionnels

❑ Constats et évolutions pour les dispositifs d'accompagnement social et médico-social

- Depuis la reconnaissance de la maladie psychique comme handicap (loi 2005), le nombre de personnes avec ce type de handicap est en très forte augmentation, alors que les professionnels ne sont pas formés :
  - dans les structures médico-sociales : *« avant on avait beaucoup de personnes avec des déficiences intellectuelles et là on a au moins 50% des personnes orientées qui ont un problème psychique… sauf que personne n'est formé aux troubles psy » (ESAT)*
  - Dans les familles d'accueil social du Département *« ça nous pose problème parce que nos familles ne sont pas formées ni préparées à des problèmes de décompensation psychiatrique » - (Actions de santé)*
  - Au domicile : « *nous avons de plus en plus de personnes atteintes de troubles du comportement, psychotiques avec des addictions. Et nos intervenants sont seuls face à ces situations. (SAAD)*

❑ Constats et évolutions pour les dispositifs d'hébergement

- L'offre en accueil familial social est limitée alors qu'il existe une forte demande : *« à Saint-André, sur 38 personnes en famille d'accueil, 30 sont atteintes de handicap psychique » (MD)*
- Les solutions d'hébergement sont insuffisantes *« il manque de places partout. C'est une problématique qui se pose actuellement pour cette population-là »*
- Alors que l'accès au logement permet ou facilite une stabilisation de la maladie *: « ils reprennent en général un parcours de soins au niveau psychologique et vers les addictions mais cela demande un accompagnement social très prégnant » (Allons Deor)*
- Beaucoup de personnes se retrouvent en pensions de famille. Cette offre s'est développée sur le territoire au fil des années. Elle attire des patients venus de toute l'île et leur nombre explose aujourd'hui à Saint-André: *« il y en a au moins une trentaine sur Saint-André. Elles accueillent en moyenne 30 personnes » (MD).*
- Si certaines s'occupent bien des personnes ou peuvent constituer une solution transitoire beaucoup sont de véritables business qui ne répondent ni aux normes, ni aux besoins de personnes en situation de handicap psychique *« c'est de l'accueil illégal, on les connaît par le biais de la maltraitance » (Actions de Santé)*

Parcours en santé mentale adultes : freins et leviers

Les principaux freins

- L'absence d'alliance thérapeutique
- L'arrêt du traitement
- L'isolement
- L'entrée en pension de famille
- Les addictions
- La précarité et la vulnérabilité
- Les évènements de vie : rupture, décès, licenciement
- La migration
- L'intervention tardive
- Le changement de thérapeute

Les leviers

- La prévention et le repérage précoce pour éviter la pathologie ou ralentir sa progression
- Un entourage : famille, amis, pairs, association
- L'éducation thérapeutique de la personne
- Une prise en charge pluridisciplinaire précoce
- De l'information partagée et des rencontres régulières entre les acteurs du territoire
- Une orientation adéquate
- Un partage d'informations sur les troubles de la personne en amont de son arrivée dans un dispositif
- Une réponse rapide aux demandes de soins
- La protocolisation des parcours et chemins cliniques
- Un maillage par des personnes ressources sur le territoire avant la sortie d'un dispositif
- La formation des acteurs, y compris la famille
- Des consultations d'ethnopsychiatrie pour prendre en compte les croyances sur la maladie mentale et le rôle des guérisseurs
- L'évolution du tabou sur le handicap psychique

Santé mentale enfants: services et structures de l'EPSMR

Centre médico-psychologique

Il accueille en consultation des enfants de 3 ans à 16 ans et 3 mois

- Zone d'intervention : Ste-Rose à Ste-Suzanne
- Ouvert du lundi au vendredi de 8h à 16h
- File active : 680 personnes en 2016
- Entretiens : 615 réalisés en 2016
- Nouvelles demandes : 346 en 2016
- La tranche d'âge 6-12 ans est la plus représentée (281) devant les 12-16 ans (182).

Hôpital de Jour Enfants

- L'HDJ accueille en journée des enfants de 6 à 12 ans avec une souffrance psychique sévère en lien avec des troubles graves du développement et de la personnalité
- Capacité : 8 places
- Accueil : lundi, mardi, jeudi et vendredi 8h-16h
- File active : 25 enfants dont 76% de garçons
- 113 entretiens réalisés : majoritairement de 1ère demande avec familles et proches et de suivi
- Activités multiples servant de support à l'expression de l''enfant, proposées en fonction du projet thérapeutique.

UMPP (périnatalité)

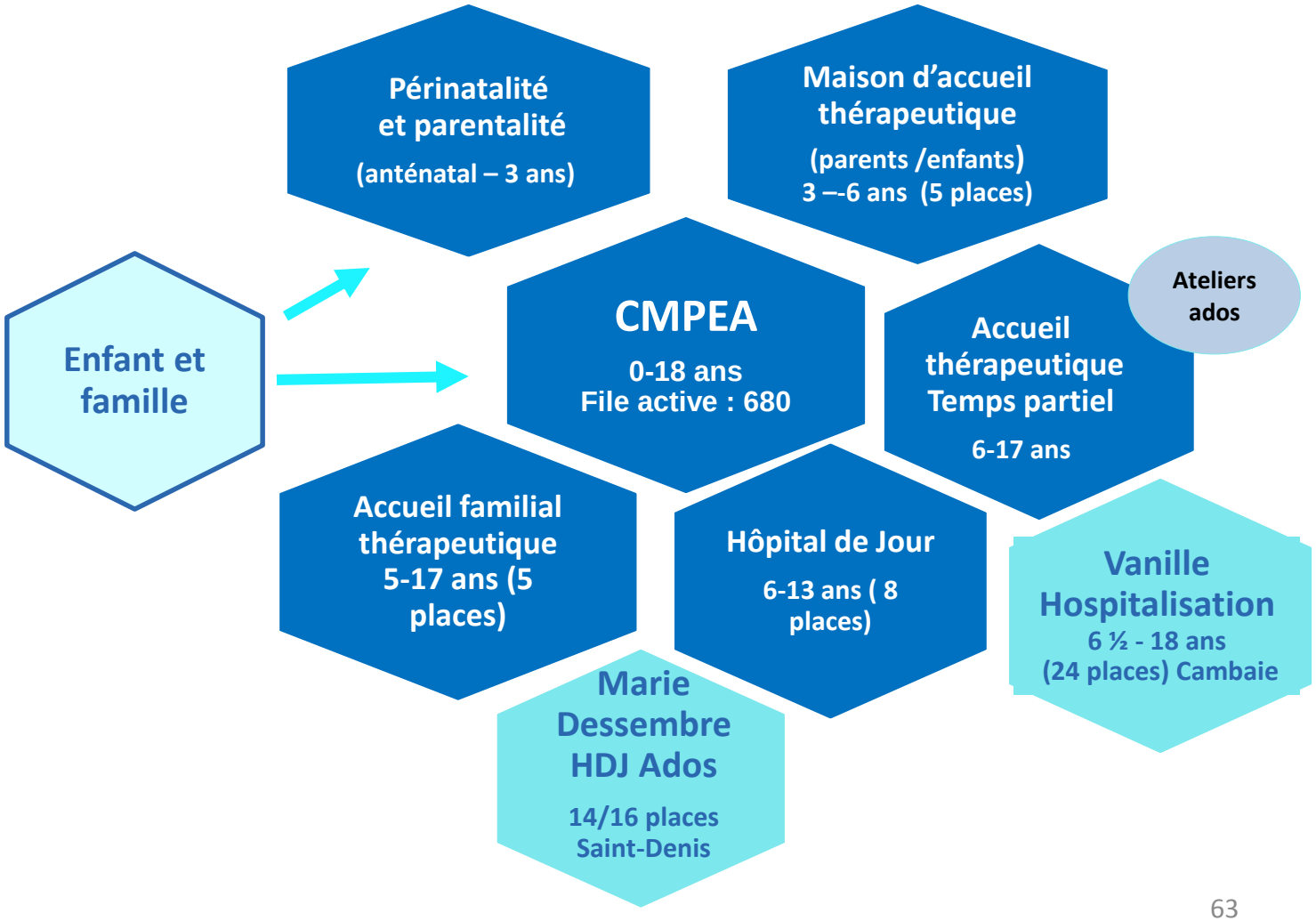
- Missions : soins et actions de prévention en périnatalité et pour l'accès à la parentalité.
- Travail en réseau avec les maternités, la PMI, les services sociaux.
- Interventions pendant la grossesse et après l'accouchement (domicile, service gynéco obstétrique, UMPPP) :
  - consultations quotidiennes (maternité-néonatalogie-gynécologie/ GHER) et systématique en maternité auprès de patientes à risque
  - accompagnement des parents en pédiatrie et néonatalogie (GHER principalement) pour prévenir les troubles de la relation parents-enfants et leurs conséquences (environ 100 en 2016)
  - groupes thérapeutiques avec parents pour un étayage de la relation parents-enfants. En 2016, accueil de mères ou pères présentant des troubles psychiatriques

Source : EPSMR, rapports d'activité 2016

Parcours en santé mentale enfants : la pédopsychiatrie (EPSMR)

PARTENAIRES

- PMI
- ECOLES
- FOYERS
- MD
- Médico-social



CMPEA : centre médico-psychologique pour enfants et adolescents

« Parcours en santé mentale des enfants » : paroles de professionnels

❑ Les principaux troubles des enfants et adolescents

TROUBLES DU COMPORTEMENT

- Repérés par l'ensemble des partenaires PMI, EN, Médico-social, MD)
- Concernent toutes les tranches d'âge, de la maternelle aux adolescents.
- Tous s'accordent sur leur augmentation

« Des handicaps avec des passages à l'acte et des problèmes de conduite, c'est 80% des situations et c'est en augmentation » (ALEFPA)

« Décompensation avec hallucinations, cauchemars, insomnies, crises d'angoisse, de panique (LEGT M Gandhi)

PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES

- Chez les jeunes de 16 ou 17 ans, les difficultés peuvent changer de nature.
- Elles signent parfois l'entrée dans une pathologie véritablement psychiatrique.

TROUBLES DE LA RELATION

- Chez les tous petits, au niveau des interactions mère-enfant ou parents-enfant

« Parcours en santé mentale enfants »: paroles de professionnels

❑ **Les constats sur le territoire :**

- Des postes de médecins et d'infirmières non pourvus (PMI, EN, CMPEA) : *« les freins c'est l'absence de personnel qui a été noté partout » (PMI)* du fait d'un manque d'attractivité du territoire : 0,25 ETP de pédopsychiatre au CMPEA avec 2 postes de médecins vacants. Pas de pédopsychiatres libéraux à Saint-André. 1 seul médecin EN pour tout toute la commune.
- Avec des répercussions sur les délais d'attente : *« sur le CMPEA, le délai maximum entre la demande et l'orientation c'est 3 mois. On n'est pas satisfaits mais c'est mieux que certains CMPEA où c'est 7 à 8 mois » (CMPEA)* et sur les temps dédiés à la coordination et aux échanges entre partenaires.
- L'absence de structure dédiée aux adolescents : *« en tout cas le point noir de l'Est, c'est la prise en charge des adolescents. Il n'y a pas de structure, pas de plateau, on fait ce qu'on peut ! » (CMPEA)*
- Le traitement de la 1ère demande en CMPEA est cloisonné par « métier » : les IDE parlent aux IDE, les assistantes sociale aux AS….
- Les procédures de saisine ou de communication ne sont pas toujours explicites ou connus des partenaires et qui se font le plus souvent *« par affinité et par réseaux »* Cela rend le 1er contact parfois difficile à établir.
- Il n'y a pas suffisamment de concertation en amont avec les professionnels qui orientent le *jeune « c'est une bataille pour réussir à mettre ce jeune là dans le circuit et quand on y parvient… au bout d'un moment, on se dit qu'il n'y a peut-être pas assez de communication. Nous on ne participe pas à votre réunion d'échange, on n'est pas là pour défendre le beefsteak » (MD)* ni en aval sur la suite donnée à la demande : délais d'attente prévu, suivi, orientations et motifs de non prise en charge.
- Un cloisonnement entre l'ensemble des partenaires : *« on est extrêmement cloisonnés et ça ne nous aide pas »* avec des logiques de parcours différentes : « parcours de soins » en pédopsychiatrie et « parcours de vie » dans le secteur social et médico-social.
- Des principes sont au cœur du parcours de soins : le secret médical et la libre adhésion aux soins.

« Parcours en santé mentale enfants » : paroles de professionnels

- Le parcours de soins est interne aux différents services de pédopsychiatrie de l'EPSMR. Sur ce parcours *« se greffent tous nos partenaires, la PMI, l'école, les foyers et la MD » (CMPEA)*
- Le pivot du parcours de soins en pédopsychiatrie est le CMPEA : *« c'est là où toutes les demandes arrivent et c'est de là que toutes les orientations partent ».* Toute demande qui arrive au CMPEA est traitée soit par l'infirmière *« quand elle vient de la PMI, des écoles, de la famille, des généralistes et des professionnels de santé »* soit par l'assistante sociale *« tout ce qui émane du service social ».*
- Les demandes sont ensuite réparties entre les consultants (médecin ou psychologues) qui sont référents du projet de soins individualisé de l'enfant *« établi lors de synthèses, lors de rencontres avec les partenaires » (CMPEA)*
- Selon son projet et son âge et ses difficultés, l'enfant peut être orienté vers un ou plusieurs services, simultanément ou successivement. Le consultant du CMPEA *« reste présent tout le long du parcours pour qu'il n'y ait pas de rupture quand l'enfant change de structure » (CMPEA)*

❑ Les difficultés dans les parcours en santé mentale enfants

❑ Pas d'entrée ou une entrée trop tardive dans le parcours

- Il est difficile de faire venir les parents des tous petits *« on fait le lien avec la périnat, sauf que les mamans ne viennent pas » (PMI) »* alors que : *« plus c'est pris tôt, plus ça va vite » (CMPEA)*
- Quel que soit l'âge, quand on « rate le coche » par défaut de repérage ou parce que les parents ne sont pas prêts ou que le professionnel libéral de santé n'oriente pas vers les services de santé mentale : *« les parents ne sont pas orientés par les médecins libéraux pour qui « ça va d'arranger » » (PMI)*
- A l'adolescence, si le consultant du CMPEA ne perçoit pas suffisamment d'adhésion chez le jeune : *« il sort de son 1er RDV et il nous dit « voilà c'est fini, on m'a demandé si je veux revenir et j'ai dit « je sais pas » on m'a dit « si tu ne sais pas, tu ne reviendras pas ». C'est souvent…. c'est les ados de 14 ou 15 ans qui disent ça » (MD).*
- A tout âge, quand le délai entre la demande et le RDV est trop long, les familles et les jeunes se démotivent *« le jeune il ne veut plus y aller. On perd l'adhésion et après c'est très difficile » (ASE)* - « le problème c'est le décalage entre le moment où on en parle, l'adhésion qu'on a et le moment où ça se fait, ça ne fait plus de sens » *(ALEFPA)*

« Parcours en santé mentale enfants »: paroles de professionnels

❑ Les ruptures de parcours

- **A l'entrée en établissement médico-social** : *« entre le 2ème et le 12ème mois, les suivis en santé mentale s'arrêtent dans la majorité des cas ». (ALEFPA*). Le CMPEA n'est pas toujours à l'origine de cette rupture *: « parfois c'est les familles qui disent « c'est bon, il est à l'IME, il est sauvé, il a plus besoin de soins » (CMPEA)*
- **Pour les jeunes en famille d'accueil social** (ASE) **quand la famille d'accueil se décourage** devant l'absence de suivi en CMPEA : *« c'est ça qui fait éclater tout, les familles d'accueil ne comprennent pas » (MD)* - *« dans les situations complexes, les familles d'accueil n'en peuvent plus, et derrière il n'y a plus rien» (ALEFPA)* mais aussi quand le jeune atteint la limite d'âge de l'ASE (21 ans) *« le relais n'a pas été préparé, ils rentrent en famille (biologique) et avec en plus, pas de soins ! » (ASE)*
- **Pour les adolescents :**
  - Qui refusent d'aller au CMPEA du fait de la stigmatisation de la santé mentale *« les élèves, ils disent « mais madame, je suis pas fou » (IDE scolaire) »* et qui ont du mal à adhérer à une démarche de soins classique avec un thérapeute.
  - Qui masquent souvent leurs difficultés et n'expriment pas de demande : *« l'adolescent c'est tellement pudique, il a tellement de mal à dire » (MD ASE) - « le jeune, il ne dit pas tous ses troubles » (IDE Collège)* mais qui ont besoin d'être entendus rapidement : *« si c'est une notion d'urgence, il sera vu tout de suite, sinon il est vu par une infirmière et avec un RDV »*
  - Du fait du peu de plages horaires spécifiques compatibles avec la scolarisation *: « on a des ateliers ados en CATTP mais c'est que le mercredi »*
  - Qui « sortent des radars » vers 16/17 ans car ils ne sont plus scolarisés ni suivis *: « la délinquance, déjà ils sont en rupture scolaire »*
  - Qui ne peuvent bénéficier de l'hôpital de jour ados « *Marie Dessembre accepte uniquement ceux qui entrent dans une pathologie, pas ceux qui ont été suivis en hôpital de Jour 6-13 ans »*
  - Qui ont atteint la limite d'âge en pédopsychiatrie (16 ans et 3 mois étendue à 18 ans) mais qui refusent d'aller en psychiatrie adulte

Parcours en santé mentale enfants

Les atouts pour le parcours en santé mentale enfants

- La volonté d'ouverture de la pédopsychiatrie à une large démarche partenariale
- La démarche proactive du médecin chef de pôle pour recruter des médecins: *« on a la chance d'avoir un médecin de pôle qui va à la recherche, qui va prospecter » (CMPEA)*
- L'adaptation de la limite d'âge des différents services aux besoins identifiés : *« au CMPEA, on a augmenté à 18 ans avec une évaluation de la demande. Beaucoup d'adolescents n'allaient pas vers le soin parce qu'il fallait partir vers la psy adulte »*
- Les liens anciens et étroits entre la santé mentale pour les tous petits (Périnat et MAT) et la PMI
- La convention entre EPSMR/ ALEFPA (mise à disposition d'un temps de psychiatre)
- Les réunions d'ITEC du CD avec l'ensemble des partenaires dont médico-social et CMPEA
- Le souhait de <u>tous</u> les partenaires de travailler ensemble sur les pratiques

Ce qu'il manque sur le territoire

❑ **Prioritairement des structures pour les adolescents :**

- Une « Maison des adolescents » type Kaz'ados pour :
  - renforcer la prévention en milieu scolaire et repositionner le CMPEA sur les soins
  - répondre aux besoins des ados et leur offrir un espace où se retrouver entre eux sans se sentir stigmatisés, quand ils en ont besoin et qu'ils sont prêts avec une approche adaptée *: « il y a des activités, ils peuvent proposer aussi bien du soin, des entretiens, des consultations »*
  - toucher les ados plus âgés de 16 ou 17 ans
- Un CATTP dédié aux adolescents avec des horaires adaptés

❑ **Mais aussi des professionnels (médecins, infirmières, assistantes sociales) pour pourvoir les postes vacants** (PMI, EN, EPSMR, etc.) pour répondre plus rapidement à l'ensemble des besoins quand ils apparaissent, éviter que les difficultés s'aggravent et les ruptures de parcours

Le parcours en santé mentale enfants

❑ Les leviers pour améliorer le parcours en santé mentale enfants

- Intensifier l'effort en anténatal, à la maternité et en périnatal pour mieux repérer les grossesses à risque et les difficultés le plus précocement possible
- Renforcer la prévention à tous les âges, y compris auprès des parents
- Réinstaurer des consultations de l'UMPP (Périnat) à la PMI comme cela existait avant (avec une convention).
- Sensibiliser les libéraux (médecins et sages-femmes) à la nécessité d'un repérage et d'une orientation précoce pour éviter des troubles futurs
- Travailler avec le partenaire qui a orienté l'enfant même si il n'est pas du même corps de métier avec des échanges sur les situations et des retours d'information systématiques de la part du CMPEA
- Réactiver la fiche de liaison infirmière du CMPEA pour permettre aux infirmières scolaires d'avoir un retour par rapport à leur demandes : si l'enfant va être vu, par qui et à quelle date
- Harmoniser les pratiques des consultants médecin et psychologue vis-à-vis de l'adhésion du jeune
- En fonction de la situation, ouvrir la possibilité pour les familles d'accueil sociales d'être parties prenantes du parcours de l'enfant qui leur est confié par l'ASE.
- Proposer des formations décloisonnées :

- en « inter » : secteur social, santé mentale, éducation nationale, médico-social, etc. sur des thématiques telles que la notion de parcours, le secret (professionnel, partagé), la place de la famille et l'accompagnement au projet (de soins, de santé ou de vie)
- En « intra » : professionnels de terrain, psychologues et cadres pour analyser les situations, les priorités et enjeux à partir de références communes

ZOOM SUR LA POPULATION EN SITUATION DE HANDICAP

Indicateurs sur les personnes handicapées

Population MDPH

- **2 900 personnes handicapées recensées en 2015 :** 2 500 adultes et plus de 400 enfants
- 5,2% de la population communale
- 120 enfants de moins de 20 ans bénéficiaires de l'AEEH
- 1 184 adultes allocataires de l'AAH

Hébergement, Prise en charge

- **4 structures spécialisées pour adultes** : 1 Foyer Hébergement Adultes Handicapés,1 Foyer d'accueil occupationnel, 1 Service d'Accompagnement à la Vie Sociale, 1 ESAT (travail)
- **2 structures pour enfants** : 1 Institut médico éducatif, 1 Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile, 1 unité d'enseignement
- **Familles d'accueil agréées PA/PH** : 55 PH accueillies au sein de 75 familles d'accueil mixtes PA/PH (Saint-André et Salazie).

Ce qu'il manque

- **Une commission communale d'accessibilité** (obligation depuis la loi du 11 février 2005 pour les communes > 5 000 habitants et les intercommunalités)
- **Un transport adapté type CityKer en complément des dispositifs de la CIREST :** Reunipass (gratuit) + flotte de véhicules pour les personnes à mobilité réduite

Synthèse

Synthèse

Une commune avec des réalités contrastées

- Un territoire riche en contrastes entre urbanisation, zones agricoles et naturelles
- Une offre de soins et médico-sociale diversifiée en proximité du CHU et du GHER
- Une population jeune
- Des initiatives en faveur des publics précaires
- De nombreux équipements sportifs et culturels regroupés en centre ville
- Un tissu associatif fourni
- Des atouts environnementaux (sites naturels d'exception, Colosse)
- Des projets ambitieux de nouvelle rénovation urbaine

- Des indicateurs socio-économiques plus défavorables que la moyenne régionale
- Une société en mutation avec perte de la solidarité familiale et plus d'isolement
- Des risques vectoriels
- Un nombre insuffisant de logements adaptés aux personnes âgées
- Un centre ville vieillot et peu attractif
- Des nuisances sonores, déchets sauvages et embouteillages
- Pas de commission d'accessibilité et une politique du handicap peu visible

Synthèse

Les atouts en matière de santé

- **La politique communale**
- **Le CCAS :**
  - porte la politique volontariste de la commune auprès des publics vulnérables
  - grâce à la complémentarité des structures et services qu'il gère, intervient tout le long des parcours : prévention, détection des signaux faibles, aide et accompagnement
  - travaille en complémentarité avec les partenaires du territoire
- **La Maison sociale** avec un guichet unique d'accueil et d'orientation et une synergie entre partenaires institutionnels
- **La politique de la ville** (CLSPD) qui mène des actions partenariales innovantes en direction des jeunes et des adultes des quartiers prioritaires

- **Les ressources en « santé » sur le territoire**
- **Un tissu associatif actif en matière de prévention**
- **Une forte capacité d'innovation pour répondre aux besoins**
- **La dynamique partenariale et la volonté d'agir sur des situations concrètes**

Les freins

- L'absence d'un coordinateur ou d'un référent santé à l'échelle communale ne permet pas une vision d'ensemble ni le pilotage d'un plan d'action global
- De nombreuses actions sont limitées aux quartiers prioritaires
- Des partenaires qui ont besoin de mieux se connaître, d'échanger sur leurs pratiques, leurs outils et les informations qu'ils peuvent partager
- Des postes de professionnels de santé vacants dans l'Education Nationale, la PMI et l'EPSMR ce qui limite les possibilités d'action

Synthèse

Des problématiques de santé et des publics identifiés

Les problématiques de santé

- Le cancer
- Les maladies cardio-vasculaires
- Le diabète
- L'obésité
- Les comportements à risque
- Les pathologies psychiques
- La perte d'autonomie des personnes âgées

Les publics cibles

Personnes âgées : une approche globale du parcours des personnes âgées renforcée par la création du pôle séniors

Adolescents et jeunes : des besoins bien identifiés (addictions, santé mentale, nutrition/activité physique) mais des moyens limités pour y répondre

Personnes précaires : dynamique positive avec les associations autour du « manger-bouger » et du lien social à étendre à l'ensemble des quartiers

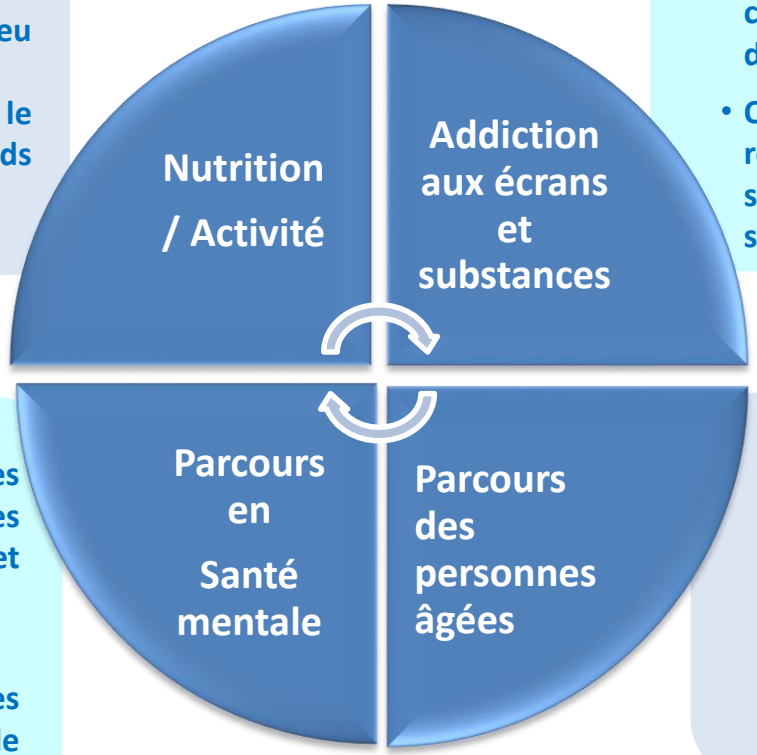
Toute la population : volonté d'étendre les actions de promotion de la santé à l'ensemble de la population

Synthèse

Des points de vigilance en santé

- L'alimentation dépasse la simple fonction physiologique et est enjeu de lien familial
- L'activité physique se réduit dès le plus jeune âge et le surpoids augmente avec l'âge

- Banalisation ++ de la consommation de tabac, d'alcool et de zamal (tous types de profils)
- Omniprésence des écrans avec répercussions : activité physique sommeil, alimentation, socialisation



Pour les adultes :

- Des parcours parfois chaotiques en lien avec les addictions, les ruptures de traitement et d'hébergement

Pour les enfants

- Un risque de rupture pour les adolescents en l'absence de structures adaptées

Un parcours dépendant du partage d'informations et des passages de relais :

- Pathologies plus lourdes
- Situations sociales précaires
- Désengagement familial et isolement
- Insuffisance de logements adaptés

Synthèse

Une approche des « parcours » à renforcer

Les leviers au service des parcours

- Une instance de coordination qui réunit régulièrement les partenaires
- Une bonne connaissance des missions, publics cibles, et périmètre d'intervention de chaque acteur pour pouvoir passer le relais et orienter à bon escient
- Des partenariats formalisés qui ne reposent pas que sur les personnes
- Des rencontres régulières autour de situations pour éviter les ruptures
- Des échanges sur des thématiques pour confronter les pratiques et les positionnements
- Des modalités de partage d'informations qui permettent le « secret partagé »

Les atouts de la commune

- De multiples instances de coordination déjà en place…mais qu'il convient de fédérer pour une approche globale
- Des pistes pour partager l'information dans un cadre sécurisé :
  - communautés professionnelles de territoires de santé (Loi santé 2016) à instaurer
  - groupes de travail thématiques du CLSPD (CNIL) à étendre à d'autres problématiques
- Des acteurs de divers champs de compétences présents sur le territoire…mais qui doivent apprendre à mieux se connaître

Synthese

Des priorités en prévention

- Les addictions (produits, écrans…) qui touchent tous les âges et toutes les catégories sociales
- L'Alimentation/Activité physique
- La perte d'autonomie des personnes âgées
- La santé psychique

Des enjeux

- Garantir l'accès à la santé pour les publics vulnérables
- Réduire les inégalités socio-démographiques sur le territoire
- Mettre en place un pilotage global de la santé
- Adapter la prévention selon le public cible
- Limiter les ruptures de parcours (de soins et de vie)
- Garantir l'articulation/la cohérence/la coordination entre les différents dispositifs sur le territoire

Répertoire des sigles

AAH : Allocation Adultes Handicapés
AEEH : Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé
ALEFPA : Association Laïque pour l'Education, la Formation, la Promotion et l'Autonomie.
ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie
AS : Assistantes Sociales
ASE : Aide Sociale à l'Enfance
CATTP : Centre d'Activité Thérapeutiques à Temps Partiel
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CLSPD : Contrat Local de Sécurité et de Prévention de la délinquance
CMP : Centre Médico-Psychologique (consultations)
CMPEA : Centre médico Psychologique pour enfants et Adolescents
CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
EN : Education Nationale
ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail
FAT : Familles d'Accueil Thérapeutiques
GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle
GHER : Groupe Hospitalier Est Réunion
HAD : Hospitalisation à Domicile fait aussi de la coordination
HDJ : Hôpital de Jour
MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'Autonomie.
MARPA : Maison d'Accueil et de Résidence Pour Personnes Agées
NPRU : Nouveau Plan de Rénovation Urbaine
PA/PH : Personnes âgées / Personnes Handicapées
PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé dans les Hôpitaux.
PMI : protection Maternelle et Infantile
SAAD : Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
SAF : Syndrome Alcoolo Fœtal
SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SPASAD : Service Polyvalent de Soins et d'Aide à Domicile
SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile
UMG : Unité Mobile de Gériatrie
UPLU : Unité de Psychiatrie de Liaison et d'Urgences (Intervient au GHER)

Nous tenons à remercier l'ensemble de nos partenaires et fournisseurs de données, ainsi que les professionnels et acteurs de Saint-André interrogés.

Observatoire Régional de la Santé Océan Indien
12 rue Colbert
97400 Saint-Denis
Tél : 0262 94 38 13
Fax : 0262 94 38 14
Email : orsrun@orsoi.net
Site internet : http://www.ors-oceanindien.org